

Gestufte Dialog

Gemäß § 10 der Rettungsdienstplanverordnung tritt die SQR-BW mit den Beteiligten am Rettungsdienst in den Gestuften Dialog, der Teil des laut Rettungsdienstgesetz verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahrens ist. Dieses Dokument enthält allgemeine Informationen zur **Auslösung**, zum **Ablauf** und zum **Abschluss** des Gestuften Dialogs.

Allgemeines

Der Gestufte Dialog ist ein Verfahren, in dem rechnerisch auffälligen Ergebnissen nachgegangen wird und unmittelbar mit der Datenerhebung und Dokumentation befasste Personen um die Einschätzung und Bewertung ihrer Indikatorergebnisse gebeten werden. Auf diese Weise sollen wichtige Erkenntnisse zur Ergebnisbewertung (z. B. nicht berücksichtigte Einflussfaktoren) gewonnen werden. Das Verfahren soll somit die Ursachen für rechnerische Auffälligkeiten aufdecken und die SQR-BW sowie alle Beteiligten am Rettungsdienst unterstützen, Qualitätsdefizite als solche zu erkennen und die Einleitung geeigneter Maßnahmen zu deren Beseitigung zu ermöglichen. Falls erforderlich, werden konkrete Ziele definiert, deren Erreichung nach Ablauf des festgelegten Zeitraums überprüft wird.

Qualitätsindikatoren im Gestuften Dialog

Um die inhaltliche Validität der Indikatoren beurteilen zu können, muss deren Berechnung auf einer ausreichend großen und belastbaren Datengrundlage erfolgen (ausführliche Hinweise zur Datengrundlage und Datenvalidierung s. Webseite). Indikatoren, die diese Voraussetzungen erfüllen, werden in Fachgruppen und im Beirat der SQR-BW bezüglich der Aufnahme in den Gestuften Dialog und des Referenzbereichs beraten. Die Rechenregeln und Bewertungsrichtlinien der Qualitätsindikatoren im Gestuften Dialog werden jährlich überprüft und ggf. angepasst. Aus dem Gestuften Dialog gewonnene Erkenntnisse fließen dabei in die Re-Evaluation der Indikatoren ein.

Die Qualitätsindikatoren, für die der Gestufte Dialog durchgeführt wird, werden im Qualitätsbericht sowie auf der Website der SQR-BW dargestellt. Zudem ist bei den entsprechenden Indikatoren im [Datenblatt](#) der zugehörige Referenzbereich angegeben.

Referenzbereich und Auslösung des Gestuften Dialogs

Referenzbereiche dienen der Identifizierung rechnerisch auffälliger Ergebnisse, die im Rahmen des Gestuften Dialogs einer näheren Betrachtung unterzogen werden. Sie stellen daher nicht das Qualitätsziel des Indikators dar, sondern vielmehr einen Grenzwert, ab dem ein Ergebnis eine Ursachenanalyse nach sich zieht. Indikatorergebnisse innerhalb des Referenzbereichs werden als unauffällig gewertet. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, lösen den Gestuften Dialog aus. Die Referenzbereiche werden auf Empfehlung der SQR-BW von den Fachgruppen und im Einvernehmen mit dem Beirat der SQR-BW festgelegt und werden sowohl im Datenblatt als auch in der Darstellung der Auswertungsergebnisse angegeben.

Der Referenzbereich wurde zunächst für die ratenbasierten Indikatoren auf mindestens den Landeswert, für zeitbasierte Indikatoren auf höchstens den Median (Landeswert) des entsprechenden Erfassungsjahres festgelegt. Abweichend hiervon werden seit dem Datenjahr 2023 für die Ausrückzeit die Planwerte aus dem Rettungsdienstplan bzw. der Rettungsdienstplanverordnung als Referenzwerte herangezogen (NA: 90 Sekunden, RTW: 60 Sekunden, jeweils im Median). Seit dem Datenjahr 2024 gilt auch für die Gesprächsannahmezeit als Referenzwert der Planwert aus dem Rettungsdienstplan bzw. der Rettungsdienstplanverordnung (15 Sekunden im 90. Perzentil).

Für die Vollständigkeit der Datenlieferung wird ein fixer Referenzbereich von 90 – 110 % vorgegeben. Auch nicht (fristgerechte) oder nur anteilige Datenlieferungen lösen somit den Gestuften Dialog aus.

Da die Vollzähligkeit der Daten jedoch nicht allein durch den Standort zu beeinflussen ist, wird hier vor der Eröffnung des Gestuften Dialogs die Zuständigkeit durch die SQR-BW überprüft. Weiterhin werden die Rückmeldungen/Erkenntnisse aus den Vorjahren bei der Entscheidung entsprechend berücksichtigt.

Statistische Berechnungen

Die Berechnung der Indikatorergebnisse erfolgt nach den auf dem jeweiligen Datenblatt veröffentlichten Regeln. Bei ratenbasierten Indikatoren wird im Falle einer Abweichung des Ergebnisses vom Referenzbereich diese Abweichung auf statistische Signifikanz zu einem Gesamtfehlerniveau von 0,05 unter der Berücksichtigung der Anzahl der Standorte überprüft. Dazu wird das 95 %-Konfidenzintervall $[0; c]$ berechnet mit c als obere Intervallgrenze, das die folgende Gleichung der Binomialverteilung näherungsweise erfüllt:

$$\sum_{i=0}^c B(i|p, n) = 1 - \alpha,$$

wobei n den Stichprobenumfang, p das Indikatorergebnis und α das Signifikanzniveau darstellt. Liegt das 95 %-Konfidenzintervall vollständig außerhalb des indicatorspezifischen Referenzbereichs, ist die Abweichung statistisch signifikant.

Für die Aufbereitung und Auswertung der rettungsdienstlichen Daten wird die Statistiksoftware R, für den Signifikanztest die R-Funktion *binom.test* verwendet.

Ablauf des Gestuften Dialogs

Jedes Indikatorergebnis außerhalb des Referenzbereichs zieht einen entsprechenden Hinweis nach sich. Wenn bei einem ratenbasierten Qualitätsindikator die Abweichung statistisch signifikant ist und/oder sich das Ergebnis innerhalb der unteren 10 % aller auffälligen Ergebnisse befindet (je nach Indikator ggf. nach Adjustierung), ist eine Stellungnahme der jeweiligen Beteiligten am Rettungsdienst zur Abweichung vorgesehen.

Seit dem Gestuften Dialog 2019 werden Faktoren, die das rettungsdienstliche Personal nicht beeinflussen kann, bei der Anforderung von Stellungnahmen berücksichtigt, sofern sie aus den übermittelten Daten erkennbar sind (Adjustierung). Das bedeutet: Fälle, bei denen solche Einflussfaktoren vorliegen und bei denen die Anforderungen des Indikators nicht erfüllt wurden, werden für die Berechnung des adjustierten Ergebnisses ausgeschlossen. Auf der Grundlage der verbleibenden Fälle wird dann das adjustierte Indikatorergebnis berechnet. Das adjustierte Ergebnis bildet dann die Entscheidungsgrundlage zur Anforderung von Stellungnahmen.

Aktuell sind dies folgende Einflussfaktoren für die unten genannten Indikatoren:

- *Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten:*
Ausschluss M-NACA < 4 und/oder psychiatrische Erkrankung, Psyche: aggressiv
- *Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung:*
Ausschluss Kinder vor der Vollendung des 5. Lebensjahres, Reanimation, Fieberkrampf und/oder psychiatrische Erkrankung
- *Geeignetes Transportziel: akutes zentral-neurologisches Defizit:*
Ausschluss Kinder/Jugendliche vor der Vollendung des 18. Lebensjahres, Symptombeginn vor > 24 Stunden, nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit
- *Geeignetes Transportziel: Schwerverletzte/Polytrauma:*
Ausschluss Kinder/Jugendliche vor der Vollendung des 15. Lebensjahres, nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit
- *Geeignetes Transportziel: ST-Hebungsinfarkt:*
Ausschluss nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit

Unter Berücksichtigung von Vorjahresergebnissen und von Ergebnissen weiterer Indikatoren kann die Fachgruppe die Anforderung zusätzlicher Stellungnahmen oder lediglich den Versand von Hinweisen empfehlen.

Innerhalb von vier Wochen nach Anforderung werden eingegangene Stellungnahmen zur Bewertung herangezogen. Sind diese nicht schlüssig, kann eine Ergänzung angefordert werden, welche innerhalb von zwei Wochen vorliegen muss. Zur Bewertung durch die Fachgruppe werden die Stellungnahmen pseudonymisiert.

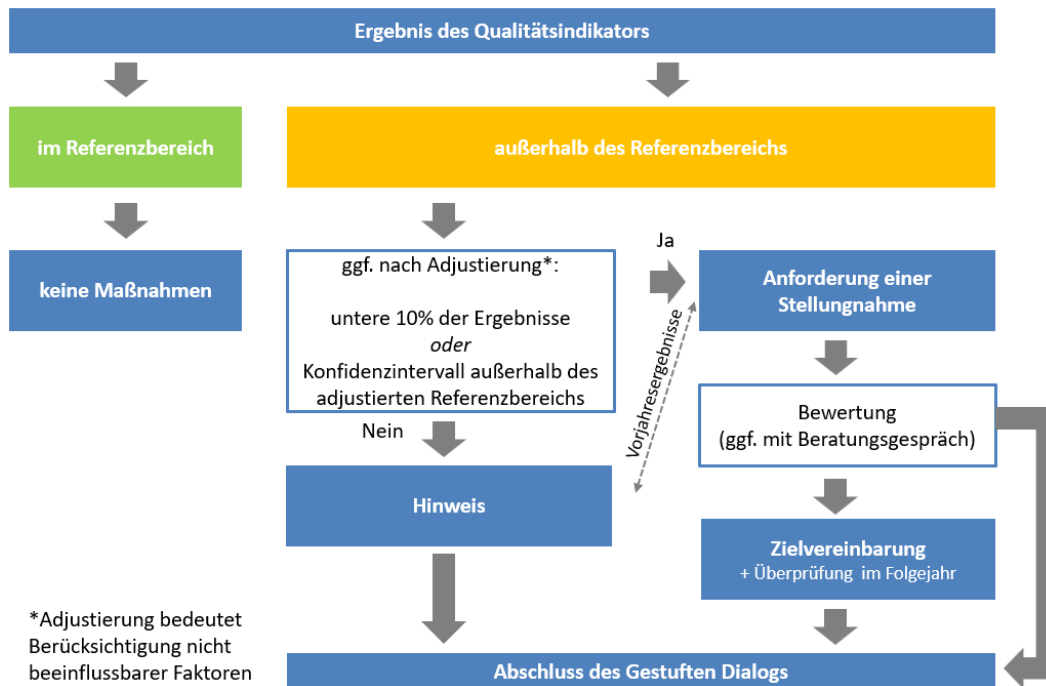


Abbildung 1. Schema zum Ablauf des Gestuften Dialogs: ratenbasierte Indikatoren

Bei zeitbasierten Indikatoren gilt für die Auslösung des Gestuften Dialogs derzeit folgendes Schema:

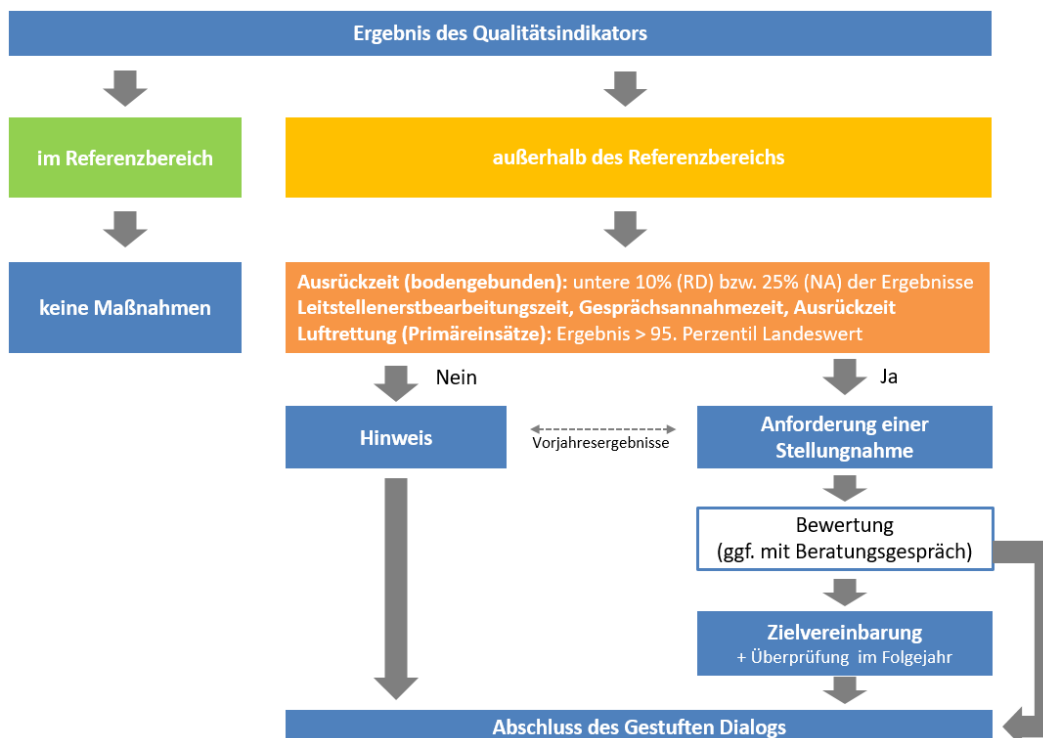


Abbildung 2. Schema zum Ablauf des Gestuften Dialogs: zeitbasierte Indikatoren

Verantwortlichkeiten und Adressaten

Bei Ergebnissen von Indikatoren mit notärztlicher Verantwortung sind die notärztlichen Standortleitungen des Notarztstandortes primäre Ansprechpersonen. Da in Baden-Württemberg die Krankenhausträger zur Notarztstellung verpflichtet und für die organisatorische Abwicklung des Notarztendienstes verantwortlich sind (§19 Absatz 1 und 3 RDG Baden-Württemberg), wird bei Notarztstandorten, die einem Krankenhausträger angegliedert sind, die Krankenhausgeschäftsführung in die Abwicklung des Gestuften Dialogs einbezogen.

Bei Indikatorergebnissen von Rettungswachen sind die Rettungsdienstleitungen primäre Ansprechpersonen. Darüber hinaus werden auch die Landesverbände der jeweiligen Hilfsorganisationen in den Gestuften Dialog eingebunden.

Bei Ergebnissen von Indikatoren mit Verantwortung im Bereich der Leitstellen sind deren Leitungen primäre Ansprechpersonen. Darüber hinaus werden auch der DRK-Landesverband mit Trägerschaft der Leitstelle sowie die Ärztlichen Leiterinnen und Leiter Rettungsdienst der Regierungspräsidenten in ihrer Funktion als Fachaufsicht in den Gestuften Dialog einbezogen.

Bewertung

Eine Bewertung der Ergebnisse erfolgt auf Grundlage der abgegebenen Stellungnahmen für alle in den Gestuften Dialog eingeschlossenen Qualitätsindikatoren. Für die Bewertung können neben dem Indikatorergebnis und der dazugehörigen Stellungnahme auch Ergebnisse weiterer Indikatoren sowie die Ergebnisse des Gestuften Dialogs aus den Vorjahren herangezogen werden.

Sofern der Fachgruppe ein persönliches Gespräch sinnvoller erscheint als die schriftliche Fortführung des Dialogs (z. B. weil die Stellungnahme keine eindeutige Bewertung des Sachverhalts erlaubt), kann eine Einladung zum kollegialen Beratungsgespräch erfolgen.

Veröffentlichung der Ergebnisse

Die Ergebnisse des Gestuften Dialogs werden im jährlich erscheinenden Qualitätsbericht der SQR-BW (des auf die Datenerhebung folgenden Jahres) sowie an den Beirat und den Landesausschuss für den Rettungsdienst in anonymer Form berichtet. Der Beirat entscheidet im Einzelfall über die Information des zuständigen Bereichsausschusses (bei Erfordernis unter Aufhebung der Anonymität). Eine fehlende Mitwirkung am Gestuften Dialog führt zur Aufhebung der Anonymität der Standorte/Leitstellen gegenüber den genannten Gremien.

Zeitplan

Die Datenentgegennahme für die Erstellung von Auswertungen durch die SQR-BW endet auf Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst am 15. des Folgemonats, d. h. Daten für die Jahresauswertung werden bis 15. Januar angenommen. Darauf folgt eine Phase der Datenprüfung, Aufbereitung und Auswertung. Im Anschluss erfolgt die Anforderung von Stellungnahmen, üblicherweise zur Jahresmitte.

Von der SQR-BW angeforderte Stellungnahmen werden unter Einbindung von Fachexperten bewertet. Beratungsgespräche erfolgen im 4. Quartal, sodass der Gestufte Dialog bis zum Ende des auf die Datenerhebung folgenden Jahres abgeschlossen sein sollte.