

Indikatorenendatenblatt

Indikator	Primärer Transport Polytrauma/Schwerverletzte: regionales/überregionales Traumazentrum
Nummer	6-1-2
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eignung Zielklinik (mit ID) ○ Notarzttherkunft ○ Verletzungsgruppen
Qualitätsziel	Entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie der DGU sollten schwerverletzte und polytraumatisierte Patientinnen und Patienten primär in ein Traumazentrum transportiert werden. Hierbei ist mindestens ein regionales Traumazentrum zu fordern.
Rationale	<p>Klinische Erfahrungen und wissenschaftliche Daten legen nahe, dass das Behandlungsergebnis von Schwerverletzten maßgeblich und nachhaltig beeinflusst wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> • von einer umfassenden, rund um die Uhr zur Verfügung stehenden Akutdiagnostik (z. B. CT, interventionelle Radiologie) und -therapie (interdisziplinäres Schockraum- und OP-Management, spezielle OP-Teams), • von einer kompetenten Intensivtherapie und der unmittelbaren Verfügbarkeit komplementärer chirurgischer Disziplinen (z. B. Neurochirurgie, Viszeralchirurgie, Gefäß- und Thoraxchirurgie). <p>Eine Analyse der National Trauma Data Bank zeigte bessere funktionelle Ergebnisse und eine höhere Rate von langfristig vollständig unabhängigen Trauma-Überlebenden nach Behandlung unter Zentrumsbedingungen.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Versorgung (2016) 2. 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) 3. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19
Übergeordnetes Qualitätsziel	Optimale Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten des Rettungsdienstes
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primäreinsätze • Rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten • Einsätze mit schwer/lebensbedrohlich verletzten oder polytraumatisierten Patientinnen und Patienten mit zusätzlich initialer Bewusstlosigkeit (GCS < 9, bewusstlos) oder Hypotension im Verlauf ($RR_{sys} \leq 90$ mmHg) • Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> ○ Übergabe an anderes Rettungsmittel ○ Patientinnen und Patienten, die indizierte Therapie ablehnen ○ Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht durch Ärztin/Arzt ○ Patientinnen und Patienten, die vor Erreichen des Transportziels versterben <p>Zähler/Formel</p> <p>Transportziel regionales oder überregionales Traumazentrum</p>
Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Notarzt Daten, Leitstellendaten (ergänzend, s. methodische Hinweise)

Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekundäreinsätze • Übergabe an anderes Rettungsmittel • Ablehnung der Behandlung durch Patientin/Patient • Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht durch Ärztin/Arzt • Tod an der Einsatzstelle/während des Transports <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist innerhalb einer Fahrzeit von 30 Minuten kein regionales oder überregionales Traumazentrum erreichbar, ist ggf. der Transport in ein anderes geeignetes Krankenhaus (d. h. auch in ein lokales Traumazentrum) sinnvoll. • Aktualität der zu Grunde gelegten Krankenhausdatenbank (geeignetes Transportziel). <p>Risikoadjustierung Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich Auswertung	<p>≥ Landeswert</p> <p>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 und Notarztstandorte erhalten eine Auswertung.</p>
Bemerkungen/Sonstiges	<p>Methodische Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verwendung der Leitstellendaten beschränkt sich auf Ergänzung nicht dokumentierter Notarztstandorte. • 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. • Verantwortlichkeit kann differenziert werden: NA (begrenzt beeinflussbar), Rettungsdienstbereich (begrenzt beeinflussbar), Krankenhausstruktur. <p>Potenzielle Fehlanreize</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unverhältnismäßig lange Transportzeiten <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikatoren „Prähospitalzeit“ und „Prähospitalzeit ≤ 60 min: Polytrauma/Schwerverletzte“ <p>Ergänzende Betrachtung der Transportzeit</p>