

Stroke-Unit-Register 2021

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Stroke-Unit-Register 2021

Ergebnisbericht

Autoren:

Alexander Gollmer

Matthias Gruber

Reinhard Kern

Berichtsreview:

Julia Ferrari (Präsidentin der Österreichischen Schlaganfallgesellschaft)

Fachliche Begleitung:

Verena Nikolai

Projektassistenz:

Danijela Skeljic

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autoren und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im September 2023

Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Gollmer, Alexander; Gruber, Matthias; Kern, Reinhard (2023):
Stroke-Unit-Register 2021. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/7/4468

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030 bei, insbesondere zum Nachhaltigkeitsziel
(SDG) 3, „Gesundheit und Wohlergehen“.

Kurzfassung

Hintergrund

Das österreichische Stroke-Unit-Register erfasst seit 2003 österreichweit schlaganfallrelevante Daten zum Zweck der Qualitätssicherung der akuten Schlaganfallversorgung und wurde gemeinsam mit der Österreichischen Schlaganfall-Gesellschaft (ÖGSF) entwickelt. Das Register wird von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betrieben.

Methode

Der Datensatz des Stroke-Unit-Registers gliedert sich in drei Teile: Informationen zur Aufnahme, Daten zum Aufenthalt und zur Entlassung sowie die Erfassung eines Drei-Monats-Follow-ups. Die Daten des Registers können über eine strukturierte Web-Eingabemaske oder per direkten Datenupload über eine Datenschnittstelle erfasst werden. Die Auswertungen für das Register sind im Österreichdurchschnitt dargestellt und in drei Kategorien gegliedert: Patientenkollektiv, Prozesse und Ergebnisse. Darüber hinaus wird die bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routedaten (Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI) um ausgewählte Indikatoren aus dem Stroke-Unit-Register ergänzt.

Ergebnisse

Mittlerweile nehmen alle 38 österreichischen Stroke-Units am Register teil. Im Jahr 2021 wurden 15.051 Fälle (mit angegebener Entlassungsdiagnose) im Stroke-Unit-Register dokumentiert. Die Vollständigkeit der Dokumentation im Register beträgt somit österreichweit für das Jahr 2021 etwa 92,3 Prozent. Knapp 41 Prozent der Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2021 binnen 90 Minuten nach dem Schlaganfall im Krankenhaus aufgenommen. Die Lyserate bei ausgewählten Patientinnen und Patienten, die lyserrelevante Kriterien erfüllen, steigt konstant leicht an und lag im Österreichschnitt im Jahr 2021 bereits bei knapp 72 Prozent. 70 Prozent der lysierten Patientinnen und Patienten erhalten die Lyse innerhalb des Zielwerts von 60 Minuten.

Diskussion

Die ausgewählten Auswertungen des Stroke-Unit-Registers zeigen eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität in Stroke-Units in Österreich bzw. eine Stabilisierung auf hohem Niveau. Das Register bietet die Möglichkeit, Prozesse und Behandlungsergebnisse im Bereich der Stroke-Units zu beobachten und vergleichend (im Zeitverlauf, als Benchmarking der Zentren) darzustellen.

Schlüsselwörter

Schlaganfall, Stroke-Unit, Register, Qualitätsmessung

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen und Tabellen	VI
Abkürzungen.....	VII
1 Einleitung	1
1.1 Teilnehmende Krankenanstalten	1
2 Methode	3
2.1 Datensatz	3
2.2 Vollzähligkeitsanalyse der Daten	3
2.3 Datenerfassung	4
2.4 Auswertungen.....	4
3 Ergebnisse.....	5
3.1 Patientenkollektiv	5
3.2 Prozesse	6
3.3 Erfolgsquoten und Follow-up.....	14
4 Diskussion und Schlussfolgerung.....	16
5 Wissenschaftliche Publikationen.....	17
Glossar.....	19

Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

Abbildung 3.1:	NIH-Score bei den Aufnahmen der Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall	6
Abbildung 3.2:	Zeitspanne zwischen dem Ereignis und der Krankenhausaufnahme bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall.....	7
Abbildung 3.3:	Arten des Zutransports zum Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall	8
Abbildung 3.4:	Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Bildgebung bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall.....	9
Abbildung 3.5:	Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Untersuchung hirnzuführender Gefäße bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall	10
Abbildung 3.6:	Lyserate (Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall mit einer Ischämie, die lysiert wurden)	11
Abbildung 3.7:	Lyserate (Lyse i. v. und i. a.) bei ausgewählten Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten.....	12
Abbildung 3.8:	Door-to-Needle-Time in Minuten.....	13
Abbildung 3.9:	Erfolgsquote bei „leichten“, „mittelschweren“ und „schweren“ Fällen	15

Tabellen

Tabelle 1.1:	Datensatz des Stroke-Unit-Registers im Überblick	3
Tabelle 3.1:	Schlaganfälle mit Ischämie: Einteilung der Schweregrade mittels Rankin-Skala.....	14

Abkürzungen

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
CCT	craniale Computertomografie
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
i. a.	intraarteriell
i. v.	intravenös
LKH	Landeskrankenhaus
MEL	medizinische Einzelleistung
MRI	magnetic resonance imaging / Magnetresonanztomografie
NIH	National Institutes of Health (Stroke Scale)
ÖGSF	Österreichische Schlaganfall-Gesellschaft
PMU	Paracelsus Medizinische Privatuniversität

Ausgewählte Fachbegriffe werden in einem Glossar am Ende des Berichts näher erläutert.

1 Einleitung

Das österreichische Stroke-Unit-Register erfasst seit 2003 österreichweit schlaganfallrelevante Daten und wurde gemeinsam mit der Österreichischen Schlaganfall-Gesellschaft (ÖGSF) entwickelt. Das Register wird von der Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz betrieben.

Die gesetzlichen Grundlagen für das Register sind im Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH im Rahmen des § 15a (Qualitätsregister) sowie in der entsprechenden Verordnung¹ verankert.

1.1 Teilnehmende Krankenanstalten

Folgende 38 Krankenanstalten nahmen 2021 am Stroke-Unit-Register teil:

- » Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt
- » Krankenhaus Oberwart
- » Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
- » Landeskrankenhaus Villach
- » Landeskrankenhaus Amstetten
- » Universitätsklinikum Tulln
- » Landeskrankenhaus Mistelbach-Gänsersdorf
- » Landeskrankenhaus Mödling
- » Landeskrankenhaus Wiener Neustadt
- » Landeskrankenhaus Horn
- » Universitätsklinikum St. Pölten
- » Kepler Universitätsklinikum Linz / Med Campus III.
- » Kepler Universitätsklinikum Linz / Neuromed Campus
- » Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz
- » Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried
- » Pyhrn-Eisenwurzen Klinikum Steyr
- » Salzkammergut Klinikum Vöcklabruck
- » Klinikum Wels-Grieskirchen
- » Christian-Doppler-Klinik – Universitätsklinikum der PMU
- » Kardinal Schwarzenberg Klinikum Schwarzach/Pongau
- » Landeskrankenhaus Feldbach-Fürstenfeld
- » Landeskrankenhaus Hochsteiermark, Standort Bruck an der Mur
- » LKH-Univ. Klinikum Graz
- » Landeskrankenhaus Graz II, Standort Süd

1

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20006107>

- » Landeskrankenhaus Murtal, Standort Knittelfeld
- » A. ö. Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck
- » Bezirkskrankenhaus Lienz
- » Bezirkskrankenhaus Kufstein
- » Landeskrankenhaus Feldkirch
- » Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien
- » Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
- » Klinik Favoriten (ehemals Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien)
- » Klinik Hietzing
- » Klinik Landstraße (ehemals Krankenanstalt Rudolfstiftung Wien)
- » Klinik Ottakring (ehemals Wilhelminenspital der Stadt Wien)
- » Krankenhaus Göttlicher Heiland Wien
- » Klinik Donaustadt (ehemals Sozialmedizinisches Zentrum Ost – Donauspital Wien)
- » Klinik Floridsdorf

2 Methode

2.1 Datensatz

Der Datensatz des Stroke-Unit-Registers gliedert sich in drei Teile: Informationen (1) zur Aufnahme, (2) zum Aufenthalt und zur Entlassung sowie (3) zum Drei-Monats-Follow-up. Die Tabelle 2.1 zeigt, welche Indikatorgruppen dem jeweiligen Teil zugeordnet sind.

Tabelle 2.1:
Datensatz des Stroke-Unit-Registers im Überblick

Aufnahmedaten	Aufenthalts-/Entlassungsdaten	Drei-Monats-Follow-up-Daten
Patientendaten (anonym)	Risikofaktoren	Patientenstatus
Zutransport	Therapie - Teil 2 (inkl. endovaskulärer Therapie)	soziale Situation
Aufnahmedaten	Entlassungsdaten	Score: Rankin
Scores: NIH, Rankin	Scores: NIH, Rankin	medikamentöse Sekundärprophylaxe
Art des Schlaganfalls	ergänzende Diagnostik	
Diagnostik und Monitoring	Komplikationen	
Therapie - Teil 1	vorläufige Klassifikation	
	medikamentöse Sekundärprophylaxe	

Quelle und Darstellung: GÖG

Das sogenannte endovaskuläre Protokoll bildet Behandlung, Medikation, Komplikationen und Outcome im Rahmen einer endovaskulären Therapie (mechanische Thrombektomie allein oder in Kombination mit einer intravenösen Thrombolyse bei proximalen intrakraniellen Arterienverschlüssen) in Form spezifischer Daten ab und ist in das Stroke-Unit-Register seit Oktober 2013 integriert.

Der gesamte Stroke-Unit-Datensatz wurde zuletzt im Jahr 2018 umfangreich überarbeitet und darüber hinaus im Jahr 2022 um Datenfelder zur Prüfung der prognostischen Effektivität des österreichischen Risikoscores für intermittierendes Vorhofflimmern nach einem Schlaganfall innerhalb einer ausgewählten Patientengruppe erweitert.

2.2 Vollzähligkeitsanalyse der Daten

Als Ausgangspunkt für diese Analyse werden alle Patientinnen und Patienten mit der medizinischen Einzelleistung (MEL) „Akute Schlaganfallbehandlung in einer Schlaganfalleinheit (Stroke-Unit)“, kombiniert mit einer der ICD-10-Hauptdiagnosen I60 (Subarachnoidalblutung), I61 (intrazerebrale Blutung), I63 (Hirnfarkt) und G45 (transitorische ischämische Attacke), aus den Daten der Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten (DLD) extrahiert.

Im Jahr 2021 wurden 15.051 Fälle (mit angegebener Entlassungsdiagnose) im Stroke-Unit-Register dokumentiert, denen rund 16.300 von allen Stroke-Units abgerechnete Fälle gegenüberstanden. Die Vollständigkeit der Dokumentation im Register beträgt somit österreichweit für das Jahr 2021 etwa 92,3 Prozent (vgl. 87 % für 2020).

2.3 Datenerfassung

Die Daten des Stroke-Unit-Registers können über eine strukturierte Web-Eingabemaske erfasst werden. Zusätzlich stellt die GÖG zum Zweck des direkten Datenuploads in das Stroke-Unit-Register auch eine Uploadschnittstelle sowie alle dafür notwendigen Unterlagen und technischen Spezifikationen (z. B. Indikatorenlisten inklusive Plausibilisierungen) zur Verfügung.

2.4 Auswertungen

Die Auswertungen für das Register sind im Österreichdurchschnitt dargestellt und in drei Kategorien gegliedert: Patientenkollektiv, Prozesse und Ergebnisse. Die Kategorie Patientenkollektiv umfasst Auswertungen in Hinblick auf Alter, Geschlecht und Status der Patientinnen und Patienten bei der Aufnahme in die Stroke-Unit. Die Kategorie Prozesse beschäftigt sich mit Prozessen und Zeiträumen vor bzw. nach der Einlieferung in das Krankenhaus, und die Kategorie Ergebnis gibt Auskunft über dokumentierte Erfolge in der Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten.

Die Auswertungen stehen den teilnehmenden Krankenanstalten innerhalb eines Auswertungs- und Visualisierungstools (BIQG-Portal der GÖG) zur Ansicht zur Verfügung. Darüber hinaus wird die bundesweit einheitliche Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten (Austrian Inpatient Quality Indicators – A-IQI) um ausgewählte Indikatoren aus dem Stroke-Unit-Register ergänzt.

3 Ergebnisse

Die folgenden Datenauswertungen beziehen sich auf das Jahr 2021, wobei die Jahre 2019 und 2020 vergleichend dargestellt werden.

3.1 Patientenkollektiv

Alter und Geschlecht

Ein Großteil der betroffenen Personen (rund 64 %) fällt in die Kategorie 70 Jahre und älter. Im Jahr 2021 betrug das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten rund 72 Jahre, wobei sowohl die Altersverteilung als auch das Durchschnittsalter in den letzten Erhebungsjahren relativ konstant blieben.

Geschlecht

Mit durchschnittlich rund 54 Prozent aller dokumentierten Patientinnen und Patienten sind in den letzten fünf Jahren durchgehend etwas mehr Frauen als Männer im Register erfasst.

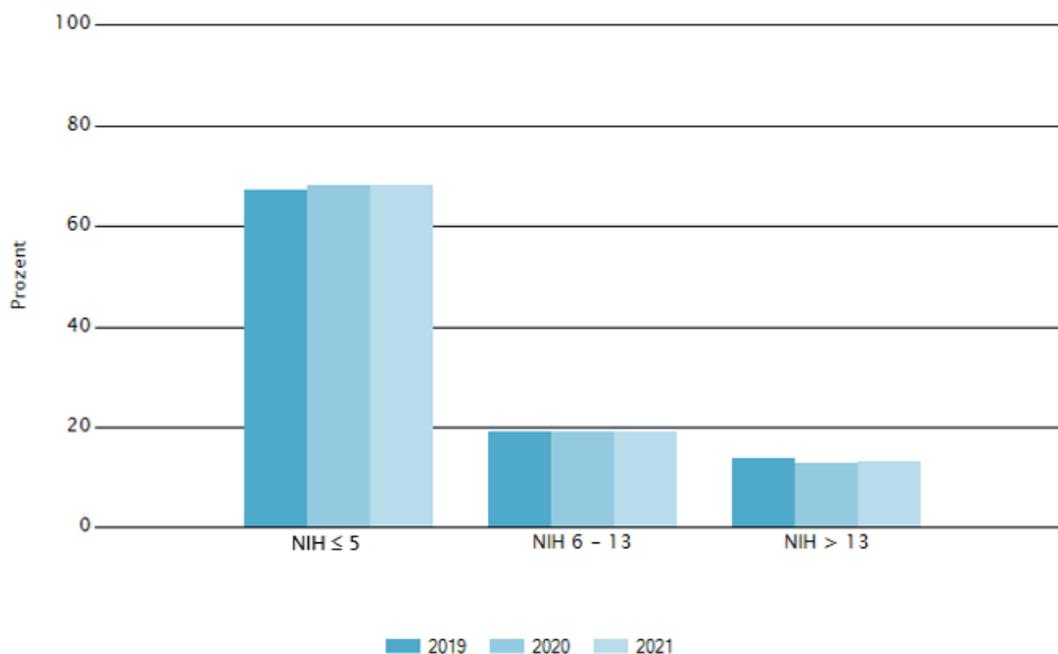
NIH-Score bei der Aufnahme

Im Stroke-Unit-Register wird der Zustand der Patientinnen und Patienten jeweils bei der Aufnahme, bei der Entlassung und beim Follow-up mittels unterschiedlicher Bewertungsskalen dokumentiert. Es werden die NIH-Stroke-Skala bei der Aufnahme und Entlassung, die Rankin-Skala für die Phase vor dem Schlaganfall, bei der Aufnahme, bei der Entlassung und beim Follow-up sowie optional der Barthel-Index beim Follow-up ausgefüllt.

Stellvertretend für die zwei Skalen, die bei der Aufnahme erhoben werden, ist hier die Auswertung des NIH-Scores angeführt. Die NIH-Skala reicht von 0 (= keine Beeinträchtigung) bis zu 42 (= sehr schwere Beeinträchtigung), wobei das Patientenkollektiv für diese Auswertung in drei Kategorien – leichte, mittelschwere und schwere Fälle – eingeteilt wird. Die Tendenz zeigt seit Beginn des Registerbetriebs, dass der Anteil leichter Schlaganfälle stetig zunimmt. So waren im Jahr 2021 wie im Vorjahr schon über zwei Drittel (68 %) der erfassten Fälle der Kategorie $\text{NIH} \leq 5$ zuzuordnen und somit als eher leichte Schlaganfälle zu klassifizieren. In den Gruppen $\text{NIH} 6$ bis 13 bzw. $\text{NIH} > 13$ ist demgegenüber keine auffällige Veränderung zu beobachten, im Vergleich zum Jahr 2020 blieb der Anteil 2021 etwa gleich hoch (siehe „Abbildung 3.1“).

„Abbildung 3.1:

NIH-Score bei den Aufnahmen der Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall



Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019-2021

3.2 Prozesse

Schnittstelle Rettungswesen/Stroke-Unit

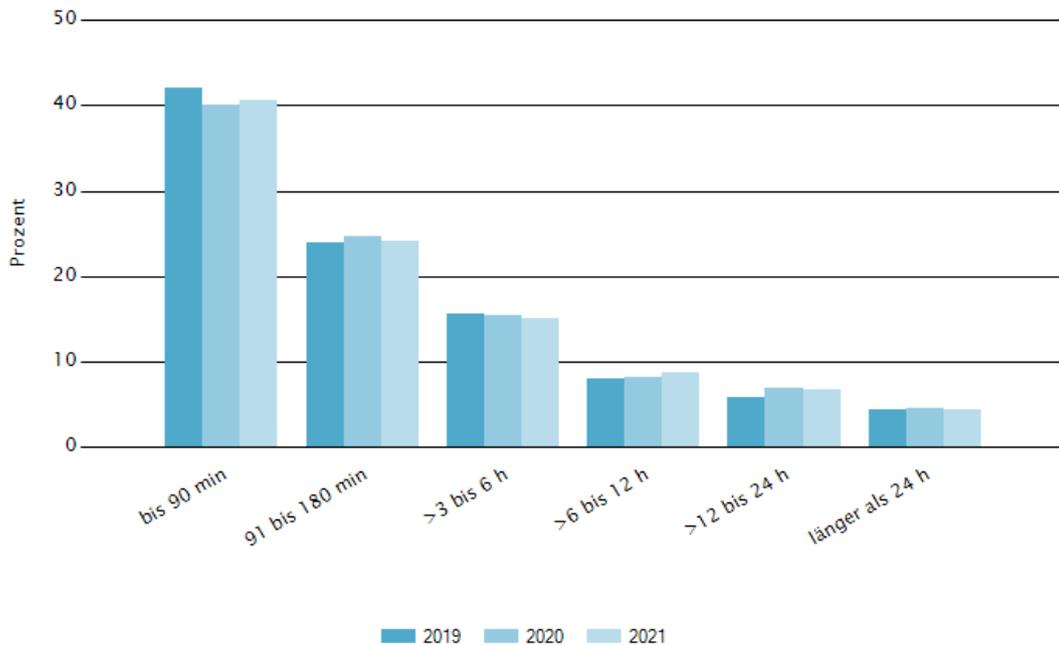
Zeitspanne vom Ereignis bis zur Krankenhausaufnahme

Die Zeitspanne zwischen dem Ereignis und der Krankenhausaufnahme kann als Indikator für eine funktionierende Schnittstelle zwischen dem Rettungswesen und dem Krankenhaus bzw. der Stroke-Unit herangezogen werden, wobei eine diesbezügliche Auswertung nur für jene Fälle möglich ist, bei denen Datum und Uhrzeit des Ereignisses bekannt sind. Weitere Einflussfaktoren in diesem Zusammenhang sind die räumliche Lage der jeweiligen Krankenhäuser sowie die „Rettungsgegebenheiten“ in den Regionen.

Knapp 41 Prozent der Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2021 binnen 90 Minuten nach dem Ereignis im Krankenhaus aufgenommen (siehe Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2:

Zeitspanne zwischen dem Ereignis und der Krankenhausaufnahme bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall



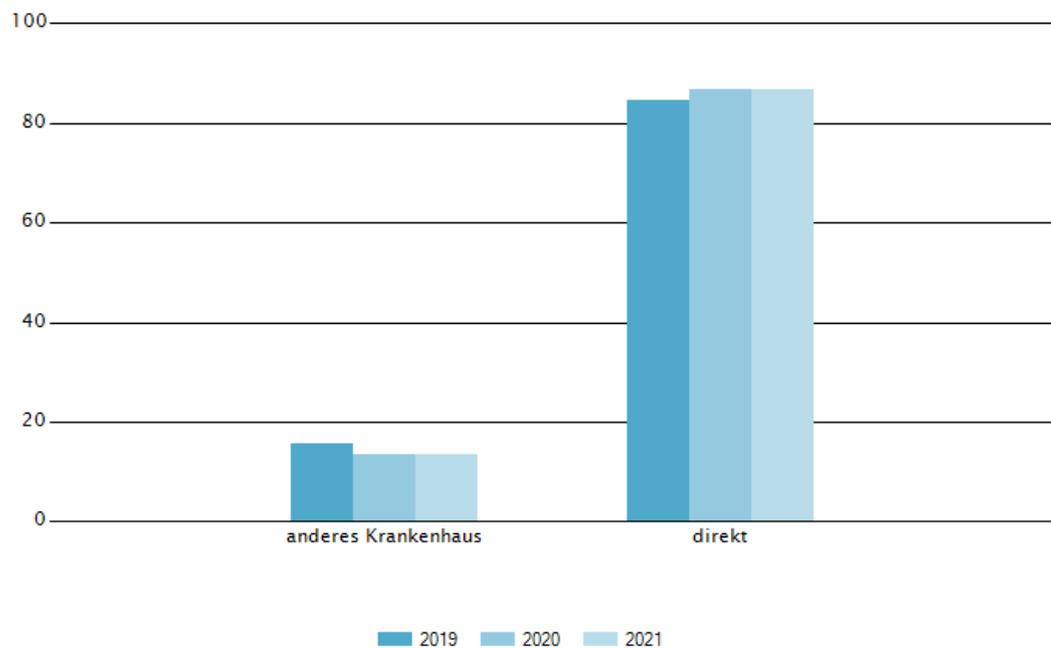
Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019-2021

Zutransportart

Grundsätzlich wird beim Zutransport zum Krankenhaus bzw. zur Stroke-Unit zwischen einem direkten Zutransport und einem indirekten Zutransport über ein anderes Krankenhaus (beispielsweise ein Krankenhaus ohne Stroke-Unit) unterschieden. Etwa 87 Prozent der Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten wurden im Jahr 2021 direkt in Krankenhäuser mit einer Stroke-Unit eingeliefert, während 13 Prozent über ein anderes Krankenhaus kamen. Der direkte Zutransport ist zu bevorzugen, da der Umweg über ein anderes Krankenhaus einen nachteiligen Zeitverlust im Therapieablauf bedeutet (so kann z. B. eine intravenöse Lysetherapie in vielen Fällen nicht mehr durchgeführt werden). 2021 blieb der Anteil der direkten Aufnahmen auf dem Niveau des Jahres 2020 (siehe Abbildung 3.3).

Abbildung 3.3:

Arten des Zutransports zum Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall



Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019–2021

Zutransportvarianten extern

Zusätzlich zur Unterscheidung in direkten und indirekten Zutransport wird im Register auch die Art des Zutransports bei Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten erhoben. Das Ausmaß der Hubschraubertransporte ist im Zeitverlauf relativ konstant (ca. 4 %), die Zahl der privaten Transporte nimmt weiter ab (ca. 11 %). Beim Transport mit der Rettung (betrifft etwa 84 % aller Patientinnen und Patienten) zeigt sich, dass auf eine Begleitung durch eine Notärztin bzw. einen Notarzt in 63 Prozent aller Fälle verzichtet wird. Der Rettungstransport mit bzw. ohne Notärztin oder Notarzt ohne Aviso wird seit der Datensatzumstellung eigens erhoben und betrifft bereits etwa 31 Prozent der Transporte. In zwölf Prozent der Fälle ist die Durchführung des Avisos unbekannt.

Zeitablauf der Diagnostik

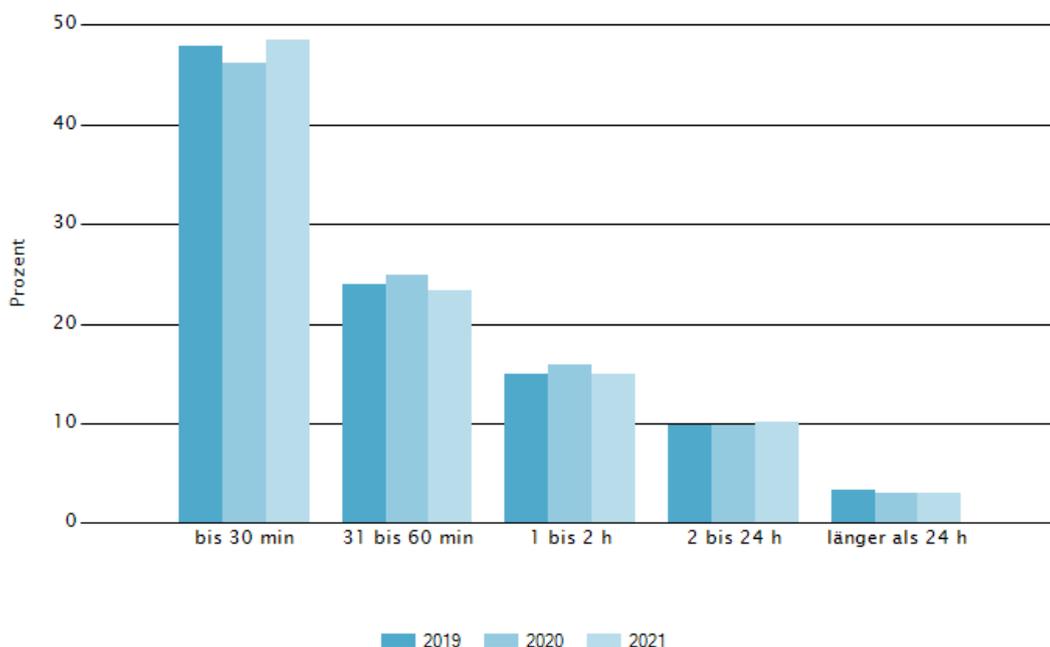
Neben der Zeitspanne zwischen dem Ereignis und der Krankenhausaufnahme ist der Zeitablauf der Diagnostik ein weiteres wichtiges Kriterium für Prozessqualität. Je rascher ein Schlaganfall diagnostiziert und seine Ursache geklärt wird, umso schneller kann eine Therapie eingeleitet und bedrohtes Hirngewebe gerettet werden.

Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Bildgebung

Erster Indikator für den Zeitablauf der Diagnostik ist die Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Bildgebung (CCT oder MRI), für die im Register das Datum und die genaue Uhrzeit erfasst werden. Knapp die Hälfte der Schlaganfallpatientinnen und -patienten, bei denen die Bildgebung noch nicht vorliegt, erhält die erste Bildgebung innerhalb von 30 Minuten nach der Krankenhausaufnahme, ca. 72 Prozent erhalten sie innerhalb der ersten Stunde. 2021 ist die Anzahl jener Patientinnen und Patienten, bei denen die erste Bildgebung ein bis zwei Stunden bzw. zwei bis 24 Stunden nach der Krankenhausaufnahme stattfindet, nahezu konstant geblieben (siehe Abbildung 3.4).

Eine genauere Analyse der Daten zeigt, dass in der Patientengruppe jener, die innerhalb dreier Stunden nach dem Ereignis ins Krankenhaus eingeliefert werden, im Österreichschnitt rund 59 Prozent innerhalb von 30 Minuten die erste Bildgebung erhalten.

Abbildung 3.4:
Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Bildgebung bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall



Datenbasis: nur jene Fälle, bei denen die Bildgebung noch nicht vorlag

Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019-2021

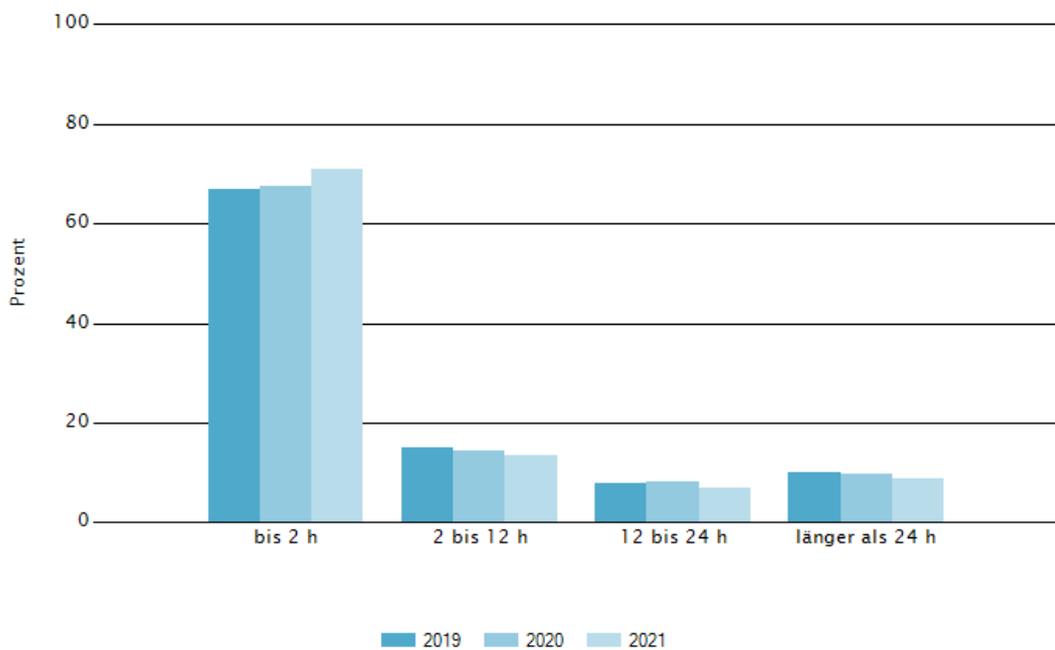
Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Untersuchung hirnzuführender Gefäße

Zweiter Indikator für den Zeitablauf der Diagnostik ist die Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Untersuchung hirnzuführender Gefäße (Doppler, Duplex, MRA und andere). Im Register werden dazu das Datum und die genaue Uhrzeit dieser Untersuchung erfasst.

Bei etwa 71 Prozent der Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten mit einer Ischämie wurden die hirnzuführenden Gefäße innerhalb zweier Stunden nach der Krankenhausaufnahme untersucht. Dieser Wert verbesserte sich in den vergangenen Jahren deutlich (siehe Abbildung 3.5).

Abbildung 3.5:

Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und der ersten Untersuchung hirnzuführender Gefäße bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall



Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019-2021

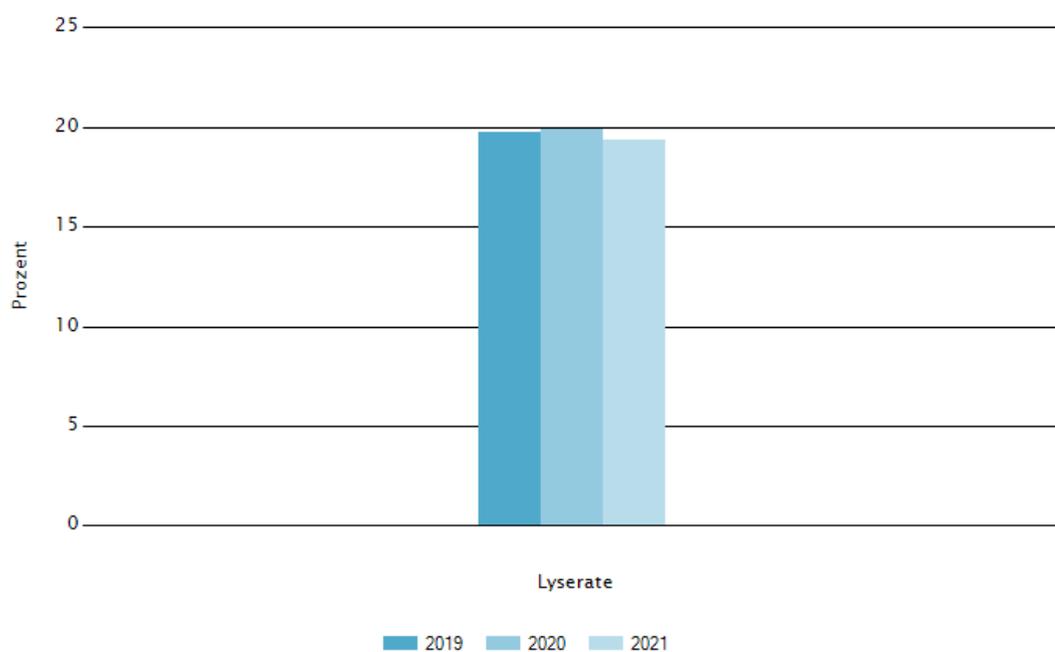
Therapie des ischämischen Hirninfarkts

Lyserate

Ein wichtiger Indikator im Rahmen der Therapie von Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten mit einer Ischämie ist die Lyserate. Sie zeigt, welcher Anteil des Patientenkollektivs einer intravenösen Lysetherapie unterzogen wird. In den Jahren 2018 bis 2021 stabilisierte sich die Lyserate auf knapp 20 Prozent (siehe Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:

Lyserate (Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall mit einer Ischämie, die lysiert wurden)



Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019-2021

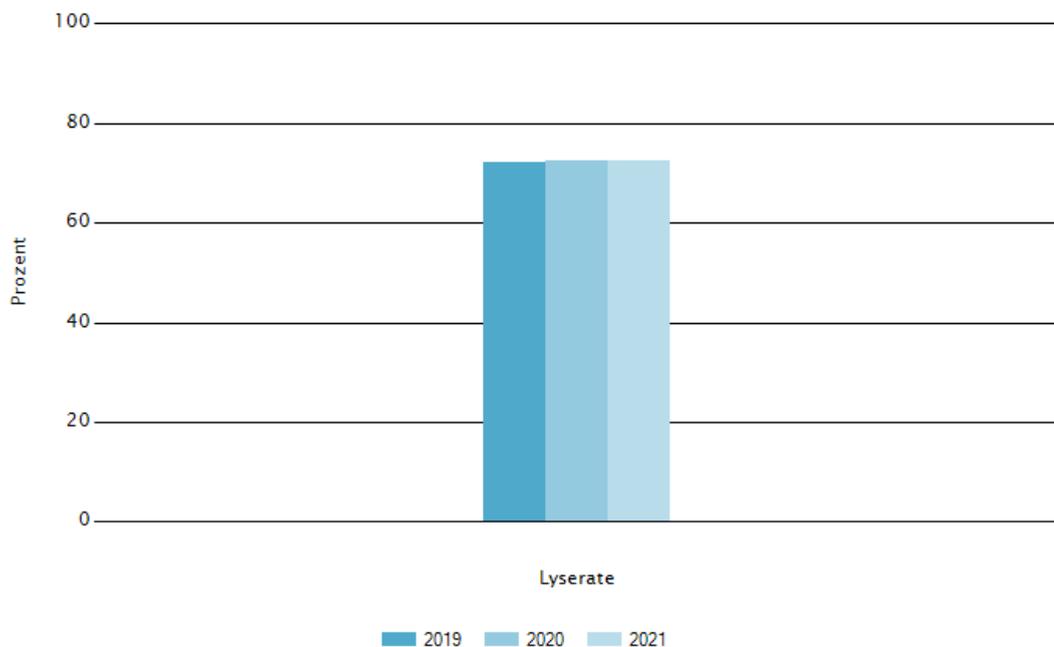
Aussagekräftiger als die Lyserate für alle Stroke-Unit-Patientinnen und -Patienten ist jedoch die Lyserate für jene Betroffenen, welche die lyse relevanten Kriterien (Alter, Zeitspanne von Ereignis bis Lyse) erfüllen.

Lyserate bei ausgewählten Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten

Die nachfolgende Auswertung zeigt die Lyserate bei ausgewählten Patientinnen und Patienten, die folgende Kriterien erfüllen: Aufnahmediagnose Schlaganfall mit einer Ischämie, Alter unter 80 Jahren, NIH-Wert bei der Aufnahme größer als drei und Krankenhausaufnahme innerhalb von 3,5 Stunden nach dem Ereignis. Wie aus der Abbildung 3.7 hervorgeht, steigt der Anteil der lysierten Patientinnen und Patienten dieser Patientengruppe konstant leicht an und lag im Österreichschnitt im Jahr 2021 bereits bei knapp 72 Prozent. Das weist darauf hin, dass ein Großteil jener Patientinnen und Patienten, bei denen die therapierelevanten Kriterien erfüllt sind, auch eine Lysetherapie erhält.

Abbildung 3.7:

Lyserate (Lyse i. v. und i. a.) bei ausgewählten Schlaganfallpatientinnen und Schlaganfallpatienten



Variante: Prozentanteil der Patientinnen und Patienten, die lysiert wurden, mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall mit Ischämie, einem Alter von unter 80 Jahren und einem NIH-Wert bei der Aufnahme von größer als drei sowie einer Krankenhausaufnahme innerhalb von 3,5 Stunden nach dem Ereignis

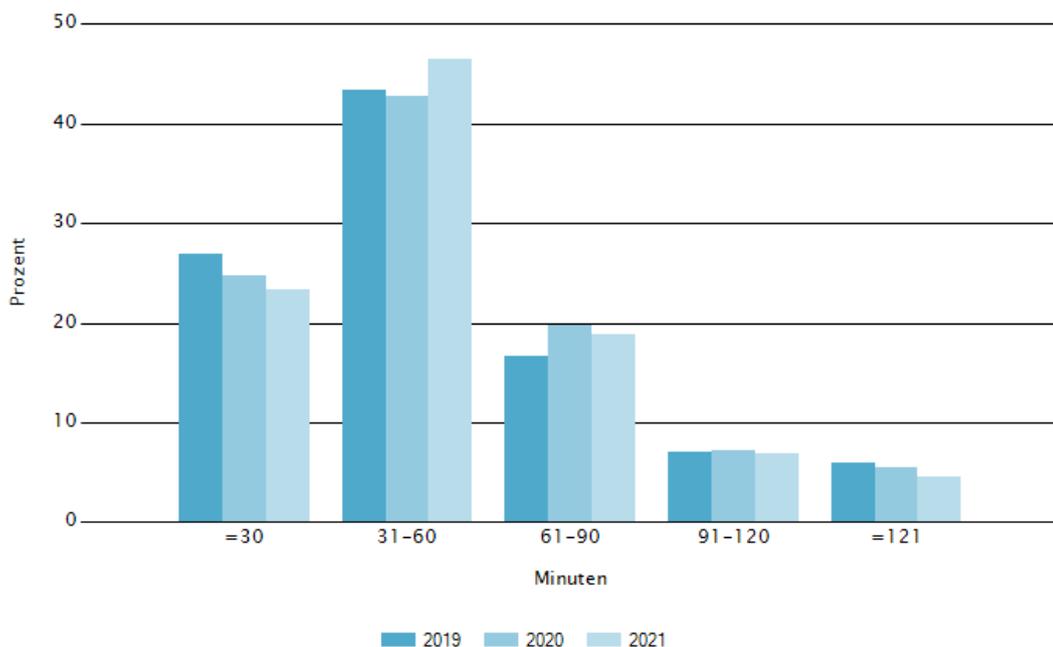
Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019–2021

Door-to-Needle-Time

Bei der Lysetherapie spielt der Zeitfaktor eine wichtige Rolle. Je früher die Lysetherapie einsetzt, umso höher sind die Erfolgschancen. Ausgedrückt wird dies mithilfe der Door-to-Needle-Time, das ist die Zeitspanne zwischen der Krankenhausaufnahme und dem Beginn der Lysetherapie in Minuten.

70 Prozent der lysierten Patientinnen und Patienten erhalten die Lyse innerhalb des Zielwerts von 60 Minuten (siehe Abbildung 3.8). Beim Therapiebeginn innerhalb von 30 Minuten nahm der Anteil im Jahr 2021 mit etwa 23 Prozent der Patientinnen und Patienten im Vergleich zum Vorjahr leicht ab, beim Therapiebeginn zwischen 31 und 60 Minuten wiederum stieg der Anteil im Jahr 2021 mit etwa 47 Prozent um vier Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr. In diesem Zusammenhang sind die Bemühungen der Stroke-Units hervorzuheben, die eigenen Prozesse auf Basis der Datenauswertungen des Registers zu analysieren und kontinuierlich zu verbessern.

Abbildung 3.8:
Door-to-Needle-Time in Minuten



Door-to-Needle-Time: Zeitspanne in Minuten zwischen der Krankenhausaufnahme und dem Beginn der Lyse bei Patientinnen und Patienten mit der Aufnahmediagnose Schlaganfall mit Ischämie, die i. v. lysiert wurden

Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019-2021

3.3 Erfolgsquoten und Follow-up

Erfolgsquote

Zur Darstellung der Ergebnisqualität wird die sogenannte Erfolgsquote gewählt, wobei der Datenbestand zur Analyse in leichte, mittelschwere und schwere Fälle gruppiert wird. Zur Einteilung in Schweregrade wird der NIH-Score bei der Aufnahme herangezogen. Anhand dieses Scores werden verschiedene Parameter wie Bewusstseinslage, Motorik oder Sprache der Patientin bzw. des Patienten bewertet (Scoresystem zwischen 0 und 42 Punkte²). Der Behandlungserfolg wird anhand der Einstufung auf der Rankin-Skala bei der Entlassung aus der Stroke-Unit beurteilt (zur Interpretation der Rankin-Skala siehe Tabelle 3.1). Das bedeutet, dass abhängig vom Schweregrad des Schlaganfalls, ein unterschiedlicher Zielwert für den Behandlungserfolg herangezogen wird.

Tabelle 3.1:
Schlaganfälle mit Ischämie: Einteilung der Schweregrade mittels Rankin-Skala

Rankin-Wert	Beschreibung
0	keine Einschränkung
1	trotz vorhandener Symptome keine nennenswerte Beeinträchtigung bei der Durchführung täglicher Verrichtungen
2	leichte Beeinträchtigung: nicht mehr möglich, alle Aktivitäten wie vorher durchzuführen, kann sich jedoch ohne fremde Hilfe um die eigenen Angelegenheiten kümmern
3	geringe Beeinträchtigung: angewiesen auf etwas Hilfe, kann ohne Unterstützung gehen
4	deutliche Beeinträchtigung: kann nicht ohne Hilfe gehen und ist bei der Körperpflege auf die Hilfe anderer Personen angewiesen
5	schwere Beeinträchtigung: bettlägerig, inkontinent, auf permanente Pflege angewiesen
6	Tod

Quelle: GÖG

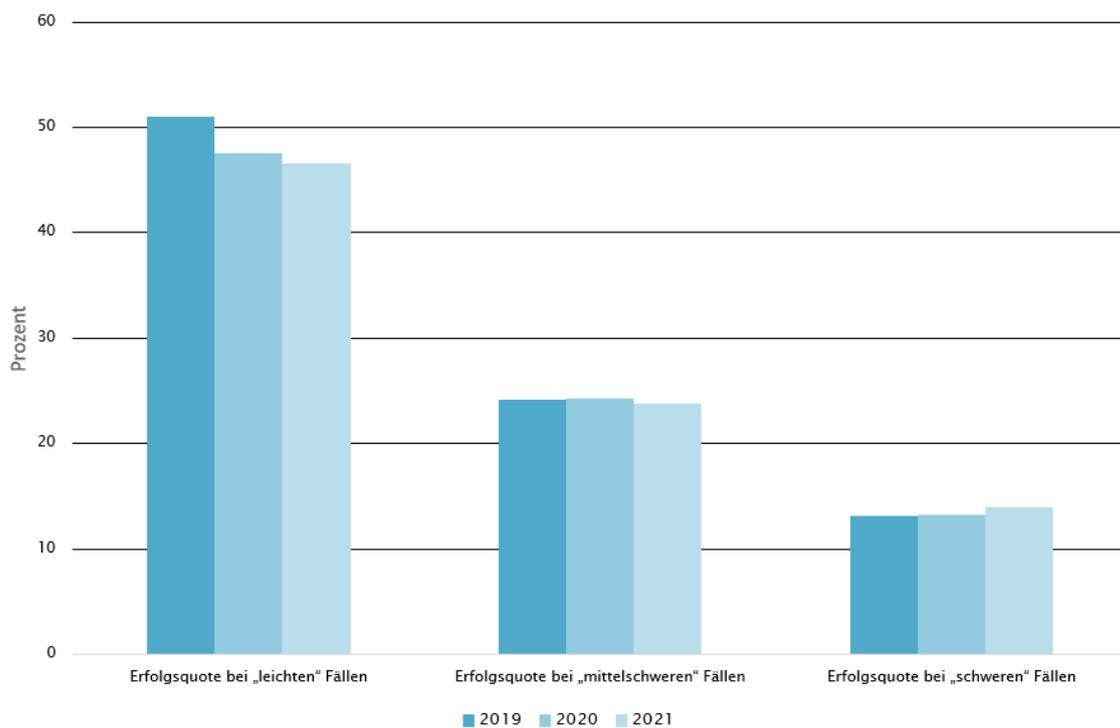
Von den gemessenen Erfolgsquoten war im Jahr 2021 der Wert bei den „leichten“ Fällen mit knapp 47 Prozent (Rankin-Wert 0 oder 1 erreicht) am höchsten (siehe Abbildung 3.9). Die Analyse zeigt zusätzlich, dass fast jede vierte Schlaganfallpatientin bzw. fast jeder vierte Schlaganfallpatient dieser Gruppe ohne Beeinträchtigung entlassen worden ist (Rankin-Skala 0 = keine Einschränkung). An zweiter Stelle lagen die mittelschweren Fälle, hier betrug die Erfolgsquote im Jahr 2021 ähnlich dem Vorjahr etwa 24 Prozent (siehe Abbildung 3.9). Mit knapp 14 Prozent war die Erfolgsquote (keine, leichte bzw. geringe Beeinträchtigungen) bei den schweren Fällen am geringsten.

Die Erfolgsquoten blieben im Jahr 2021 gegenüber dem Vorjahr stabil. Es ist jedoch anzumerken, dass diese Quoten aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauern in den Stroke-Units vorsichtig zu interpretieren sind, da der Rankin-Wert nach drei Tagen (durchschnittliche Verweildauer in den Stroke-Units) nur eingeschränkt aussagekräftig ist. Idealerweise sollte der Outcome erst nach drei Monaten auf Basis der Follow-up-Daten abschließend bewertet werden.

²

<https://www.ninds.nih.gov/health-information/public-education/know-stroke/health-professionals/nih-stroke-scale>

Abbildung 3.9:
Erfolgsquote bei „leichten“, „mittelschweren“ und „schweren“ Fällen



„leichte“ Schlaganfälle (NIH-Wert bei der Aufnahme > 0 und < 6), bei denen die Patientinnen und Patienten bei der Entlassung einen Rankin-Wert von 0 bzw. 1 erreichen
 „mittelschwere“ Schlaganfälle (NIH-Wert bei der Aufnahme > 5 und < 14), bei denen die Patientinnen und Patienten bei der Entlassung einen Rankin-Wert von 0 bis 2 erreichen
 „schwere“ Schlaganfälle (NIH-Wert bei der Aufnahme > 13), bei denen die Patientinnen und Patienten bei der Entlassung einen Rankin-Wert von 0, 1, 2 oder 3 erreichen

Quelle: GÖG, Stroke-Unit-Register 2019–2021

Follow-up

Als Qualitätssicherungsmaßnahme für Stroke-Units ist vorgesehen, nach Möglichkeit drei Monate nach dem Schlaganfall die Patientinnen und Patienten zu kontaktieren und die Rankin-Skala und optional den Barthel-Index im Rahmen der medizinischen Dokumentation zu erfassen. Allerdings ist die Durchführung dieses Drei-Monats-Follow-ups nicht verpflichtend.

Der internationale Standard bei Follow-up-Auswertungen gibt eine Mindest-Follow-up-Rate von 80 Prozent vor. Follow-up-Auswertungen im Rahmen des Stroke-Unit-Registers werden erst durchgeführt und interpretiert, wenn sich die durchschnittliche Follow-up-Rate, die 2021 bei etwa 40 Prozent lag, dem internationalen Standard deutlich angenähert hat.

4 Diskussion und Schlussfolgerung

Die ausgewählten Auswertungen des Stroke-Unit-Registers zeigen eine kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität in Stroke-Units in Österreich bzw. eine Stabilisierung auf hohem Niveau. Das Register bietet die Möglichkeit, Prozesse und Behandlungsergebnisse im Bereich der Stroke-Units zu beobachten und vergleichend (im Zeitverlauf, als Benchmarking der Zentren) darzustellen.

Die mittlerweile hohe Teilnahmerate des Registers (alle 38 Stroke-Units in Österreich, Vollständigkeit der Fälle 92,3 Prozent), sichert zudem die notwendige Datenquantität und -qualität, die eine inhaltliche Analyse der Prozesse und Ergebnisse der Schlaganfallversorgung in österreichischen Schlaganfallzentren unterstützt.

5 Wissenschaftliche Publikationen

Folgende wissenschaftliche Arbeiten wurden in den Jahren 2019 bis 2023 anhand von Daten aus dem österreichischen Stroke-Unit-Register veröffentlicht:

- Bernegger, Alexandra; Mikšová, Dominika; Posekany, Alexandra; Krebs, Stefan; Ferrari, Julia; Greisenegger, Stefan; Gattringer, Thomas; Lang, Wilfried; Kiechl, Stefan; Sykora, Marek (2022): Time trends in stroke severity in the years 2005 to 2020: results from the Austrian Stroke Unit Registry. In: *Journal of Neurology* 269/8:4396–4403
- Fandler-Höfler, Simon; Mikšová, Dominika; Deutschmann, Hannes; Kneihsl, Markus; Mutzenbach, Sebastian; Killer-Oberpfalzer, Monika; Gizewski, Elke R; Knoflach, Michael; Kiechl, Stefan; Sonnberger, Michael (2023): Endovascular stroke therapy outside core working hours in a nationwide stroke system. In: *Journal of NeuroInterventional Surgery* 22 February 2023:doi: 10.1136/jnis-2022-020044
- Heidinger, M; Lang, W; Kiechl, S; Mikšová, D; Vukic, I; Kleyhons, R; Willeit, P; Türk, S (2020): Status quo der österreichischen Schlaganfall-Versorgung. BMSGPK
- Javor, Andrija; Ferrari, Julia; Posekany, Alexandra; Asenbaum-Nan, Susanne (2019): Stroke risk factors and treatment variables in rural and urban Austria: an analysis of the Austrian Stroke Unit Registry. In: *Plos one* 14/4:e0214980
- Krebs, Stefan; Posekany, Alexandra; Pilz, Alina; Ferrari, Julia; Bernegger, Alexandra; Neumann, Christian; Thurnher, Siegfried; Roth, Dominik; Lang, Wilfried; Sykora, Marek (2022): CT-versus MRI-based imaging for thrombolysis and mechanical Thrombectomy in ischemic stroke: analysis from the Austrian stroke registry. In: *Journal of Stroke* 24/3:383–389
- Marko, Martha; Mikšová, Dominika; Ebner, Johanna; Lang, Marie; Serles, Wolfgang; Sommer, Peter; Sykora, Marek; Lang, Wilfried; Knoflach, Michael; Kiechl, Stefan (2022): Temporal trends of functional outcome in patients with acute ischemic stroke treated with intra-venous thrombolysis. In: *Stroke* 53/11:3329–3337
- Marko, Martha; Posekany, Alexandra; Szabo, Simon; Scharer, Sebastian; Kiechl, Stefan; Knoflach, Michael; Serles, Wolfgang; Ferrari, Julia; Lang, Wilfried; Sommer, Peter (2020): Trends of r-tPA (recombinant tissue-type plasminogen activator) treatment and treatment-influencing factors in acute ischemic stroke. In: *Stroke* 51/4:1240–1247
- Schellen, Christoph; Posekany, Alexandra; Ferrari, Julia; Krebs, Stefan; Lang, Wilfried; Brainin, Michael; Staykov, Dimitre; Sykora, Marek; Collaborators, Austrian Stroke Unit Registry (2019): Temporal trends in intracerebral hemorrhage: Evidence from the Austrian Stroke Unit Registry. In: *Plos one* 14/11:e0225378
- Sommer, Peter; Scharer, Sebastian; Posekany, Alexandra; Serles, Wolfgang; Marko, Martha; Langer, Agnes; Fertl, Elisabeth; Sykora, Marek; Lang, Wilfried; Dafert, Sebastian (2022): Thrombectomy in basilar artery occlusion. In: *International Journal of Stroke* 17/9:1006–1012

- Sykora, Marek; Michel, Patrik; Strambo, Davide; Krebs, Stefan; Ferrari, Julia; Posekany, Alexandra; Mikšová, Dominika; Hermann, Konstantin; Gattringer, Thomas; Gizewski, Elke (2022): Mechanical Thrombectomy in Acute Stroke Patients with Moderate to Severe Pre-Stroke Disability. In: *Journal of Stroke* 24/3:396–403
- Sykora, Marek; Krebs, Stefan; Mikšová, Dominika; Badic, Ines; Gattringer, Thomas; Fandler-Höfler, Simon; Marko, Martha; Greisenegger, Stefan; Knoflach, Michael; Lang, Wilfried (2023): IV Thrombolysis vs Early Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Mild Noncardioembolic Ischemic Stroke. In: *Neurology* 101/9:e933–e939
- Sykora, Marek; Krebs, Stefan; Simader, Florentina; Gattringer, Thomas; Greisenegger, Stefan; Ferrari, Julia; Bernegger, Alexandra; Posekany, Alexandra; Lang, Wilfried; Collaborators, Austrian Stroke Unit Registry (2022): Intravenous thrombolysis in stroke with admission NIHSS score 0 or 1. In: *International Journal of Stroke* 17/1:109–119

Glossar

Aviso

Aviso ist die Ankündigung des Zutransports einer Patientin bzw. eines Patienten in ein Krankenhaus durch den Rettungsdienst.

Benchmarking

Benchmarking ist der Vergleich von Prozess- bzw. Ergebnisqualitätsdaten teilnehmender Zentren. Dadurch können Schwachstellen erkannt und kann ein Lernen vom Besten angestrebt werden (Best Practice).

Datensatz

Ein Datensatz ist eine festgelegte Menge von Datenfeldern, die einem Fall (einer oder einem Erkrankten) zugeordnet wird. Der Datensatz wird pro Patientin bzw. Patient elektronisch erhoben und gespeichert.

Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD)

Die gesetzlich geregelte Diagnosen- und Leistungsdokumentation der Krankenhäuser (gemäß der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung) erfasst in elektronischer Form medizinische Meldedaten zu stationären Spitalsaufenthalten. Diese umfassen Informationen zu Alter, Geschlecht und Wohnort der Patientinnen und Patienten sowie zu Aufenthaltsdauer, Entlassungsart, Hauptdiagnose und Informationen zu den medizinischen Leistungen. Ergänzt werden diese Daten durch Informationen zur Krankenanstalt.

Door-to-Needle-Time

Als Door-to-Needle-Time wird der Zeitraum zwischen der Aufnahme der Patientinnen und Patienten mit einem Schlaganfall im Krankenhaus und dem Beginn der Lysetherapie bezeichnet.

endovaskuläre Schlaganfalltherapie (mechanische Thrombektomie)

Als endovaskuläre Schlaganfalltherapie wird die Wiedereröffnung eines Verschlusses der großen hirnversorgenden Arterien mit einem Katheter und anderen über das Gefäßsystem eingebrachten Miniaturwerkzeugen bezeichnet.

Follow-up

Als Follow-up bezeichnet man im klinischen Zusammenhang Folgeuntersuchungen einer laufenden Behandlung bzw. die Nachsorge einer abgeschlossenen Behandlung.

Indikator

Ein Indikator ist ein quantitatives oder qualitatives Maß dafür, wie nahe die Erreichung eines festgelegten Ziels ist (Erfolg einer Maßnahme).

intermittierend

Der Begriff „intermittierend“ bezieht sich in der Medizin in erster Linie auf Krankheitsverläufe und bedeutet „wiederkehrend“ oder „mit Unterbrechungen erfolgend bzw. auftretend“.

intrakraniell

Der Begriff „intrakraniell“ bedeutet „innerhalb des Schädels“. Er wird zur Bezeichnung von Strukturen oder Prozessen verwendet, die innerhalb der Schädelhöhle liegen.

Ischämie bzw. ischämischer Schlaganfall

Als Ischämie bezeichnet man die pathologisch verminderte oder aufgehobene Durchblutung eines Gewebes infolge mangelnder arterieller Zufuhr von Blut. Bei einem ischämischen Schlaganfall betrifft diese Minderdurchblutung das Gehirn.

Lyse bzw. Lysetherapie oder Thrombolyse

Die Lyse (auch Lysetherapie oder Thrombolyse genannt) ist die medikamentöse Auflösung eines Blutgerinnsels (Thrombus bzw. Blutpfropf, der ein Blutgefäß verstopft) mit einer Substanz, die meistens intravenös z.B. in eine Armvene gespritzt wird.

Monitoring

Als „Monitoring“ bezeichnet man in der Intensiv- und Notfallmedizin eine lückenlose Überwachung der Vitalfunktionen einer Patientin bzw. eines Patienten.

Outcome

Unter dem Outcome oder Therapieergebnis versteht man in der Medizin das Ergebnis einer Therapie- oder Präventionsmaßnahme. Zur Messung des Outcomes werden vor Beginn der Analyse messbare Endpunkte definiert.

proximal

Als proximal wird eine anatomische Lage bezeichnet, der Begriff bedeutet „zum Rumpf hin gelegen“ bzw. „zur Körpermitte hin“.

Qualitätsindikator

Ein Qualitätsindikator ermöglicht es, ein Qualitätsziel mittels einer Zahl zu beschreiben bzw. zu quantifizieren. Erst dadurch wird eine valide Aussage darüber möglich, wie weit die medizinische Versorgung in einer einzelnen Einrichtung von einem Qualitätsziel entfernt ist oder inwieweit dieses Ziel erreicht wurde. Mithilfe des daraus resultierenden Indikatorwerts können auch die Zentren untereinander verglichen werden (Benchmarking).

Sekundärprophylaxe

Sekundärprophylaxe bedeutet die Vorbeugung gegen ein erneutes Auftreten einer Erkrankung oder dessen Verhütung. Sie beinhaltet medizinische Maßnahmen, die das erneute Auftreten oder das weitere Fortschreiten einer Erkrankung verhindern sollen.

Stroke-Unit

Bei einer Stroke-Unit handelt es sich um eine spezielle Einrichtung in einem Krankenhaus an einer neurologischen Abteilung mit der Möglichkeit einer für den Schlaganfall spezifischen sofortigen Diagnostik und Therapieanleitung.

Vollständigkeit

Die Vollständigkeit gibt den Anteil der fehlenden Werte bei einem obligatorisch zu erhebenden Datensatz an. Das Ziel jedweder Ergebnisqualitätsmessung ist das Erreichen einer hundertprozentigen Vollständigkeit.