

Indikatorendatenblatt

Indikator	Prähospitalzeit ≤ 60 min: akuter Myokardinfarkt
Nummer	5-6-1
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eignung der Krankenhäuser ○ ID der Zielklinik ○ Wochentag ○ transportierender Rettungsmitteltyp
Qualitätsziel	Patienten mit akutem Myokardinfarkt sollen maximal 60 Minuten nach Notrufeingang der stationären Behandlung zugeführt werden.
Rationale	<p>Ausgehend von den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollte die definitive klinische Therapie bei zeitkritischen notfallmedizinischen Krankheitsbildern nach höchstens 90 Minuten beginnen. Um dies erreichen zu können, muss die stationäre Diagnostik und Therapie spätestens 60 Minuten nach Notrufeingang beginnen. Die Verkürzung der Zeit bis zum Beginn der definitiven klinischen Therapie ist mit einem besseren klinischen Verlauf und einem besseren Behandlungsergebnis assoziiert. Konkret liegt folgende Empfehlung zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ST-Hebungsinfarkt: Primäre PCI ≤ 90 min (≤ 60 min wenn der Patient sich innerhalb von 120 min präsentiert oder sich direkt bei dem PCI-Zentrum vorstellt) (I B, ESC)
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ibanez B, James S, Agewall S et al.: 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2018) 39, 119-177 2. Thiele, H.: Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie-Leitlinien 2017 – STEMI, Notfall Rettungsmed (2018) 21, 22-33 3. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19 4. Leitlinie zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council 5. Sefrin, P.: Hilfsfrist versus Versorgungszeit. (2017) in: Handbuch des Rettungswesens, Mendel Verlag, Witten
Indikatortyp	Prozess
Übergeordnetes Qualitätsziel	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie • Schnellstmögliche Versorgung von Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rettungsdienstlich versorgte, therapiewillige, transportierte Patienten • Einsätze im eigenen Rettungsdienstbereich • Primäreinsätze • Patienten mit Infarkt-EKG oder Diagnose „STEMI VW“ oder „STEMI HW“ • Ausschluss von Patienten, die vor Erreichen des Transportziels versterben <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 8 (transportierendes RM) minus Aufschaltzeitpunkt ≤ 60min
Datenquellen	Notarzt Daten, Rettungsdienst Daten, Leitstellendaten

Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusster Therapieverzicht durch den Notarzt • Patient verstirbt an der Einsatzstelle <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Rahmenbedingungen, die teilweise nicht beeinflussbar sind (s. hierzu auch QI 3-1 bis 3-4). • Gerade in ländlichen Gebieten besteht die Möglichkeit langer Transportzeiten in die nächste geeignete Klinik. Diesem Aspekt soll durch Stratifizierung nach Transportziel Rechnung getragen werden. <p>Risikoadjustierung Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich	Indikator noch nicht zur Bewertung im gestuften Dialog vorgesehen
Auswertung	Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte. Alle Rettungsdienstbereiche, Leitstellen und Notarztstandorte erhalten eine Auswertung.
Bemerkungen/Sonstiges	<p>Methodische Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der neu aufgetretene Linksschenkelblock ist im Datensatz nicht enthalten. • Die Zeit vom Aufschaltzeitpunkt bis zum Eintreffen des Patienten in der Zielklinik besteht aus mehreren Teilprozessen mit unterschiedlichen Prozessverantwortlichen (Leitstelle, Notfallrettung, Bereichsausschuss und weitere). • Transportzeiten können größtenteils nur (langfristig) auf Bereichsebene beeinflusst werden. • Die Grundgesamtheit dieses Indikators stellt eine Teilmenge des Indikators „Prähospitalzeit“ (3-5) dar. • Nicht-Aufnahmefähigkeit von Zielkliniken ist möglich. Diese Fälle sollen hier jedoch nicht ausgeschlossen werden, um die Versorgungsstruktur realistisch darzustellen. • Aus Patientensicht betrachtet dieser Indikator nur einen Teil der relevanten Versorgungszeit. Daher sollte auch die Weiterversorgung im Krankenhaus qualitätsgesichert werden. Für die Qualitätssicherung der SQR-BW kann derzeit jedoch nur auf die vom Rettungsdienst beeinflussbare Zeit fokussiert werden. • Bei Transporten zu Zielen außerhalb des eigenen Rettungsdienstbereiches erfolgt wegen fehlender Funkabdeckung i. d. R. keine Übermittlung des Status 8 an die Heimatleitstelle. Einige Flottenmanagementsysteme übermitteln den Status 8 jedoch auch von außerhalb auf einem zweiten Übertragungsweg an den Einsatzleitrechner. <p>Potenzielle Fehlanreize</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 8 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt übermittelt (z. B. vor Erreichen des Transportziels) • Fokussierung auf die Versorgungszeit • Vernachlässigung der Eignung der Zielklinik <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Auswertung der „Qualität der Versorgung bei Tracerdiagnosen“ beinhaltet zwei weitere Informationsebenen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Zielklinik (s. QI 6-1 bis 6-4) ○ Leitliniengerechte Versorgung (s. QI 5-4 bis 5-6)