

# Indikatorendatenblatt

Indikator	Prähospitalzeit ≤ 60 min: Polytrauma/Schwerverletzte mit vitaler Gefährdung
Nummer	5-6-2
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtergebnis</li> <li>• Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einsätze im eigenen Rettungsdienstbereich</li> <li>○ nächste geeignete Klinik aufnahmebereit ja/nein</li> <li>○ Notarzt-Nachforderung ja/nein</li> <li>○ Eignung Zielklinik</li> <li>○ Wochentag</li> <li>○ transportierender Rettungsmitteltyp</li> <li>○ Verletzungsgruppe</li> </ul> </li> </ul>
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten mit Polytrauma sollen maximal 60 Minuten nach Notrufeingang der stationären Behandlung zugeführt werden.
Rationale	<p>Ausgehend von den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften soll 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 liegen folgende Empfehlungen zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polytrauma/Schwerverletzte: 90 Minuten bis zum OP-Beginn (60 Minuten bis Klinikaufnahme)</li> </ul>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>2. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung (2023)</li> <li>3. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (Hrsg.): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Empfehlungen zu Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. (2019)</li> <li>4. Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2025)</li> <li>5. Seifrin, P.: Hilfsfrist versus Versorgungszeit. (2017) in: Handbuch des Rettungswesens, Mendel Verlag, Witten</li> <li>6. Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen Baden-Württemberg: §7 Weitere Zeiten im Einsatzablauf, (2). Az. IM6-5461-272. (2022) Stuttgart</li> </ol>
Übergeordnetes Qualitätsziel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie</li> <li>• schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst</li> </ul>

<b>Berechnung</b>	<b>Grundgesamtheit</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäreinsätze</li> <li>• rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten</li> <li>• schwer/lebensbedrohlich verletzte oder polytraumatisierte Patientinnen und Patienten mit zusätzlich initialer Bewusstlosigkeit (GCS &lt; 9, bewusstlos) oder Hypotension im Verlauf (<math>RR_{sys} \leq 90</math> mmHg)</li> <li>• Ausschluss von Todesfeststellungen/erfolglosen Reanimationen</li> <li>• Ausschluss von Fällen mit bewusstem Therapieverzicht, Ablehnung indizierter Maßnahmen und Palliativsituation</li> </ul> <b>Zähler/Formel</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status 8 (transportierendes RM) minus Aufschaltzeitpunkt <math>\leq 60</math>min</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	Notarzt-daten, Leitstellendaten
<b>Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung</b>	<b>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundäreinsätze</li> <li>• Tod an der Einsatzstelle</li> </ul> <b>Weitere Einflussfaktoren</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aufwendige und langwierige technische Rettung möglich</li> <li>• unterschiedliche Rahmenbedingungen, die teilweise nicht beeinflussbar sind (siehe hierzu auch QI 3-1 bis 3-4)</li> <li>• Gerade in ländlichen Gebieten besteht die Möglichkeit langer Transportzeiten in die nächste geeignete Klinik. Diesem Aspekt soll durch Stratifizierung nach Transportziel Rechnung getragen werden.</li> </ul> <b>Risikoadjustierung</b> Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.
<b>Gestufte Dialog</b>	Aufgrund multipler Einflüsse und Prozessverantwortlicher ist dieser Indikator nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen.
<b>Auswertung</b>	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, Notarztstandorte und Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.

Bemerkungen/Sonstiges	Methodische Hinweise
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Einschränkung der Grundgesamtheit auf Fälle mit initialer Bewusstlosigkeit und/oder Hypotension im Verlauf erhöht die Spezifität und die Validität des Indikators. Aufgrund dadurch erreichter besserer Operationalisierung des Qualitätsziels, wird eine geringere Sensitivität bewusst in Kauf genommen.</li> <li>Für die Berechnung des Indikators ist eine Verknüpfung von Leitstellen- und Notarztdaten erforderlich</li> <li>Die Zeit vom Aufschaltzeitpunkt bis zum Eintreffen der Patientin/des Patienten in der Zielklinik besteht aus mehreren Teilprozessen mit unterschiedlichen Prozessverantwortlichen (Leitstelle, Notfallrettung, Bereichsausschuss, Krankenhausplanung etc.).</li> <li>Nicht-Aufnahmefähigkeit von Zielkliniken ist möglich. Diese Fälle sollen hier jedoch nicht ausgeschlossen werden, um die Versorgungsstruktur realistisch darzustellen.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul> <p><b>Potenzielle Fehlanreize</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Status 8 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt übermittelt (z. B. vor Erreichen des Transportziels).</li> <li>Fokussierung auf den zeitlichen Aspekt der Versorgung</li> <li>Vernachlässigung der Eignung der Zielklinik</li> </ul> <p><b>Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Die Auswertung der „Qualität der Versorgung bei Tracerdiagnosen“ beinhaltet zwei weitere Informationsebenen: <ul style="list-style-type: none"> <li>geeignete Zielklinik (siehe QI 6-1-1 bis 6-1-4)</li> <li>leitliniengerechte Versorgung (siehe QI 5-4-1 bis 5-4-4)</li> </ul> </li> </ul>