

Indikatorenendatenblatt

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"> ○ Einsätze im eigenen Rettungsdienstbereich ○ nächste geeignete Klinik aufnahmebereit ja/nein ○ NA-Nachforderung ja/nein ○ Eignung Zielklinik ○ Wochentag ○ transportierender Rettungsmitteltyp
Qualitätsziel	Patientinnen und 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 Reperfusionstherapie • Um einen möglichst großen Nutzen zu erzielen, soll eine Reperfusion so früh wie möglich innerhalb des therapeutischen Zeitfensters erreicht werden. • Bei allen Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall, die Kandidaten für eine Reperfusionstherapie sind, soll eine sofortige Bildgebung des Gehirns mit CT oder MRT erfolgen. • Da der Effekt der systemischen Thrombolyse zeitabhängig ist, soll die Behandlung so schnell wie möglich erfolgen.
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19 2. Ministerium für Soziales und Integration: Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg (2017) 3. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V S3-Leitlinie Schlaganfall (2020) 4. Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.: S2e-Leitlinie Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls (2021) 5. Sefrin, P.: Hilfsfrist versus Versorgungszeit. (2017) in: Handbuch des Rettungswesens, Mendel Verlag, Witten
Übergeordnetes Qualitätsziel	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie • Schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primäreinsätze • Rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten mit TIA, Apoplex, SAB oder ICB • Ausschluss von Patientinnen und Patienten, die vor Erreichen des Transportziels versterben <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status 8 (transportierendes RM) minus Aufschaltzeitpunkt ≤ 60m
Datenquellen	Notarzttdaten, Rettungsdiensttdaten, Leitstellendaten

Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren <ul style="list-style-type: none"> • Sekundäreinsätze • Tod an der Einsatzstelle/während des Transports 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 Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.
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 Notarzt- und Rettungsdienststandorte. Alle Rettungsdienstbereiche, Leitstellen, Notarzt- und Rettungsdienststandorte sowie Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.
Bemerkungen/Sonstiges	Methodische Hinweise <ul style="list-style-type: none"> • Für die Berechnung des Indikators ist eine Verknüpfung von Leitstellen- und Notarzt- und Rettungsdienstdaten erforderlich • 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.). • 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 Einsatzleitnehmer. • Die Berechnung dieses Indikators erfolgt für Einsätze mit und ohne (erkennbare) notärztliche Beteiligung. 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 zeitl. Aspekt der Versorgung • 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"> ○ Geeignete Zielklinik (s. QI 6-1-1 bis 6-1-4) ○ Leitliniengerechte Versorgung (s. QI 5-4-1 bis 5-4-4)