

Indikatorendatenblatt

Indikator	Prähospitalzeit ≤ 60 min: akutes zentral-neurologisches Defizit
Nummer	5-6-4
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 Schlaganfall 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 (z. B. Reperfusionstherapie) ist mit einem besseren klinischen Verlauf und einem besseren Behandlungsergebnis assoziiert. Konkret liegt folgende Empfehlung zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlaganfall: 90 min bis zur Entscheidung über die Lyse (120 min bis Lyse) oder mechanische Thrombektomie (120 min bis zur Thrombektomie)
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Myers, JB. et al.: Evidence-based performance measures for emergency medical Services systems: a model for expanded EMS benchmarking. Prehosp Emerg Care (2008) 12(2), 141-151 2. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19 3. Ministerium für Soziales und Integration: Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg (2017) 4. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.): S2k-Leitlinie: Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls – Rekanalisierende Therapie (Ergänzung 2015) 5. Sefrin, P.: Hilfsfrist versus Versorgungszeit. (2017) in: Handbuch des Rettungswesens, Mendel Verlag, Witten
Indikatorotyp	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 TIA, Apoplex, SAB oder ICB • 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	Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren <ul style="list-style-type: none">• Bewusster Therapieverzicht durch den Notarzt• Patient verstirbt an der Einsatzstelle Weitere Einflussfaktoren <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. Risikoadjustierung <p>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	Methodische Hinweise <ul style="list-style-type: none">• 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. Potenzielle Fehlanreize <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 Maßnahmen <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)Hinweis: Die leitliniengerechte Versorgung Schlaganfall wird derzeit nicht über QI abgebildet.