

# Methodenbericht



Qualitätsindikatoren  
für den Rettungsdienst  
in Baden-Württemberg

Aktualisierte Ausgabe 2014

2013

**SQR-BW**

Stelle zur trägerübergreifenden  
Qualitätssicherung im Rettungsdienst  
Baden-Württemberg

# Inhaltsverzeichnis

---

Abkürzungen und Begriffe.....	4
Kapitel 1: Hintergrund .....	5
Grundlagen.....	5
Arbeitsweise.....	5
Qualitätsziele.....	5
Kapitel 2: Indikatorenrecherche.....	6
Einführung .....	6
Datenbankrecherche/Handsuche .....	6
Abstractscreening.....	7
Artikelscreening.....	7
Potenzielles Indikatorenset.....	7
Beispiel .....	7
Kapitel 3: Bewertung der Indikatoren .....	9
Identifikation geeigneter Indikatoren .....	9
Bewertungskriterien.....	9
Fachgruppen.....	10
Interprofessionelle Expertengruppe .....	11
Kapitel 4: Konsentiertes Indikatorenset.....	13
Vorbemerkung.....	13
Indikatorenset .....	13
Bewertungsergebnisse .....	14
Abschließende Bewertung .....	18
Kapitel 5: Datenmodell.....	19
FAQ.....	20
Abbildungsverzeichnis.....	22
Tabellenverzeichnis .....	23
Literaturverzeichnis.....	24
Impressum.....	25



## Abkürzungen und Begriffe

---

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BAND	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e. V.
CPR	Cardio-pulmonale Reanimation
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V.
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.
LARD	Landesausschuss für den Rettungsdienst
MEES	Mainz Emergency Evaluation Score
MIND	Minimaler Notfalldatensatz
MIND3BW	Minimaler Notfalldatensatz Version 3 mit Ergänzungen durch die SQR-BW
NACA	National Advisory Committee for Aeronautics
NFPA	National Fire Protection Association
NHS	National Health Service
PCI	Perkutane Coronarintervention
ROSC	Return of spontaneous circulation
STEMI	ST-Elevation Myokardinfarkt
SHT	Schädelhirntrauma
SQR-BW	Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg
Beteiligte am Rettungsdienst	Im Zusammenhang mit der SQR-BW werden unter Beteiligten am Rettungsdienst Bereichsausschüsse, Kostenträger, Leistungsträger, Leistungserbringer und Notärzte bzw. deren Anstellungsträger verstanden.
Notfallrettung	„Gegenstand der Notfallrettung ist es, bei Notfallpatienten Maßnahmen zur Erhaltung des Lebens oder zur Vermeidung gesundheitlicher Schäden einzuleiten, sie transportfähig zu machen und unter fachgerechter Betreuung in eine für die weitere Versorgung geeignete Einrichtung zu befördern. Notfallpatienten sind Kranke oder Verletzte, die sich in Lebensgefahr befinden oder bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn sie nicht umgehend medizinische Hilfe erhalten.“ (§ 1 Abs. 2 RDG)
Rettungsmittel	Rettungsdienstfahrzeuge einschließlich des Rettungsmaterials sowie des Transportgerätes (gem. DIN 13050).

# Kapitel 1: Hintergrund

## Grundlagen

Der baden-württembergische Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD) hat im Juli 2011 die Einrichtung der Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg (SQR-BW) beschlossen. Im April 2012 hat die SQR-BW mit Sitz in Stuttgart ihre Arbeit aufgenommen. Sie ist beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg als fachlich unabhängige und eigenständige Organisationseinheit angesiedelt.

Die Aufgabe der SQR-BW ist es, die hohe Qualität im Rettungsdienst von Baden-Württemberg zu sichern, Verbesserungspotenziale zu erkennen, Maßnahmen zur weiteren Optimierung zu erarbeiten und nachhaltige Unterstützung aller Beteiligten am Rettungsdienst in Baden-Württemberg anzubieten und zu gewährleisten. Grundlage der landesweit vergleichenden externen Qualitätssicherung der SQR-BW ist ein integratives Datenmodell, welches anhand von Qualitätsindikatoren einen objektiven Vergleich der Beteiligten im Rettungsdienst zulassen soll.

## Arbeitsweise

Bei der Erledigung ihrer Aufgaben wird die SQR-BW neben einem Beirat auch themenspezifisch durch Fachgruppen und eine interprofessionelle Expertengruppe beraten und unterstützt. Dadurch soll einerseits die fachliche Fundiertheit, andererseits auch die praktische Umsetzbarkeit der von der SQR-BW entwickelten Konzepte gewährleistet werden.

Ergänzend hierzu und als Grundlage für ein medizinisches Qualitätsmanagement hat der LARD im November 2012 die landesweit einheitliche Dokumentation von Notarzteinsätzen in Baden-Württemberg beschlossen. Grundlage bildet der von anerkannten Fachgesellschaften entwickelte und konsentierete „Minimale Notfalldatensatz“ MIND3. Hierbei handelt es sich um einen Kerndatensatz, der eine definierte und von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) autorisierte Menge an Merkmalen und Merkmalsbeschreibungen zur Dokumentation der Notfallrettung enthält.

## Qualitätsziele

Der LARD hat im Juli 2012 die folgenden übergeordneten Qualitätsziele für den Rettungsdienst beschlossen. Sie beschreiben den grundsätzlichen Anspruch an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

<b>Strukturqualität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Qualität der Leitstellenstrukturen</li> <li>• Hohe Qualität der Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter im Rettungsdienst</li> </ul>
<b>Prozessqualität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schnellstmögliche Versorgung von Patienten im Rettungsdienst</li> <li>• Optimaler Einsatz der Rettungsmittel</li> <li>• Hohe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie</li> <li>• Optimale Weiterversorgung der Patienten des Rettungsdienstes</li> </ul>
<b>Ergebnisqualität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hohe Ergebnisqualität der notfallmedizinischen Versorgung</li> </ul>

Tabelle 1 Übergeordnete Qualitätsziele für den Rettungsdienst

## Kapitel 2: Indikatorenrecherche

### Einführung

Die Richtschnur zur systematischen Recherche von potenziellen Qualitätsindikatoren bilden die in Kapitel 1 dargestellten Qualitätsziele, die einen übergeordneten thematischen Rahmen abstecken.

Tätigkeitsschwerpunkte für die Jahre 2013 und 2014 bildeten die Qualitätsziele der Prozess- und Ergebnisqualität. Die beiden Strukturelemente „Hohe Qualität der Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter im Rettungsdienst“ sowie „Hohe Qualität der Leitstellenstrukturen“ werden in den Fokus der Arbeit der SQR-BW ab 2015 rücken.

Die Indikatorenrecherche erfolgt jeweils anhand folgender Systematik:

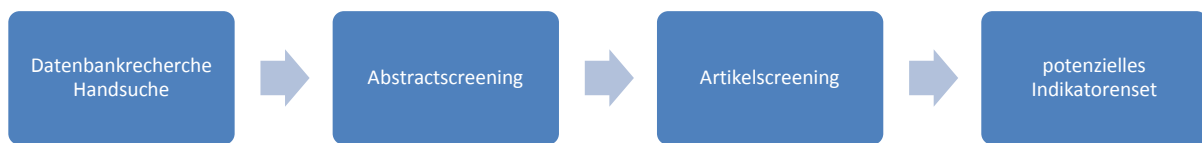


Abbildung 1: Arbeitsschritte bei der Indikatorenrecherche

### Datenbankrecherche/Handsuche

In Abhängigkeit vom jeweiligen Qualitätsziel erfolgt die Suche nach potenziellen Qualitätsindikatoren anhand angepasster Recherchestrategien in jeweils spezifisch festzulegenden Informationsquellen. In jedem Fall erfolgt eine Recherche in einschlägigen Datenbanken wie PubMed oder Quinth (Qualitätsindikatoren-Datenbank des GKV-Spitzenverbandes). Darüber hinaus erfolgt ebenfalls in jedem Fall eine Recherche in den Leitlinien der AWMF. Diese können ggf. explizit formulierte Qualitätsindikatoren ausweisen oder es können ggf. aus Empfehlungen Qualitätsindikatoren abgeleitet werden. Außerdem werden themenspezifisch ergänzende Handsuchen durchgeführt. Diese erfolgen beispielsweise bei den Suchportalen von Fachzeitschriften, in „Standardwerken“, Gesetzen und deren Kommentierungen, Verordnungen oder Normen sowie bei bestimmten (Fach-) Gesellschaften. Hierbei sind die folgenden Besonderheiten zu berücksichtigen:

- Während die medizinische Patientenversorgung weitgehend auch im präklinischen Bereich wissenschaftlich fundiert untersucht ist, finden sich zur Organisation und Struktur des Rettungsdienstes nur relativ wenige Studien und Analysen zu grundsätzlichen Fragen im Bereich des Rettungsdienstes im deutschen Sprachraum. Für diese Themen stellen daher Verordnungen oder Normen vielfach die relevanteste Informationsquelle dar.
- Generell ist bei Untersuchungen im präklinischen Bereich zu beachten, dass – auch bei medizinischen Themen – eine Übertragung von Studienergebnissen beispielsweise aus dem angloamerikanischen oder skandinavischen Raum (die publizierte Literatur stammt vielfach aus diesen Regionen) auf die Verhältnisse des Rettungsdienstes in der Bundesrepublik Deutschland bzw. in Baden-Württemberg besonderer Aufmerksamkeit bedarf. So unterscheiden sich beispielsweise die Struktur der akutmedizinischen Versorgung oder die Ausbildungsmodelle von rettungsdienstlichem Personal auch innerhalb Europas teilweise grundlegend. Aufgrund der föderalen Zuständigkeiten für den Rettungsdienst und dementsprechend unterschiedlichen Ausgestaltungen sind zum Teil selbst innerhalb von Deutschland Aussagen über den Rettungsdienst nicht vom einen auf das andere Bundesland übertragbar.

Anhand der entsprechenden Suchbegriffe in den o. a. Quellen werden Ergebnislisten generiert. Diese Ergebnislisten werden anhand der jeweiligen Abstracts auf Relevanz geprüft.

## Abstractscreening

Im ersten Schritt erfolgt mittels eines Abstractscreenings eine Eingrenzung auf für das jeweilige Thema potenziell relevante Publikationen.

Für bestimmte Medien liegen keine Abstracts oder synoptische Darstellungen vor, dementsprechend kann dieser Arbeitsschritt dort nicht stattfinden.

## Artikelscreening

Für potentiell relevante Publikationen oder wenn kein Abstract vorliegt, erfolgt anhand der Volltexte nun die detaillierte Prüfung auf potenzielle Qualitätsindikatoren oder Empfehlungen, die zur Ableitung von Qualitätsindikatoren genutzt werden können. Auf dieser Grundlage wird für jedes übergeordnete Qualitätsziel eine Liste potentieller Qualitätsindikatoren erstellt.

## Potenzielles Indikatorenset

Die so entstandenen Listen werden im nächsten Schritt zunächst auf Redundanz geprüft, d. h. mehrfach gefundene Indikatoren werden entsprechend bereinigt bzw. zusammengeführt. Weiterhin erfolgt bereits eine erste grobe Einschätzung der Relevanz und Operationalisierbarkeit der potenziellen Indikatoren. Die Vorauswahl orientierte sich dabei eng an der Eignung für die Abbildung des jeweiligen übergeordneten Qualitätsziels. Sie sollte jedoch auch dem Anspruch gerecht werden, die Teilprozesse der Rettungskette möglichst trennscharf abzubilden. Die im Anschluss noch vorhandenen Indikatoren werden zu einem vorläufigen Indikatorenset zusammengestellt. Dieses vorläufige Indikatorenset wird dann mit Unterstützung durch Fach- und Expertengruppen weiter bearbeitet.

Generell ist bei jedem Bearbeitungsschritt eine Verdichtung bzw. Verringerung der Anzahl potenzieller Qualitätsindikatoren festzustellen. Dies geschieht teilweise aufgrund redundanter Indikatoren, teilweise aufgrund mangelnder Relevanz und/oder Anwendbarkeit für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg oder auch aufgrund nicht vorhandener Datenquellen.

## Beispiel

Beispielhaft erfolgt die Darstellung der Indikatorenrecherche zum Qualitätsziel „Schnellstmögliche Versorgung von Patienten im Rettungsdienst“. Die grundsätzlichen Abläufe zur Indikatorenrecherche sind bei allen Themenbereichen analog und dementsprechend übertragbar.

Die Datenbanksuche erfolgte in PubMed anhand folgender Suchbegriffe:

„rescue coordination center“, „911 coordination center“, „EMS coordination centre“, „public safety answering point“, „EMS dispatch“, „EMS coordination center“, „911 coordination centre“, „rescue coordination centre“, „public safety answering points“, „EMS response time“.

Zum Zeitpunkt der Grundlagenrecherche im 4. Quartal 2012 ergaben diese Suchbegriffe insgesamt 823 Treffer. Hiervon wurden 34 nach Prüfung auf Dubletten sowie dem Lesen des Abstracts im Volltext herangezogen.

Weiterhin erfolgte die Recherche in den deutschsprachigen Publikationen von „Der Notarzt“ und „Notfall+Rettungsmedizin“ anhand der Begriffe „Leitstelle“, „Eintreffzeit“, „Hilfsfrist“ und „Prähospitalzeit“. Es ergaben sich so 565 Treffer insgesamt, 98 hiervon wurden nach Abzug von Dubletten und Abstractscreening im Volltext herangezogen.

Darüber hinaus fand eine Handsuche im „Handbuch des Rettungswesens“, im Archiv der Zeitschrift „Rettungsdienst“, bei einschlägigen medizinischen Fachgesellschaften, Interessensvertretungen und Organisationen, in Rettungsdienstgesetzen mit zugehörigen Verordnungen, in deutschen und europäischen Normen sowie in Standards der NFPA statt. Diese Handsuche ergab rund 180 Treffer.

Insgesamt wurden so ca. 1.600 Abstracts und Dokumente für die Recherche zum Qualitätsziel „Schnellstmögliche Versorgung von Patienten im Rettungsdienst“ gesichtet. Nach der ersten Sichtung erfolgte die Volltextanalyse von etwa 200 Veröffentlichungen. Hieraus wurden nach erneuter Prüfung auf gegenseitige Redundanz 14 potenzielle Qualitätsindikatoren zusammengestellt.

Diese 14 potenziellen Qualitätsindikatoren zum Qualitätsziel „Schnellstmögliche Versorgung von Patienten im Rettungsdienst“ stellten die Grundlage für die Arbeit in der Fachgruppe und die Indikatorenbewertung dar.

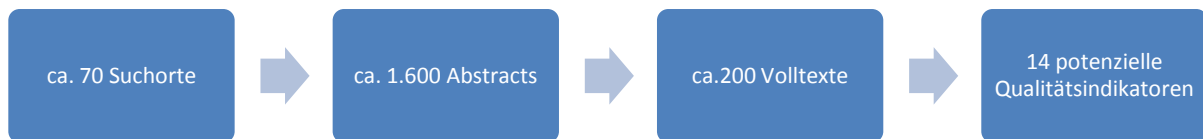


Abbildung 2: Rechercheergebnisse „Schnellstmögliche Versorgung von Patienten im RD“



## Kapitel 3: Bewertung der Indikatoren

### Identifikation geeigneter Indikatoren

Die recherchierten potenziellen Qualitätsindikatoren wurden im nächsten Schritt durch Fachexperten in einem einheitlichen Verfahren anhand methodischer Gütekriterien bewertet. Durch diese Bewertung wurden die Indikatoren identifiziert, die höchste Relevanz und hohe Praktikabilität aufweisen. Eine Bewertung der Messeigenschaften wird erst nach Vorliegen von Daten aus dem Routinebetrieb möglich sein.

### Bewertungskriterien

Eigenschaften und Güte von Qualitätsindikatoren können anhand einer Vielzahl von Kriterien bewertet werden. Zu den einzelnen methodischen Eigenschaften bzw. Gütekriterien liegt umfangreiche wissenschaftliche Literatur vor. Beispielsweise wurden im Rahmen einer systematischen Recherche bei der Entwicklung des Instrumentes QUALIFY 208 Begriffe identifiziert, die zur Bewertung methodischer Eigenschaften von Qualitätsindikatoren in der Literatur verwendet werden [1,2].

Die pragmatischste Zusammenstellung solcher Gütekriterien findet sich in der sogenannten RUMBA-Regel (R = relevant, U = understandable/verständlich, M = measurable/messbar, B = behavioral/durch Verhalten beeinflussbar, A = achievable/erreichbar). Diese Kriterien liefern einen guten Ansatz zur raschen und orientierenden Bewertung eines Qualitätsindikators. Allerdings werden die Messeigenschaften des Indikators nur unter dem Überbegriff „*measurable*“ zusammengefasst und weitere relevante Kriterien, wie beispielsweise potenzielle Risiken des Indikators, werden nicht berücksichtigt. Weitere relevante Systematiken sind das niederländische AIRE-Instrument [3] und die sogenannte RAND/UCLA-Methode [4], die vielfach auch in modifizierter Form eingesetzt wird [6].

Für die Bewertung der Indikatoren werden vier ausgewählte Gütekriterien des deutschen QUALIFY-Instruments verwendet [1,2]. Das QUALIFY-Instrument besteht aus 20 Gütekriterien, mit deren Hilfe sich die methodischen Eigenschaften eines Indikators umfassend beschreiben lassen, wobei sich die einzelnen Gütekriterien teilweise gegenseitig beeinflussen und nicht als disjunkt anzusehen sind. Die Bewertung anhand von QUALIFY-Kriterien liefert ein Profil für einen Indikator mit seinen Stärken und Schwächen. Da die durch die Kriterien abgebildeten Eigenschaften eines Indikators sich teilweise gegenläufig verhalten (beispielsweise kann ein Indikator nicht zugleich maximal sensitiv und maximal spezifisch sein), wird kein Indikator alle Gütekriterien optimal erfüllen können. Daher diene das Bewertungsverfahren auch nicht dem Ausschluss von Indikatoren, sondern sollte deren Stärken und Schwächen transparent machen.

Gütekriterium	Kernaussage
Relevanz	Der Indikator erfasst wesentliche Aspekte der Versorgung mit Einfluss auf die Lebensqualität, Morbidität oder Mortalität der versorgten Patienten oder der Struktur im Rettungsdienst.
Klarheit der Definitionen	Der Indikator ist klar und eindeutig definiert.
Beeinflussbarkeit	Der Indikator bezieht sich auf einen Versorgungsaspekt, der von den bewerteten Akteuren beeinflusst werden kann.
Datenverfügbarkeit	Die Daten werden routinemäßig dokumentiert oder die zusätzliche Erhebung erfordert vertretbaren Aufwand.

Tabelle 2: Gütekriterien zur Indikatorbewertung

Durch die Auswahl dieser Kriterien werden wesentliche Aspekte der RUMBA-Regel abgebildet. Da es sich lediglich um eine enge Auswahl von Gütekriterien handelt, kann kein umfassendes Profil der Stärken und Schwächen erfasst werden, sondern nur ein Überblick über grundlegende Eckpunkte.

Ein entscheidendes Gütekriterium eines Indikators ist die Validität. Die Validität bewertet, ob der Indikator das misst, was er messen soll. Die Validität eines Indikators bestimmt sich allerdings wesentlich anhand seiner Messeigenschaften. Da die Kriterien, die die Messeigenschaften eines Indikators beeinflussen (z. B. Diskriminationsfähigkeit, Reliabilität), erst dann sinnvoll bewertet werden können, wenn Daten und Auswertungen zur Verfügung stehen, kann die Validität zum jetzigen Zeitpunkt nur eingeschränkt bewertet werden. Daher wird auf eine Bewertung derzeit verzichtet.

Die Indikatorenbewertung erfolgt anhand der Kernaussagen zu jedem Gütekriterium, die anhand der folgenden vierstufigen Skala bewertet werden, wobei Enthaltungen möglich sind:

Bewertung	Bedeutung
1	trifft nicht zu
2	trifft eher nicht zu
3	trifft eher zu
4	trifft zu

Tabelle 3: Bewertungsskala

## Fachgruppen

Für die Entwicklung der Qualitätsindikatoren und deren Bewertung, aber auch für die Bearbeitung von speziellen Fragestellungen, arbeitet die SQR-BW mit Fachgruppen zusammen. Der thematische Schwerpunkt der Fachgruppenarbeit orientiert sich an den Teilprozessen der Rettungskette und den zur Verfügung stehenden Datenquellen. Für die personelle Zusammensetzung sind ausschließlich fachliche Gesichtspunkte entscheidend. Folgende Fachgruppenmitglieder, die aufgrund persönlicher Kenntnis oder aufgrund von Empfehlungen und Referenzen ausgewählt wurden, waren an der Erarbeitung und Bewertung von Qualitätsindikatoren beteiligt (genannt sind ausschließlich Personen, die hierzu Ihre Einwilligung erteilt haben):

Name	Einrichtung
Frank Baumann	Deutsches Rotes Kreuz Rettungsdienst Ulm gGmbH Ulm
Dominik Fischer	Malteser Hilfsdienst e.V. Bezirk Nord- und Ostwürttemberg Aalen
Patrick Frey	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Waldshut e. V. Waldshut-Tiengen
OTA PD Dr. med. Matthias Helm	Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Bundeswehrkrankenhaus Ulm
Dr. med. Anette Henninger	Deutsches Rotes Kreuz Landesverband Baden-Württemberg e. V. Stuttgart
Dr. med. Frank Koberne	Kompetenzzentrum Notfallmedizin St. Josefskrankenhaus Freiburg
Alwin Koch	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Zollernalb e. V. Balingen
Hendrik Maier	Arbeiter-Samariter-Bund

	Landesverband Baden-Württemberg e. V. Regionalverband Mannheim/Rhein-Neckar Mannheim
Dr. med. Martin Messelken	MIND3-Autor Bad Boll
Philipp Moser	DRF Stiftung Luftrettung gAG Rheinmünster
Peter Müller	Integrierte Leitstelle Rhein-Neckar Ladenburg
Prof. Dr. med. Erik Popp	Sektion Notfallmedizin der Klinik für Anästhesiologie Universitätsklinikum Heidelberg
Marc Sachsenmaier	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Aalen e. V. Aalen
Dirk Sautter	Deutsches Rotes Kreuz Rettungsdienst Schwarzwald-Baar gGmbH Villingen-Schwenningen
Markus Schwarzbauer	Johanniter-Unfallhilfe e. V. Regionalverband Stuttgart Stuttgart
Michael Weisbach	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Stuttgart e. V. Stuttgart
Andreas Wolf	ProMedic Rettungsdienst gGmbH Karlsruhe

Tabelle 4: Mitglieder der Fachgruppen

## Interprofessionelle Expertengruppe

Im Gegensatz zur rein themenspezifischen Detailarbeit in den Fachgruppen hat eine interprofessionelle Expertengruppe die Aufgabe, das Indikatorenset als Ganzes hinsichtlich einer ausgewogenen Berücksichtigung der übergeordneten Qualitätsziele und der vollständigen Abbildung der Versorgungskette im Rettungsdienst zu bewerten.

Es wurden insgesamt neun Experten aus dem Bereich der Kostenträger, der Leistungsträger und der Notärzte benannt.

Name	Einrichtung
Thomas Behringer	Deutsches Rotes Kreuz Rettungsdienst Schwarzwald-Baar gGmbH Villingen-Schwenningen
Alfred Bippus	AOK Baden-Württemberg Konstanz
Dr. med. Jörg Braun	Arbeitsgemeinschaft südwestdeutscher Notärzte e. V. (agswn) Filderstadt
Daniel Hierholzer	Malteser Hilfsdienst gGmbH Freiburg
Ralf Lebherz	Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) Landesvertretung Baden-Württemberg

	Stuttgart
Hendrik Maier	Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e. V. Regionalverband Mannheim/Rhein-Neckar Mannheim
David Richter	Deutsches Rotes Kreuz Rettungsdienst Ulm gGmbH Ulm
Dr. med. Michael Schulze	Landesärztekammer Baden-Württemberg Stuttgart
PD Dr. med. Christoph Wiese	Universitätsklinikum Regensburg Klinik für Anästhesiologie Regensburg

Tabelle 5: Mitglieder der interprofessionellen Expertengruppe

Alle externen Experten, die aktiv in die Entwicklung und Bewertung von Qualitätsindikatoren eingebunden sind, wurden verpflichtet, mögliche Interessenskonflikte gegenüber der SQR-BW offenzulegen.

## Kapitel 4: Konsentiertes Indikatorenset

### Vorbemerkung

Das von der SQR-BW auf Basis der geschilderten Recherchen ausgewählte potenzielle Indikatorenset stellt die Arbeitsgrundlage für die Fachgruppen und für die Expertengruppe dar. Auf Grundlage der Bewertungen der Fachgruppen, wurden die Indikatoren intensiv diskutiert. Wurden hierbei grundlegende methodische Schwächen eines Indikators erkannt, führte dies zum Ausschluss des Indikators. Einige davon sind nur vorläufig zurückgestellt, weil z. B. derzeit die technischen Möglichkeiten zur Datenerfassung fehlen. Die Anzahl der Indikatoren im abgestimmten Indikatorenset ist deshalb geringer als die Anzahl der Indikatoren im potenziellen Indikatorenset.

### Indikatorenset

Das konsentiertes Indikatorenset besteht aus 26 Qualitätsindikatoren. Die Indikatorendatenblätter mit einer ausführlichen Beschreibung stehen separat zur Verfügung.

Nr.	Bezeichnung
3-1	Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle
3-2	Ausrückzeit
3-3	Fahrzeit
3-4	Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdienst-Einsätzen
3-5	Prähospitalzeit
3-6	Übergabezeit
4-1	Richtige Einsatzindikation
4-2	Nachforderung Notarzt
4-3	Notarztindikation
5-1	Kapnometrie bzw. Kapnographie bei Intubation
5-2	Standardmonitoring bei Notfallpatienten
5-3	Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung
5-4	Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma
5-5	Leitliniengerechte Versorgung: akuter Myokardinfarkt
5-6	Prähospitalzeit bei Tracerdiagnosen ≤ 60 min
5-7	Zeit bis zur CPR
5-9	Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatienten
5-10	Kapnometrie bzw. Kapnographie bei Reanimation
6-1	Primärer Transport in geeignete Klinik: Polytrauma
6-2	Primärer Transport in geeignete Klinik: akutes zentral-neurologisches Defizit
6-3	Primärer Transport in geeignete Klinik: SHT
6-4	Primärer Transport in geeignete Klinik: akuter Myokardinfarkt
6-5	Primärer Transport in geeignete Klinik: Tracerdiagnosen
6-6	Patientenanmeldung in Zielklinik
7-2	ROSC bei Klinikaufnahme
7-3	Schmerzreduktion

Tabelle 6: Abgestimmtes Indikatorenset

Am primären Indikatorenset wurden im November 2014 folgende Änderungen vorgenommen:

- Umbenennung des Indikators 3-4
- Neuaufnahme der Indikatoren 3-6, 5-9, 5-10 und 6-6 im Rahmen des Pilotprojektes Rettungsdienstliche Dokumentation
- Entfernung des Indikators 7-1 „Delta-MEES“
- Entfernung des Indikators 5-8 „Zeit bis zur Defibrillation“

## Bewertungsergebnisse

Die im Kapitel 3 beschriebenen Gütekriterien der Indikatoren wurden in den Fachgruppen bewertet. Die erste Bewertung wurde schriftlich nach einer in die Thematik einführenden Fachgruppensitzung durchgeführt. Die zweite Bewertung erfolgte im Rahmen einer weiteren Fachgruppensitzung, bei der die Teilnehmer nach Diskussion die Möglichkeit hatten, eine zweite Bewertung abzugeben. Die abschließenden Bewertungen für jeden Indikator sind in den folgenden Tabellen dargestellt.

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle	3-1	Leitstelle	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	3,8	3-4
			Datenverfügbarkeit	3,6	3-4

Tabelle 7: Bewertung Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Ausrückzeit	3-2	Leitstelle	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	3,9	3-4
			Beeinflussbarkeit	3,0	2-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 8: Bewertung Ausrückzeit

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Fahrzeit	3-3	Leitstelle	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	3,8	3-4
			Beeinflussbarkeit	2,8	2-4
			Datenverfügbarkeit	3,8	3-4

Tabelle 9: Bewertung Fahrzeit

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdienstseinsätzen	3-4	Leitstelle	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	3,2	2-4
			Beeinflussbarkeit	3,6	3-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 10: Bewertung Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdienstseinsätzen

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Prähospitalzeit	3-5	Leitstelle	Relevanz	3,2	2-4
			Klarheit der Definition	3,6	3-4
			Beeinflussbarkeit	2,6	2-4
			Datenverfügbarkeit	3,6	3-4

Tabelle 11: Bewertung Prähospitalzeit

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Übergabezeit	3-6	Rettungsdienstliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	3,9	3-4
			Klarheit der Definition	3,5	3-4
			Beeinflussbarkeit	2,4	1-4
			Datenverfügbarkeit	3,3	1-4

Tabelle 12: Bewertung Übergabezeit

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Richtige Einsatzindikation	4-1	Einsatz Rettungsmittel	Relevanz	3,8	3-4
			Klarheit der Definition	3,2	2-4
			Beeinflussbarkeit	3,5	3-4
			Datenverfügbarkeit	3,5	3-4

Tabelle 13: Bewertung Richtige Einsatzindikation

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Nachforderung Notarzt	4-2	Einsatz Rettungsmittel	Relevanz	3,7	2-4
			Klarheit der Definition	3,5	3-4
			Beeinflussbarkeit	3,0	3-3
			Datenverfügbarkeit	3,7	3-4

Tabelle 14: Bewertung Nachforderung Notarzt

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Notarztindikation	4-3	Einsatz Rettungsmittel	Relevanz	3,8	3-4
			Klarheit der Definition	3,5	3-4
			Beeinflussbarkeit	3,0	3-3
			Datenverfügbarkeit	3,8	3-4

Tabelle 15: Bewertung Notarztindikation

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Kapnometrie bzw. Kapnographie bei Intubation	5-1	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 16: Bewertung Kapnometrie bzw. Kapnographie bei Intubation

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Standardmonitoring bei Notfallpatienten	5-2	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	3,3	2-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 17: Bewertung Standardmonitoring bei Notfallpatienten

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung	5-3	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 18: Bewertung Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma	5-4	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	3,8	3-4

Tabelle 19: Bewertung Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Leitliniengerechte Versorgung: akuter Myokardinfarkt	5-5	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	3,8	3-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 20: Bewertung Leitliniengerechte Versorgung: akuter Myokardinfarkt

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Prähospitalzeit bei Tracerdiagnosen ≤ 60 min	5-6	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	3,3	2-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 21: Bewertung Prähospitalzeit bei Tracerdiagnosen ≤ 60 min

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Zeit bis zur CPR	5-7	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	3,8	3-4
			Klarheit der Definition	3,8	3-4
			Beeinflussbarkeit	3,5	3-4
			Datenverfügbarkeit	2,8	2-3

Tabelle 22: Bewertung Zeit bis zur CPR

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatienten	5-9	Rettungsdienstliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	3,7	2-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	3,9	3-4

Tabelle 23: Bewertung Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatienten

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Kapnometrie bzw. Kapnographie bei allen Reanimationen	5-10	Rettungsdienstliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	3,9	3-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	3,9	3-4
			Datenverfügbarkeit	3,9	3-4

Tabelle 24: Bewertung Kapnometrie bzw. Kapnographie bei allen Reanimationen

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Primärer Transport in geeignete Klinik: Polytrauma	6-1	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	3,8	3-4
			Klarheit der Definition	3,8	3-4
			Beeinflussbarkeit	3,8	3-4
			Datenverfügbarkeit	3,8	3-4

Tabelle 25: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: Polytrauma



Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Primärer Transport in geeignete Klinik: akutes zentral-neurologisches Defizit	6-2	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	3,8	3-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 26: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: akutes zentral-neurolog. Defizit

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Primärer Transport in geeignete Klinik: SHT	6-3	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	3,8	3-4
			Beeinflussbarkeit	3,5	3-4
			Datenverfügbarkeit	3,9	3,5-4

Tabelle 27: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: SHT

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Primärer Transport in geeignete Klinik: akuter Myokardinfarkt	6-4	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 28: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: akuter Myokardinfarkt

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Primärer Transport in geeignete Klinik: Tracerdiagnosen	6-5	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	4,0	4-4

Tabelle 29: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: Tracerdiagnosen

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Patientenanmeldung in Zielklinik	6-6	Rettungsdienstliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	3,7	3-4
			Klarheit der Definition	3,8	3-4
			Beeinflussbarkeit	3,6	3-4
			Datenverfügbarkeit	3,7	3-4

Tabelle 30: Bewertung Patientenanmeldung in Zielklinik

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
ROSC bei Klinikaufnahme	7-2	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	3,3	2-4
			Datenverfügbarkeit	3,8	3-4

Tabelle 31: Bewertung ROSC bei Klinikaufnahme

Indikator	Nr.	Fachgruppe	Gütekriterium	Bewertung	
				Mittelwert	Range
Schmerzreduktion	7-3	Notärztliche Versorgung und Dokumentation	Relevanz	4,0	4-4
			Klarheit der Definition	4,0	4-4
			Beeinflussbarkeit	4,0	4-4
			Datenverfügbarkeit	3,5	2-4

Tabelle 32: Bewertung Schmerzreduktion

## Abschließende Bewertung

Die einzelnen Qualitätsindikatoren wurden nach der Bearbeitung in den Fachgruppen zu einem Indikatorenset zusammengefasst. Durch die interprofessionelle Expertengruppe erfolgte im Jahr 2014 erneut eine abschließende Diskussion und Bewertung des Indikatorensets. Dabei wurde bewertet:

- Bildet das Indikatorenset für jedes übergeordnete Qualitätsziel die relevanten Versorgungsaspekte ab?
- Liefert das gesamte Indikatorenset ein ausgewogenes Bild der relevanten Versorgungsaspekte des Rettungsdienstes?
- Weist das Indikatorenset zu vermeidende Redundanzen auf?

Nach Einschätzung der interprofessionellen Expertengruppe ist ein Indikatorenset vorhanden, das dazu geeignet ist, die Versorgungskette im Rettungsdienst in einem ersten Schritt ausgewogen, effektiv und umfassend abzubilden. Dabei wurden die im ursprünglichen Indikatorenset enthaltenen Qualitätsindikatoren 5-8 „Zeit bis zur Defibrillation“ und 7-1 „Delta-MEES“ aufgrund unzureichender Datenverfügbarkeit bzw. methodischer Schwächen auf Empfehlung der Fachgruppe von der weiteren Verwendung zunächst ausgeschlossen.

## Kapitel 5: Datenmodell

Für die Abbildung der Qualitätsindikatoren wird ein Datenmodell verwendet, bei dem der Datenpool aus drei Quellen gebildet wird. Von den 34 Leitstellen, die in Baden-Württemberg den Rettungsdienst koordinieren, werden Zeitstempel und einsatztaktische Daten zur Verfügung gestellt. Die rund 160 Notarztstandorte liefern medizinische Daten der notärztlichen Versorgung. Für die Dokumentation von Einsätzen ohne Beteiligung eines Notarztes existiert noch kein landesweit eingeführtes, einheitliches Datensatzformat. Deshalb steht die dritte Datenquelle momentan noch nicht zur Verfügung.

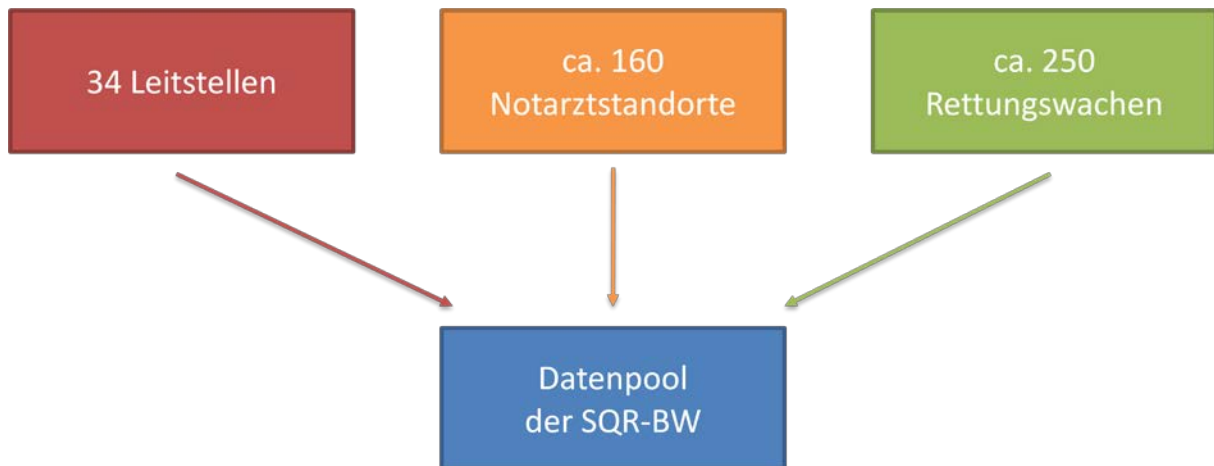


Abbildung 3: Datenmodell der SQR-BW

Aus allen drei Datenquellen zusammen werden jährlich ca. 4 Mio. Datensätze erwartet. Für die Auswertung eines Teils der Qualitätsindikatoren müssen diese Daten miteinander verknüpft werden. Von der SQR-BW werden dabei alle relevanten Bestimmungen des Datenschutzes berücksichtigt.

Um die für die Abbildung der Qualitätsindikatoren erforderlichen Daten zu erhalten, wurde von der SQR-BW ein einheitlicher Datensatz für die Leitstellen und die notärztliche Dokumentation festgelegt. Der notärztliche Datensatz MIND3BW basiert auf dem bestehenden MIND3.

Für die Dokumentation von Einsätzen ohne Notarzt hat die SQR-BW den MIND3BW weiterentwickelt. Dieser Datensatz wird im Jahr 2015 im Rahmen eines Pilotprojektes zur Rettungsdienstdokumentation evaluiert.

## FAQ

---

### **Was sind Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren?**

Der Begriff „übergeordnetes Qualitätsziel“ beschreibt einen erstrebenswerten Zustand in einem Bereich der Versorgung, der als gute Qualität angesehen werden kann. Ein übergeordnetes Qualitätsziel bedarf der weiteren Konkretisierung, indem spezifische Qualitätsziele abgeleitet werden. Spezifische Qualitätsziele beschreiben einen erstrebenswerten Zustand zu einem konkreten Aspekt der Versorgung. Das Ziel sollte in einem Satz „Gute Qualität ist, wenn...“ konkret formuliert werden können. Spezifische Qualitätsziele sind Bestandteile von Qualitätsindikatoren. Diese operationalisieren spezifische Qualitätsziele und ermöglichen somit deren quantitative Abbildung und eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse. Folgende Definition kann hierbei herangezogen werden: „Ein Indikator ist ein quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potenzielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.“ [5]

### **Wer legt die Qualitätsziele fest?**

Die für Baden-Württemberg relevanten übergeordneten Qualitätsziele hat der Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD) in seiner Sitzung am 10. Juli 2012 beschlossen. Der LARD ist in Baden-Württemberg das maßgebliche Fach- und Lenkungsgremium auf Landesebene für den Rettungsdienst. Gemäß § 4 des Rettungsdienstgesetzes ist der LARD verantwortlich für die Festlegung „allgemeine[r] Grundsätze und Maßstäbe für eine fachgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes [...]“.

### **Ist das Indikatorenset endgültig?**

Das dargestellte Indikatorenset ist das erste, das die SQR-BW unter Beteiligung von Fach- und Expertengruppen konzipiert hat. Es ist davon auszugehen, dass Weiterentwicklungen erforderlich sind. Erst anhand von Echtdatenauswertungen kann die tatsächliche Qualität und Aussagekraft der einzelnen Indikatoren beurteilt werden. Hierbei kann es beispielsweise erforderlich sein, dass Berechnungen oder Wertebereiche einzelner Indikatoren angepasst werden müssen, es kann aber auch sein, dass aufgrund der Ergebnisse Indikatoren zusätzlich benötigt oder auch obsolet werden. Dementsprechend sind Änderungen am Indikatorenset nach dem Vorliegen von Auswertungen für das jeweilige Folgejahr überaus wahrscheinlich. Voraussichtlich werden weitere Indikatoren für Rettungsdienstgrundsätze ohne notärztliche Beteiligung folgen.

### **Warum gibt es zu zwei übergeordneten Qualitätszielen noch keine Qualitätsindikatoren?**

Der strukturelle und personelle Aufbau der SQR-BW dauerte bis ins zweite Quartal 2013. Es erfolgte daher eine Bündelung der vorhandenen Ressourcen zur Bearbeitung der Qualitätsziele der Prozess- und Ergebnisqualität im Rettungsdienst. Die Entwicklung von Indikatoren zu den Qualitätszielen der Strukturqualität („Hohe Qualität der Leitstellenstrukturen“ und „Hohe Qualität der Aus- und Fortbildung der Mitarbeiter im Rettungsdienst“) wird ab 2015 durch die SQR-BW vorangetrieben.

### **Was passiert, wenn Ergebnisse einzelner Indikatoren vorliegen?**

Die am Rettungsdienst Beteiligten vor Ort erhalten regelmäßig Auswertungen in Form von standardisierten Berichten. Basierend hierauf können weitere Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeleitet werden, bei denen die SQR-BW beratend und unterstützend tätig werden kann.

### **Werden die Auswertungen veröffentlicht?**

Im Rahmen des jährlichen Qualitätsberichts der SQR-BW werden die Auswertungen der Qualitätsindikatoren entsprechend den Indikatorendatenblättern anonymisiert veröffentlicht.

**Was passiert mit den Indikatoren, die nicht im abgestimmten Indikatorenset enthalten sind?**

Während des Prozesses der Indikatorenentwicklung wurden verschiedene Qualitätsindikatoren zwar gesichtet, aber schlussendlich nicht in das abgestimmte Indikatorenset übernommen. Teilweise wurden diese Indikatoren nicht endgültig verworfen, sondern vorläufig zurückgestellt. Diese zurückgestellten Indikatoren werden bei Vorliegen von Echtdateien und/oder nach der Verfügbarkeit bestimmter technischer Voraussetzungen erneut geprüft und ggf. Testauswertungen zur Frage der Eignung durchgeführt. Qualitätsindikatoren, deren weitere Betrachtung nach Vorliegen von Echtdataauswertungen nicht sinnvoll erscheint, sind fortan nicht mehr Bestandteil der Ergebnisdarstellung.

**Wozu gibt es einen Methodenbericht und die Indikatorendatenblätter?**

Mit dem Methodenbericht und den damit zusammenhängenden Indikatorendatenblättern stellt die SQR-BW für alle Beteiligten und Interessierten die Entstehung der Qualitätsindikatoren dar, welche Daten herangezogen wurden und wie diese ausgewertet werden. Somit sind klar nachvollziehbare Definitionen und Transparenz die Grundlage der trägerübergreifenden Qualitätssicherung.

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1: Arbeitsschritte bei der Indikatorenrecherche .....	6
Abbildung 2: Rechercheergebnisse „Schnellstmögliche Versorgung von Patienten im RD“ .....	8
Abbildung 3: Datenmodell der SQR-BW.....	19

# Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1 Übergeordnete Qualitätsziele für den Rettungsdienst .....	5
Tabelle 2: Gütekriterien zur Indikatorbewertung .....	9
Tabelle 3: Bewertungsskala.....	10
Tabelle 4: Mitglieder der Fachgruppen .....	10
Tabelle 5: Mitglieder der interprofessionellen Expertengruppe.....	12
Tabelle 6: Abgestimmtes Indikatorenset .....	13
Tabelle 7: Bewertung Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle .....	14
Tabelle 8: Bewertung Ausrückzeit.....	14
Tabelle 9: Bewertung Fahrzeit.....	14
Tabelle 10: Bewertung Notrufannahmezeit.....	14
Tabelle 11: Bewertung Prähospitalzeit .....	14
Tabelle 12: Bewertung Übergabezeit.....	15
Tabelle 13: Bewertung Richtige Einsatzindikation .....	15
Tabelle 14: Bewertung Nachforderung Notarzt.....	15
Tabelle 15: Bewertung Notarztindikation .....	15
Tabelle 16: Bewertung Kapnometrie bzw. Kapnographie bei Intubation.....	15
Tabelle 17: Bewertung Standardmonitoring bei Notfallpatienten .....	15
Tabelle 18: Bewertung Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung .....	15
Tabelle 19: Bewertung Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma .....	16
Tabelle 20: Bewertung Leitliniengerechte Versorgung: akuter Myokardinfarkt .....	16
Tabelle 21: Bewertung Prähospitalzeit bei Tracerdiagnosen ≤ 60 min.....	16
Tabelle 22: Bewertung Zeit bis zur CPR.....	16
Tabelle 23: Bewertung Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatienten .....	16
Tabelle 24: Bewertung Kapnometrie bzw. Kapnographie bei allen Reanimationen .....	16
Tabelle 25: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: Polytrauma .....	16
Tabelle 26: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: akutes zentral-neurolog. Defizit .....	17
Tabelle 27: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: SHT.....	17
Tabelle 28: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: akuter Myokardinfarkt.....	17
Tabelle 29: Bewertung Primärer Transport in geeignete Klinik: Tracerdiagnosen .....	17
Tabelle 30: Bewertung Patientenmeldung in Zielklinik.....	17
Tabelle 31: Bewertung ROSC bei Klinikaufnahme.....	17
Tabelle 32: Bewertung Schmerzreduktion.....	17

## Literaturverzeichnis

---

1. Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Döbler K.  
QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren.  
Z Arztl Fortbild Qualitatssich. 2007;101(10): 683-688.
2. Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Barlag H, Döbler K.  
QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren  
<http://www.bqs-institut.de/images/stories/doc/106-qualify-down.pdf> (Zugriff 28.03.2013)
3. De Koning J, Smulders A, Klazinga N.  
Appraisal of indicators through research and evaluation (AIRE).  
Januar 2007.  
[http://www.cbo.nl/Downloads/407/AIRE%20Instrument%20\(VERSIE%202.0\).pdf](http://www.cbo.nl/Downloads/407/AIRE%20Instrument%20(VERSIE%202.0).pdf) (Zugriff 28.03.2013)
4. Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA (eds.).  
Quality of Care for General Medical Conditions: A Review of the Literature and Quality Indicators.  
Santa Monica, CA: RAND, MR-1280-AHRQ, 2000b.
5. Sens B, Fischer B, Bastek A et al..  
Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements - 3. Auflage.  
GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2007;3(1): Doc05.
6. AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH  
Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V - Version 3.0  
[https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA\\_AllgemeineMethoden\\_Version\\_3-0.pdf](https://www.sqg.de/sqg/upload/CONTENT/Hintergrund/Methodenpapier/AQUA_AllgemeineMethoden_Version_3-0.pdf) (Zugriff 14.04.2014)



# Impressum

---

## SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden  
Qualitätssicherung im Rettungsdienst  
Baden-Württemberg

Leuschnerstraße 43  
70176 Stuttgart  
Telefon 0711 2252-2260  
Telefax 0711 2252-2276

Leiter: Dr. med. Torsten Lohs

Eine Einrichtung des

Medizinischen Dienstes der  
Krankenversicherung Baden-Württemberg  
Ahornweg 2  
77933 Lahr  
Telefon 07821 938-0  
Telefax 07821 938-1200

V. i. S. d. P.  
Erik Scherb (Geschäftsführer)  
Ahornweg 2  
77933 Lahr

Bildquellen  
Titelseite © flucas - Fotolia.com

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde auf die weibliche Schreibweise verzichtet. Wir weisen darauf hin, dass sowohl die männliche wie auch die weibliche Schreibweise gemeint ist.



[www.sqrbw.de](http://www.sqrbw.de)

**SQR-BW**

Stelle zur trägerübergreifenden  
Qualitätssicherung im Rettungsdienst  
Baden-Württemberg