

Qualitätsbericht

► Berichtsjahr 2025



Rettungsdienst
Baden-Württemberg

2025

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg

Qualitätsbericht

 Berichtsjahr 2025

Rettungsdienst
Baden-Württemberg

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

aufgrund von Rückmeldungen zu unserem Qualitätsbericht haben wir erste Änderungen vorgenommen, die Ihnen das Lesen und die Navigation durch unseren umfangreichen Bericht ein wenig erleichtern sollen. Das Kapitel 2 beinhaltet wie in den Vorjahren einleitend für jeden Indikator zunächst wesentliche technische Hinweise zur Zusammensetzung der Grundgesamtheit und der rechnerischen Ergebnisermittlung. Diese Hinweise sind – sofern keine Anpassungen des Indikators vorgenommen wurden – redundant zum Vorjahr. Da diese Detailkenntnisse nicht für alle Leserinnen und Leser von gleicher Bedeutung sind, sind diese Ausführungen nun grau hinterlegt, sodass man diese Abschnitte schneller erfassen und von der Ergebnisdarstellung abgrenzen kann. Einige Indikatoren haben jedoch gegenüber dem Vorjahr durchaus wichtige Anpassungen erfahren, auch diese sind in den grau hinterlegten Abschnitten dargestellt und gesondert gekennzeichnet.

Die Sortierung der Indikatoren kann unterschiedlichen Systematiken folgen. Hinsichtlich der Chronologie des organisatorischen Einsatzablaufs oder der Zugehörigkeit zu einzelnen Tracerdiagnosen können unterschiedliche Philosophien verfolgt werden. In diesem Bericht haben wir erstmalig die jeweils auf eine Tracerdiagnose bezogenen Indikatoren unabhängig von deren Prozesszugehörigkeit zusammengefasst, sodass man zu jeder Tracerdiagnose ein Gesamtbild erhält, ohne hierzu verschiedene Unterkapitel aufsuchen zu müssen.

Manche Indikatoren haben recht lange Bezeichnungen. Bei Abschnitten, die Indikatornamen beinhalten, ist es mitunter anstrengend zu erkennen, wo genau der Indikatorname endet und der Fließtext weitergeht. Wir haben daher alle Indikatornamen in diesem Bericht zur Abgrenzung vom normalen Fließtext mit einer Hervorhebung markiert. Dies ist auch bei leichten, aber sinnverwandten Umformulierungen des Indikatornamens der Fall.

Die Weiterentwicklung von Indikatoren ist ein kontinuierlicher Prozess. Anpassungen erfolgen insbesondere, wenn neue Leitlinien zu Abweichungen von bisherigen Indikatorzielen führen oder aufgrund neuer Evidenz eine Überarbeitung des Indikators gerechtfertigt ist. Außerdem ergeben sich immer wieder neue Erkenntnisse aus dem Gestuften Dialog zu bisher nicht berücksichtigten Faktoren, die dann – sofern möglich – in die Indikatorberechnung aufgenommen werden. In diesem Prozess werden wir tatkräftig unterstützt durch die Mitglieder unserer Fachgruppen, für deren Mitarbeit wir uns an dieser Stelle ganz herzlich bedanken möchten. Eine besondere Überarbeitung erfuhren für das Datenjahr 2025 folgende Indikatoren: Die **leitliniengerechte Versorgung: ST-Hebungsinfarkt** wurde abgelöst durch zwei neue Indikatoren, die **ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt** und das **12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz**. Weiterhin betroffen waren die **Schmerzreduktion** und die **Kapnometrie bei Reanimation**. Erstmals dargestellt wird in diesem Bericht der Indikator **Reanimationserkennung durch die Leitstelle**. Die jeweiligen Details zu den Überarbeitungen können Sie zu jedem Indikator in den einleitenden, grau hinterlegten Hinweisen im Kapitel 2 entnehmen.

Die im Herbst des Jahres 2024 neu etablierte Fachgruppe Rettungsdienst hat sich in diesem Zusammenhang im Jahr 2025 intensiv mit der Überarbeitung des Indikators **Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** beschäftigt. Die Überarbeitung konnte für das Datenjahr 2025 noch nicht abgeschlossen werden, wird aber nach bisherigem Stand für das Datenjahr 2026 zum Tragen kommen, sodass dieser Indikator voraussichtlich zum letzten Mal in diesem Bericht dargestellt wird.

Ebenfalls in Zusammenarbeit mit unseren Fachgruppen haben wir die Entscheidung getroffen, den missverständlich interpretierbaren Begriff der „Risikoadjustierung“ durch die neutrale Formulierung „Adjustierung“ zu ersetzen. Da sich diese ausschließlich auf den Gestuften Dialog bezieht, finden Sie die entsprechende Erläuterung im Kapitel 3.

Das Ergebnis der Überarbeitung des MIND, die wir gemeinsam mit der DIVI vorgenommen haben, wurde im Dezember 2025 auf dem DIVI-Kongress in Hamburg vorgestellt. Neben einer fachlichen Weiterentwicklung war auch eine inhaltliche Harmonisierung mit dem DIVI-Notfalleinsatzprotokoll ein wesentliches Ziel der Anstrengungen. Da das Notfalleinsatzprotokoll bereits in der Version 6.1 vorlag, wurde mit dieser Anpassung auch für den MIND ein Sprung auf die Versionsnummer 7 vorgenommen. Die Veröffentlichung von MIND 7 und DIVI-Notfalleinsatzprotokoll 7 auf der Internetseite der DIVI wird voraussichtlich zum Erscheinen dieses Qualitätsberichtes bereits umgesetzt sein. Die MIND-Überarbeitung soll mittelfristig dazu beitragen, verschiedene Exportprobleme bei optionalen Feldern zu verringern. Leider bestehen diese nach wie vor, sodass wir an unterschiedlichen Stellen dieses Berichtes weiterhin auf entsprechende Einschränkungen der Datenqualität hinweisen müssen. Realistischerweise muss auch darauf hingewiesen werden, dass die Umsetzung des neuen Datensatzes in Baden-Württemberg eine erhebliche Vorlaufzeit in Anspruch nehmen wird und die Umsetzung zum Datenjahr 2027 daher kaum wahrscheinlich erscheint.

Stuttgart, im Juli 2026

Dr. med. Joachim Koster
Leiter der SQR-BW

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	3
Abkürzungen Rettungsdienstbereiche.....	9
Abkürzungsverzeichnis.....	10
Glossar.....	12
Zusammenfassung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren.....	21
Zusammenfassung der Ergebnisse des Gestuften Dialogs 2024.....	26
Kapitel 1: Basisinformationen.....	27
1.1 Allgemeine Kennzahlen.....	28
1.1.1 Leistungszahlen.....	28
1.1.1.1 Bodengebundener Rettungsdienst.....	29
1.1.1.2 Luftrettung.....	34
1.1.1.3 Bodengebundener Intensivtransport.....	37
1.1.2 Leitstellendaten.....	39
1.1.3 Daten notarztbesetzter Rettungsmittel.....	40
1.1.4 RTW-Daten.....	42
1.2 Basisstatistiken.....	44
1.2.1 Leitstellendaten.....	44
1.2.2 Notarzteinsätze.....	45
1.2.3 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	52
Kapitel 2: Ergebnisse.....	59
2.1 Qualitätsindikatoren.....	60
2.2 Zeiten im Einsatzablauf.....	63
2.2.1 Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen.....	63
2.2.2 Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle.....	64
2.2.3 Ausrückzeit.....	66
2.2.3.1 Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden).....	67
2.2.3.2 Ausrückzeit RTW.....	69
2.2.3.3 Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze).....	70
2.2.4 Fahrzeit.....	71
2.2.4.1 Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel.....	72
2.2.4.2 Fahrzeit RTW.....	73
2.2.5 Prähospitalzeit.....	73
2.2.5.1 Prähospitalzeit – Einsätze mit Notarztbeteiligung.....	74
2.2.5.2 Prähospitalzeit – Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	77
2.2.6 Bewertung: Zeiten im Einsatzablauf.....	79
2.3 Dispositionsqualität.....	84
2.3.1 Richtige Einsatzindikation.....	84
2.3.2 Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel.....	86
2.3.3 Notarztindikation.....	88
2.3.4 Bewertung: Dispositionsqualität.....	90
2.4 Diagnostik und Monitoring.....	93
2.4.1 Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung.....	93
2.4.2 Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten.....	94
2.4.3 Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten.....	97
2.4.4 Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung.....	99
2.4.4.1 Notarzteinsätze.....	100
2.4.4.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	102

2.4.5 Bewertung: Diagnostik und Monitoring.....	104
2.5 Versorgung und Transport.....	108
2.5.1 12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz.....	108
2.5.2 ST-Hebungsinfarkt – ASS-Gabe.....	110
2.5.3 ST-Hebungsinfarkt – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.....	111
2.5.4 ST-Hebungsinfarkt – Primärer Transport: Klinik mit PCI.....	113
2.5.5 Polytrauma/schwerverletzt (mit/ohne vitale Gefährdung) – Leitliniengerechte Versorgung.....	114
2.5.6 Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.....	116
2.5.7 Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Primärer Transport: regionales/ überregionales Traumazentrum.....	117
2.5.8 Akutes zentral-neurologisches Defizit – Leitliniengerechte Versorgung.....	119
2.5.8.1 Notarzteinsätze.....	120
2.5.8.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	121
2.5.9 Akutes zentral-neurologisches Defizit – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.....	122
2.5.9.1 Notarzteinsätze.....	122
2.5.9.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	123
2.5.10 Akutes zentral-neurologisches Defizit – Primärer Transport: Klinik mit Schlaganfalleinheit.....	124
2.5.10.1 Notarzteinsätze.....	124
2.5.10.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	125
2.5.11 Atemnot – Leitliniengerechte Versorgung.....	126
2.5.11.1 Notarzteinsätze.....	127
2.5.11.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	128
2.5.12 Sepsis – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.....	129
2.5.12.1 Notarzteinsätze.....	129
2.5.12.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	131
2.5.13 Herz-Kreislauf-Stillstand – Reanimationserkennung durch die Leitstelle.....	132
2.5.14 Herz-Kreislauf-Stillstand – Kapnografie bei Reanimation.....	133
2.5.15 Herz-Kreislauf-Stillstand – ROSC bei Klinikaufnahme.....	135
2.5.16 Herz-Kreislauf-Stillstand – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.....	136
2.5.17 Schmerzreduktion.....	137
2.5.17.1 Notarzteinsätze.....	138
2.5.17.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung.....	140
2.5.18 Patientenmeldung Zielklinik.....	142
2.5.19 Bewertung Versorgung und Transport.....	142
2.5.19.1 ST-Hebungsinfarkt.....	144
2.5.19.2 Polytrauma/schwerverletzt.....	145
2.5.19.3 Akutes zentral-neurologisches Defizit.....	147
2.5.19.4 Atemnot.....	148
2.5.19.5 Sepsis.....	149
2.5.19.6 Herz-Kreislauf-Stillstand.....	151
2.5.19.7 Schmerzreduktion.....	153
Kapitel 3: Gestufter Dialog.....	155
3.1 Allgemeine Informationen.....	156
3.1.1 Referenzbereich und Auslösung des Gestuften Dialogs.....	156
3.1.2 Statistische Berechnungen.....	157
3.1.3 Adjustierung.....	157
3.1.4 Ablauf und Zeitplan des Gestuften Dialogs.....	157
3.2 Ergebnisse Gestufter Dialog 2024.....	159
3.2.1 Gestufter Dialog mit Notarztstandorten.....	159

3.2.1.1 Notärztliche Indikatoren zur Versorgungsqualität.....	159
3.2.1.2 Vollständigkeit der Datenlieferung.....	161
3.2.1.3 Ausrückzeit bodengebundene Notarztstandorte.....	162
3.2.1.4 Ausrückzeit Luftrettungsstationen.....	162
3.2.1.5 Zielvereinbarungen mit Notarztstandorten.....	162
3.2.2 Gestufter Dialog mit Rettungswachen.....	163
3.2.2.1 Rettungsdienstliche Indikatoren zur Versorgungsqualität.....	163
3.2.2.2 Vollständigkeit der Datenlieferung (Rettungswachen).....	164
3.2.2.3 Ausrückzeit Rettungswachen.....	165
3.2.2.4 Zielvereinbarungen mit Rettungswachen.....	165
3.2.3 Gestufter Dialog mit Leitstellen.....	165
3.2.3.1 Zielvereinbarungen mit Leitstellen.....	166
3.3 Eröffnung Gestufter Dialog 2025.....	166
Anhang.....	169
Abbildungsverzeichnis.....	170
Tabellenverzeichnis.....	174
Impressum.....	176

Abkürzungen Rettungsdienstbereiche

AA	Ostalbkreis
BB	Böblingen
BC	Biberach
BL	Zollernalbkreis
BOS	Bodensee-Oberschwaben
CW	Calw
EM	Emmendingen
ES	Esslingen
FDS	Freudenstadt
FR	Freiburg/Breisgau-Hochschwarzwald
GP	Göppingen
HDH	Heidenheim
HN	Stadt- und Landkreis Heilbronn
KA	Stadt- und Landkreis Karlsruhe
KN	Konstanz
KÜN	Hohenlohekreis
LB	Ludwigsburg
LÖ	Lörrach
MA	Mannheim
MOS	Neckar-Odenwald-Kreis
OG	Ortenaukreis
PF	Stadt Pforzheim/Enzkreis
RA	Mittelbaden
RN	Heidelberg/Rhein-Neckar
RT	Reutlingen
RW	Rottweil
S	Stuttgart
SHA	Schwäbisch Hall
TBB	Main-Tauber-Kreis
TÜ	Tübingen
TUT	Tuttlingen
UL	Ulm/Alb-Donau-Kreis
VS	Schwarzwald-Baar-Kreis
WN	Rems-Murr-Kreis
WT	Waldshut

Abkürzungsverzeichnis

ACS	akutes Koronarsyndrom
ASS	Acetylsalicylsäure
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BW	Baden-Württemberg
BWS	Brustwirbelsäule
CHR 11	Christoph 11 – Villingen-Schwenningen
CHR 22	Christoph 22 – Ulm
CHR 41	Christoph 41 – Leonberg
CHR 43	Christoph 43 – Karlsruhe
CHR 45	Christoph 45 – Friedrichshafen
CHR 51	Christoph 51 – Stuttgart
CHR 53	Christoph 53 – Mannheim
CHR 54	Christoph 54 – Freiburg
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation (Herz-Lungen-Wiederbelebung)
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.
DNR	„Do Not Resuscitate“ (engl. für „nicht wiederbeleben“)
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EKG	Elektrokardiogramm
etCO ₂	endtidaler Kohlenstoffdioxid-Partialdruck
GCS	Glasgow Coma Scale
HW	Hinterwand (beim ST-Hebungsinfarkt)
HWS	Halswirbelsäule
ICB	intracerebrale Blutung
ILS	Integrierte Leitstelle
ITH	Intensivtransporthubschrauber
ITW	Intensivtransportwagen
KTW	Krankentransportwagen
LARD	Landesausschuss für den Rettungsdienst
LWS	Lendenwirbelsäule
MANV	Massenanfall von Verletzten
MIND	Minimaler Notfalldatensatz
M-NACA	siehe Glossar
NA	Notärztin/Notarzt
NASF	selbstfahrende Notärztin/selbstfahrender Notarzt

NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NEWS2	National Early Warning Score 2
NRS	numerische Ratingskala
PCI	perkutane Koronarintervention
qSOFA	quick Sequential Organ Failure Assessment (-Score)
RDG	Rettungsdienstgesetz
RM	Rettungsmittel
ROSC	Wiederkehr des Spontankreislaufs (return of spontaneous circulation)
RR _{sys}	systolischer Blutdruck (nach Riva-Rocci)
RTH	Rettungstransporthubschrauber
RTW	Rettungswagen
SAB	Subarachnoidalblutung
SIRS	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment (-Score)
SpO ₂	pulsoxymetrisch gemessene Sauerstoffsättigung
SQR-BW	Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg
STEMI	ST-elevation myocardial infarction (ST-Hebungsinfarkt)
SSW	Schwangerschaftswoche
TIA	transitorische ischämische Attacke
T-CPR	telefonische Anleitung zur Reanimation
VW	Vorderwand (beim ST-Hebungsinfarkt)
ZKS	Zentrale Koordinierungsstelle für Intensivtransporte
ZND	zentral-neurologisches Defizit
ZNS	zentrales Nervensystem
ZV (-D/P/Q)	Zielvereinbarung (Dokumentation/Protokollprüfung/Qualität)

Glossar

95. Perzentil	Das 95. Perzentil einer geordneten Datenreihe ist der Wert, bei dem mindestens 95 % aller Fälle kleiner oder gleich diesem Wert und mindestens 5 % aller Fälle größer oder gleich diesem Wert sind.
Adjustierung	... bezeichnet in Statistik und Wissenschaft das Herausrechnen von Störvariablen. Eine echte Risikoadjustierung im Sinne einer Berücksichtigung nicht beeinflussbarer Faktoren und hieraus Bestimmung eines erwartbaren Ergebnisses ist der SQR-BW in der Regel nicht möglich, daher erfolgt für die Adjustierung im Rahmen des Gestuften Dialogs lediglich eine Einschränkung der Grundgesamtheit (siehe Kapitel 3.1.3).
Antikoagulanzen	... sind Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung.
Asystolie	... bezeichnet eine fehlende elektrische Aktivität des Herzens im EKG und ist einer der drei klassischen EKG-Befunde im Zusammenhang mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand (neben Kammerflimmern und pulsloser elektrischer Aktivität).
Beirat der SQR-BW	Der Beirat, über dessen Zusammensetzung der LARD entscheidet, besteht aus zwölf ständigen Mitgliedern (Vertreterinnen/Vertreter der Kosten- und Leistungsträger, der Landesärztekammer sowie des für den Rettungsdienst zuständigen Innenministeriums). Der Beirat berät und unterstützt bezüglich der Inhalte und der Durchführung der Qualitätssicherung. Schwerpunkte der Arbeit des Beirats bilden die Bündelung von Erkenntnissen aus der externen Qualitätssicherung sowie die Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg.
Bereichsausschuss	Der Bereichsausschuss ist zuständig für rettungsdienstliche Belange eines Rettungsdienstbereiches. Ihm obliegt die Beobachtung und Beratung der Angelegenheiten des bodengebundenen Rettungsdienstes im Rettungs-dienstbereich sowie deren Regelung. Hierzu gehört insbesondere die Erstellung eines Bereichsplans, in dem die für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung erforderliche Zahl der Rettungswachen, die Standorte der Rettungswachen und die für die notärztliche Versorgung erforderlichen Vorhaltungen sowie die jeweilige personelle und sächliche Ausstattung festgehalten werden. Dies betrifft auch die planerische Sicherstellung der notärztlichen Versorgung einschließlich der Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten und der Bestimmung der Organisatorischen Leitung Rettungsdienst.
Datenblatt (eines Qualitätsindikators)	Die Datenblätter der Qualitätsindikatoren stellen die zentrale Grundlage für die Reproduzierbarkeit und Vergleichbarkeit sowie die Reliabilität der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren dar. In ihnen sind die Grundgesamtheiten der Fälle, die bei dem jeweiligen Indikator berücksichtigt werden, die Ein- und Ausschlusskriterien und die Rechenregeln zur Ermittlung des Indikators festgelegt. Die Datenblätter stehen auf unserer Internetseite öffentlich zugänglich zur Verfügung.

Elektrokardiogramm – EKG (4-/6-Kanal bzw. 12-Kanal)	Mit Hilfe des Elektrokardiogramms können die elektrische Aktivität des Herzens und die zwischen den einzelnen Messelektroden auftretenden Potenzialdifferenzen während der gesamten Herzaktivität grafisch sichtbar gemacht werden. Beim 12-Kanal-EKG ist die Position der dafür notwendigen zehn Elektroden normiert, um eine Vergleichbarkeit sicherzustellen. Mit diesem können sowohl Aussagen zum Herzrhythmus als auch darüber hinaus zu veränderten Potenzialdifferenzen im Herzen, wie sie beispielsweise beim Herzinfarkt entstehen können, getroffen werden. Ist nur ein Monitoring, also eine Überwachung des Herzrhythmus (ohne weitergehende Aussagen zu anderen kardialen Problemen) erforderlich, kann eine entsprechende Rhythmuskurve auch schon mit vier Elektroden gewonnen werden. Diese vier Messelektroden können an beliebiger Stelle auf dem Körper platziert werden. Obwohl damit streng genommen sechs unterschiedliche EKG-Ableitungen generiert werden können, wird diese Art der EKG-Überwachung häufig 4-Kanal-EKG genannt.
Einsatz/einsatzbezogen versus Auftrag/auftragsbezogen	Jedes Rettungsmittel, welches von der Leitstelle entsendet wird, erhält für die Entsendung einen Auftrag und eine Auftragsnummer. Ein Einsatz ist jeweils ein Ereignis, zu dem die Leitstelle Rettungsmittel disponiert. Ein Einsatz betrifft in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle eine Patientin oder einen Patienten, kann aber auch mehrere (z. B. MANV) oder keine Patientin bzw. keinen Patienten betreffen (z. B. Brandeinsatz ohne Beteiligte). Für jeden Einsatz wird ebenfalls eine Nummer vergeben, die Einsatznummer. In einen Einsatz kann ein Rettungsmittel geschickt werden (in der Regel RTW) – in diesem Fall ist die Zahl von Einsätzen und Aufträgen identisch – oder mehrere Rettungsmittel (z. B. RTW und NEF) – in diesem Fall ist die Zahl an Aufträgen höher als die Zahl an Einsätzen.
etCO ₂	... steht für den endtidalen CO₂-Partialdruck, also den Kohlenstoffdioxid-Gehalt der Ausatemluft am Ende der Ausatmung (siehe auch Kapnometrie).
Fachgruppe	Die Fachgruppen unterstützen die SQR-BW bei der Durchführung des Gestuften Dialogs und bei der Weiterentwicklung/Schärfung der Qualitätsindikatoren. Für jede Säule der Notfallrettung (Leitstellen, RTW-Dokumentation, Daten notarztbesetzter Rettungsmittel) ist eine Fachgruppe eingerichtet, die sich aus Expertinnen und Experten des jeweiligen Fachgebietes zusammensetzt.
First Responder	... oder Helfer vor Ort sind lokal organisierte Personen, die bei medizinischen Notfällen den Rettungsdienst unterstützen und die Zeit bis zum Eintreffen des ersten Rettungsmittels überbrücken können, indem sie bereits mit wesentlichen Basismaßnahmen beginnen. Kommt es im betroffenen Ort zu einem Notfall, bei dem eine sehr schnelle Hilfe sinnvoll ist (z. B. Reanimation), kann die Leitstelle parallel zum Rettungsdienst die First Responder alarmieren. First Responder, die sich in der Nähe zum Einsatzort befinden, können damit einen erheblichen Zeitvorteil zum Nutzen der Patientinnen und Patienten erwirken.

GCS (Glasgow Coma Scale)	... ist ein einfaches Scoring-Verfahren zur Ermittlung eines Punktwertes, mit Hilfe dessen der Bewusstseinszustand einer Patientin oder eines Patienten abgeschätzt werden kann. Der GCS bewertet drei Aspekte des Bewusstseins: Augenöffnen (1 bis 4 Punkte), verbale Reaktion (1 bis 5 Punkte) und motorische Reaktion (1 bis 6 Punkte). Die Punkte werden addiert, um einen Gesamtwert zu erhalten, der zwischen 3 (schwerstes Koma) und 15 (klar und orientiert) variieren kann.
Gestufteter Dialog	... ist ein festgelegtes Verfahren, um zu beurteilen, ob rechnerisch auffällige Ergebnisse der Qualitätsindikatoren echten Qualitätsmängeln entsprechen und ggf. bei der Ursachenfindung und -behebung hierfür zu unterstützen. Bei der Bewertung der Ergebnisse können Besonderheiten des Standorts berücksichtigt werden und es wird differenziert, ob Fehler bei der Datenerhebung (wichtige Daten wurden gar nicht erfasst), Fehldokumentationen (Daten wurden erfasst, aber z. B. nicht im vorgesehenen Feld dokumentiert) oder Softwareprobleme vorliegen. Dies erfolgt durch Prüfung der Original-Dokumentation gemeinsam mit den für die Dokumentation Verantwortlichen. Unter Einbindung von Fachexpertinnen und Fachexperten sollen insbesondere gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeleitet werden.
Grundgesamtheit	... ist die Gesamtmenge aller Fälle, aus denen die Berechnung eines Indikators (oder anderer Zielwerte) durchgeführt wird. Die Grundgesamtheit wird für jeden Zielwert individuell definiert. Sie wird durch Anwendung von Ein- und Ausschlusskriterien auf alle verfügbaren Fälle ermittelt.
Herzfrequenz	... bezeichnet die Anzahl der elektrischen Herzaktionen pro Zeiteinheit. Die Bestimmung der Herzfrequenz einer Patientin oder eines Patienten erfordert den Anschluss an ein EKG-Gerät und wird am Überwachungsmonitor direkt abgelesen.
Indikator	... siehe Qualitätsindikator
Hyperkapnie(-risiko)	... bezeichnet einen erhöhten Wert für den Kohlenstoffdioxidgehalt im Blut. Dieser tritt insbesondere bei chronischen Atemwegserkrankungen wie beispielsweise einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) auf. Solche oder andere Lungenerkrankungen wie Emphysem, aber auch andere Erkrankungen wie Störungen des Nervensystems, eine Schlafapnoe oder schweres Übergewicht sind mit einem Hyperkapnierisiko assoziiert. Eine Hyperkapnie kann zur Bewusstlosigkeit, schweren Herzrhythmusstörungen und unter speziellen Umständen auch zu einem Atemstillstand führen
Inzidenz	... ist die relative Häufigkeit von Ereignissen in einer Population innerhalb einer bestimmten Zeitspanne.
Kammerflimmern	... bezeichnet ungeordnete elektrische Erregungen des Herzmuskels mit einer Frequenz über 350/min, die zu einem funktionellen Herzstillstand führen. Die Rhythmusstörung ist prinzipiell durch eine Defibrillation behandelbar, wenn die Behandlung innerhalb weniger Minuten nach deren Auftreten erfolgt.

Kapnografie	... ist eine kontinuierliche Aufzeichnung und grafische Darstellung der Messergebnisse der Kapnometrie.
Kapnometrie	... bezeichnet die Messung des Partialdruckes oder der fraktionellen Konzentration von Kohlenstoffdioxid (CO ₂) in der Ausatemluft. Der Partialdruck gibt hierbei den Anteil des Kohlenstoffdioxids am Gesamtdruck der Ausatemluft wieder. Der Partialdruck am Ende der Ausatmung (etCO ₂) repräsentiert am besten den CO ₂ -Gehalt in den Lungenbläschen. Da diese im ständigen CO ₂ -Austausch mit den Blutgefäßen stehen, kann mit der Kapnometrie indirekt auf den CO ₂ -Gehalt des Blutes Rückschluss gezogen werden. Die Kapnometrie ist insbesondere hilfreich, um die richtige Lage des Beatmungsschlauches (Tubus) in der Luftröhre sicher zu stellen oder im Rahmen von Herz-Lungen-Wiederbelebungen die Effizienz des Kreislaufs zu überwachen.
Konfidenzintervall	In der Statistik ist es nicht immer möglich, eine komplette Grundgesamtheit zu untersuchen. Oft werden Stichproben gezogen und deren Ergebnisse als Schätzung des Ergebnisses der Grundgesamtheit („wahrer“ Wert) gewertet. Ein Konfidenzintervall gibt den Bereich an, innerhalb dessen der (unbekannte) wahre Wert mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit liegt. Das 95 %-Konfidenzintervall gibt an, dass der „wahre Wert“ mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % innerhalb bzw. einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 % außerhalb dieses Intervalls liegt. Um zu prüfen, ob sich die Ergebnisse einzelner Teilgruppen (z. B. Standorte) statistisch signifikant unterscheiden, können die Konfidenzintervalle dieser Teilgruppen miteinander verglichen werden. Solange die Intervalle sich teilweise überlappen, kann ein Unterschied der Ergebnisse nicht sicher belegt werden. Liegen die Konfidenzbereiche komplett auseinander, kann mit der vorgegebenen Irrtumswahrscheinlichkeit (5 % bei einem 95 %-Konfidenzintervall) von einer statistischen Signifikanz der Unterschiede ausgegangen werden. Dieses Verfahren dient dazu, Unterschiede der Ergebnisse einzelner Standorte untereinander oder mit dem Landeswert zu validieren.
Landesausschuss für den Rettungsdienst (LARD)	Der Landesausschuss für den Rettungsdienst ist das oberste Gremium für den Rettungsdienst in Baden-Württemberg. Ihm obliegt die Beratung der wesentlichen Angelegenheiten des Rettungsdienstes. Er legt für alle am Rettungsdienst Beteiligten bindende Vorgaben insbesondere für eine fachgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Durchführung des Rettungsdienstes und für die Struktur der Benutzungsentgelte sowie für die einheitliche Dokumentation fest.
Landeswert	Der Landeswert ist das jeweils entsprechende Ergebnis (z. B. Median, 95. Perzentil) basierend auf allen für Baden-Württemberg relevanten Daten (d. h. wenn die Daten aller Standorte oder Leitstellen zusammengeführt werden).
Leitungstyp	Der Leitungstyp weist aus, ob ein Telefonanruf die Leitstelle über eine Notrufnummer erreicht hat oder über andere Zugangswege (z. B. Weiterleitung durch Polizei, Ärztlicher Bereitschaftsdienst, 19222, etc.).

MANV (Massenanfall von Verletzten)	Ein MANV ist eine Situation, in der eine große Anzahl von Verletzten (oder Erkrankten/anderweitig Betroffenen) an einem Ort versorgt werden müssen (z. B. Zugangslück).
Median	... ist der Wert, der genau in der Mitte einer geordneten Datenreihe liegt. Mindestens 50 % der Werte dieser Datenreihe sind kleiner oder gleich und mindestens 50 % größer oder gleich dem Median.
MIND (Minimaler Notfalldatensatz)	Rettungsdienst und notärztlich besetzte Rettungsmittel dokumentieren organisatorische und medizinische Informationen eines Einsatzes in einem elektronischen Rettungsdienst- bzw. Notarztprotokoll. Ein definierter und standardisierter Anteil dieser Informationen wird zur Auswertung als MIND an die SQR-BW übermittelt und dient als Grundlage für die in diesem Bericht dargestellten Auswertungen.
M-NACA-Score	... bezeichnet den Münchner NACA-Score und ist ein standardisiertes System, mit welchem die Erkrankungs- oder Verletzungsschwere von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten graduiert werden kann. Im Gegensatz zu der rein subjektiven Einschätzung im NACA (siehe dort) werden hier zahlreiche Parameter wie Diagnosen, Zustände und objektive Messwerte einbezogen, um dem Score eine bessere Reliabilität und Objektivität zu verleihen. Die Unterteilung erfolgt aufsteigend in sechs Stufen, wobei von M-NACA 2 bis M-NACA 5 die Erkrankungs-/Verletzungsschwere und deren vitales Gefährdungspotenzial zunehmen. Dem M-NACA 6 sind erfolgreich reanimierte, M-NACA 7 verstorbene Patientinnen und Patienten zugeordnet. Den Kriterien für die Eingruppierung in M-NACA ≥ 4 liegen potenziell lebensbedrohliche Zustände zugrunde. In der Vergangenheit konnte hier grundsätzlich von einer Indikation für Notarzteinsätze ausgegangen werden. Mit der zunehmenden Erweiterung der Kompetenz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gilt diese Annahme nicht mehr uneingeschränkt – insbesondere nicht für einen M-NACA von 4.
NACA-Score	... ist hinsichtlich der zugeordneten Stufen ab der Stufe 2 identisch zu dem M-NACA-Score. Er beginnt im Gegensatz dazu aber mit der Stufe NACA 1, mit der ein nicht indizierter Einsatz klassifiziert werden kann (keine Erkrankung oder Verletzung) und hat damit sieben Stufen. Im Gegensatz zum M-NACA-Score basiert der einfache NACA-Score alleine auf der subjektiven Einschätzung der Notfallsanitäterin/des Notfallsanitäters bzw. der Notärztin/des Notarztes ohne Hinzunahme weiterer objektiver Faktoren. Damit sind die Intra- und die Inter-Rater-Reliabilität (siehe Reliabilität) deutlich geringer als beim M-NACA-Score.
NEWS2-Score	Beim NEWS2-Score (National Early Warning Score) wird aus festgelegten Vitalparametern (Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung, Sauerstoffbedarf, Temperatur, Blutdruck, Herzfrequenz, Bewusstsein) ein Punktwert zur Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit (niedrig, mittel, hoch) und notwendiger Intensität medizinischer Maßnahmen gebildet. Dieser Wert kann zwischen 0 (keine Priorität) und 20 (höchste Priorität) liegen.

Numerische Rating-Skala (NRS)	... ist eine Zahlenskala von 0 bis 10, mit welcher Patientinnen und Patienten den von ihnen subjektiv empfundenen Schmerz hinsichtlich dessen Stärke bewerten können. Schmerzfreiheit entspricht dem Wert 0 und der größte vorstellbare Schmerz dem Wert 10.
O ₂	Abkürzung für Sauerstoff – siehe auch Pulsoxymetrie
PCI (perkutane Koronarintervention)	... ist ein Verfahren, um verengte oder verschlossene Herzkranzgefäße zu erweitern bzw. wieder zu eröffnen. Dies geschieht mithilfe eines aufblasbaren Ballonkatheters, der mittels Punktion eines Blutgefäßes durch die Haut von außen in das verengte Herzkranzgefäß eingeführt wird.
Polytrauma	... bezeichnet mehrere gleichzeitig erlittene Verletzungen verschiedener Körperregionen, wobei mindestens eine Verletzung oder die Kombination dieser Verletzungen lebensbedrohlich ist (Definition nach Tscherne).
Protokoll-/Dokumentationsprüfung	Im Rahmen des Gestuften Dialogs werden Standort- oder Leitstellenverantwortliche dazu aufgefordert, Originalprotokolle bzw. Originaldokumentationen zu einem auffälligen Indikator zu prüfen.
Pulsfrequenz	... bezeichnet die Anzahl der Pulse (durch die Herzaktion ausgelöste Druckwellen in den Gefäßen) pro Zeiteinheit. In den meisten Fällen entspricht sie der Herzfrequenz (elektrische Herzaktionen pro Zeiteinheit). Sie kann durch Fühlen des Pulses ausgezählt werden. Wird die Patientin bzw. der Patient mit der Pulsoxymetrie überwacht, kann auch hier bei einer ausreichenden Messqualität über die Pulskurve die Pulsfrequenz abgelesen werden. In beiden Fällen können gegenüber der elektrischen Herzfrequenz Abweichungen entstehen. Insbesondere in Situationen, bei denen eine elektrische Aktivität des Herzens eine sehr schwache Druckwelle erzeugt – beispielsweise bei einem Volumenmangel infolge einer Blutung oder bei einer sehr schnellen Herzfrequenz – kann es dazu kommen, dass einzelne oder viele Pulsschläge nicht gemessen werden können (Pulsdefizit).
Pulslose elektrische Aktivität (PEA)	... ist ein Zustand mit geordneter elektrischer Aktivität des Herzens aber fehlender bzw. unzureichender mechanischer Antwort, sodass das Herz die Kreislauffunktion nicht mehr aufrechterhalten kann und ein Herz-Kreislauf-Stillstand resultiert.
Pulsoxymetrie	... ist ein Verfahren, mit dem über einen Sensor von außen die Sättigung der roten Blutkörperchen mit Sauerstoff (SpO ₂) und die Pulsfrequenz gemessen werden können. Bei der Messung nutzt man die Eigenschaft, dass mit Sauerstoff beladenes Hämoglobin (Protein, welches im Blut den Sauerstoff bindet) Licht von jeweils unterschiedlichen Wellenlängen anders absorbiert als freies, unbeladenes Hämoglobin.

Qualitätsindikator	Qualitätsindikatoren sind Kriterien, anhand derer sich die Qualität einer Organisationseinheit messen und mit anderen Organisationseinheiten vergleichen lässt. Sie messen die Qualität nicht direkt, sondern sind Kennzahlen, welche die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Eine Bewertung kann im direkten Vergleich zweier Systeme oder durch Vergleich mit einem vorher festgelegten Referenzbereich erfolgen. Die Qualitätsindikatoren der SQR-BW stellen entweder einen Anteil, also eine relative Häufigkeit oder (Erfüllungs-) Rate dar (z. B. Häufigkeit der Blutzuckermessung bei bewusstseinsgeminderten Patienten) und werden dann als ratenbasierte Indikatoren bezeichnet, oder sie zeigen ein Zeitintervall an (z. B. Zeitdauer zwischen Alarmierung und Ausrücken eines Rettungsmittels) und werden dann als zeitbasierte Indikatoren bezeichnet.
Referenzbereich/ Referenzwert	Der Referenzbereich legt untere und obere Grenzwerte für das Ergebnis eines Indikators fest. Indikatorergebnisse, die innerhalb der Grenzen des Referenzbereichs liegen, gelten als rechnerisch unauffällig, Ergebnisse außerhalb sind rechnerisch auffällig. Der Referenzwert bildet bei zeitbasierten Indikatoren den oberen Grenzwert des Referenzbereichs und bei ratenbasierten Indikatoren den unteren Grenzwert des Referenzbereichs. Der Referenzwert kann bei unterschiedlichen Qualitätsindikatoren der Landeswert oder ein fester, durch Gremien oder rechtliche Vorgaben bestimmter Wert sein.
Reliabilität	Die Reliabilität als Gütekriterium für Qualitätsindikatoren oder Scores bezeichnet die Verlässlichkeit. Bei guter Reliabilität führt die mehrfache Durchführung des Scorings bzw. die mehrfache Berechnung des Qualitätsindikators zum selben Ergebnis. Dabei wird unterschieden zwischen Intra-Rater-Reliabilität (bei wiederholten Messungen eines Untersuchers kommt dieser zum selben Ergebnis) und Inter-Rater-Reliabilität (mehrere unterschiedliche Untersucher kommen zum selben Ergebnis).
Rettungsdienstbereich	Auf regionaler Ebene ist Baden-Württemberg in 35 Rettungsdienstbereiche unterteilt, deren Grenzen sich grundsätzlich an denen der jeweiligen Landkreise und kreisfreien Städte orientieren. Die kreisfreien Städte bilden zumeist mit dem umliegenden, bzw. benachbarten Landkreis einen Rettungsdienstbereich. Für die Belange eines Rettungsdienstbereichs ist der jeweilige Bereichsausschuss zuständig.
Rettungsdienstplan/ Rettungsdienstplanverordnung	Der Rettungsdienstplan gibt den Beteiligten am Rettungsdienst einen landesweit einheitlichen Handlungsrahmen vor. Er legt die Grundzüge einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes fest. Im Jahr 2026 wurde der Rettungsdienstplan aus dem Jahr 2022 durch eine Verordnung – die Rettungsdienstplanverordnung – abgelöst. Im Gegensatz zum Rettungsdienstplan handelt es sich nun um eine generell-verbindliche Rechtsnorm.
ROSC (return of spontaneous circulation)	... bezeichnet die Wiederkehr eines Spontankreislaufs nach durchgeführten Wiederbelebensmaßnahmen.

Sepsis	... ist nach Definition der European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) und der Society of Critical Care Medicine (SCCM) eine lebensbedrohliche Organdysfunktion, die durch eine fehlregulierte Wirtsantwort auf eine Infektion verursacht wird.
Statusmeldungen	Die Statusmeldung ist im Rettungsdienst ein wichtiges Kommunikationsmittel zwischen Leitstelle und Fahrzeugbesatzungen. Mit Hilfe des Funkmeldesystems (FMS) der Behörden und Organisationen mit Sicherheitsaufgaben (BOS) werden sogenannte Kurztelegramme zwischen Fahrzeugen und Leitstelle ausgetauscht. Dies ermöglicht eine Verkürzung und Vereinfachung des Nachrichtenaustausches. Die Fahrzeugbesatzung muss dazu lediglich eine festgelegte Statustaste auf dem Ziffernblock ihres Funkhörers betätigen. Über diesen Zifferncode (= Status) werden unterschiedliche Informationen an die Leitstelle gesendet (Definition nach Technischer Richtlinie BOS): 0 = Notruf 1 = einsatzbereit über Funk 2 = einsatzbereit auf Wache 3 = Einsatzauftrag übernommen/auf dem Weg zum Einsatzort 4 = am Einsatzort angekommen 5 = einsatzbezogener Sprechwunsch 6 = nicht einsatzbereit 7 = auf dem Weg ins Krankenhaus (mit Patientin/Patient) 8 = im Krankenhaus eingetroffen 9 = Handquittung/Fremdanmeldung (in Baden-Württemberg auch für das Ausrücken des NEF/NAW auf dem Weg zum Notarztabholpunkt verwendet)
STEMI (ST-elevation myocardial infarction/ ST-Hebungsinfarkt)	Bei einem Herzinfarkt kommt es durch Verschluss einer Herzkranzarterie durch ein Blutgerinnsel zu einer Sauerstoffunterversorgung des Herzmuskels, was zum Absterben von Herzmuskelgewebe führen kann. Ein relativ sicheres Zeichen hierfür sind sogenannte ST-Hebungen im EKG, die auch außerhalb der Klinik erkannt werden können. Wichtig ist hier ein schneller Transport in eine Klinik, die über die Möglichkeit eines Kathetereingriffes (PCI) verfügt, sowie ein schneller Beginn dieser Behandlung.
TIA (transitorische ischämische Attacke)	... bezeichnet eine vorübergehende Unterbrechung der Blutversorgung von Teilen des Gehirns, welche zu Symptomen eines Schlaganfalles führt (z. B. Lähmungsercheinungen), die sich aber ohne Behandlung spätestens innerhalb von 24 Stunden – meist innerhalb von einer Stunde – vollständig zurückbilden.
Tracerdiagnose	(Übersetzungen: „Überwacher“, „Leuchtspur“, „Indikator“) Tracerdiagnosen sind spezifische Diagnosen, die als Indikatoren für die Qualität der medizinischen Versorgung in einem Gesundheitssystem verwendet werden. Idealerweise sind es Verletzungen und Erkrankungen, die häufig vorkommen, gut dokumentiert sind, klar definierte Behandlungsrichtlinien haben und signifikante Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten entfalten können, wenn sie nicht richtig oder nicht zeitnah behandelt werden.

Validität	... als Gütekriterium für Qualitätsindikatoren gibt an, ob der Qualitätsindikator auch das misst, was er messen soll.
Vollzähligkeit	Die Vollzähligkeit der Daten notarztbesetzter Rettungsmittel und RTW wird durch einen Abgleich mit den Daten der jeweiligen Heimatleitstelle ermittelt. Dafür werden alle eindeutigen Leitstellendatensätze tatsächlich ausgerückter, innerhalb des Leitstellenbereichs stationierter Rettungsmittel als Soll herangezogen. Eine Vollzähligkeit kleiner als 100 % bedeutet, dass für einen Standort für den betrachteten Zeitraum weniger MIND-Datensätze vorliegen, als in den Leitstellendaten von Rettungsmitteln dieses Standorts Datensätze im gleichen Zeitraum vorhanden sind. Dieser Abgleich wird durch nicht eindeutige/angepasste Fahrzeugzuordnung bzw. Funkrufnamenverwendung bei Rettungsmitteln ohne feste Wachzugehörigkeit (z. B. Reservefahrzeuge) erschwert.
Verknüpfbarkeit	Um Informationen aus den Leitstellen wie beispielsweise Einsatzzeiten oder Einsatzstichworte in Verbindung mit notärztlichen und/oder rettungsdienstlichen Angaben betrachten zu können, müssen beide/alle drei Datenquellen miteinander verknüpft werden. Hierfür sind eindeutige Auftragsnummern und weitere Bedingungen zwingend erforderlich.
(Akutes) ZND (Zentral-neurologisches Defizit)	... ist ein (akuter) Funktionsausfall des Gehirns (gekennzeichnet z. B. durch Lähmungserscheinungen), welcher in der Regel durch einen Schlaganfall (Gefäßverschluss mit Mangel durchblutung) oder durch eine Gehirnblutung entsteht.
Zielvereinbarung	... ist ein Instrument, mithilfe dessen die SQR-BW bei im Gestuften Dialog festgestellten Qualitätsmängeln Erwartungen an Beteiligte festlegen kann. Diese Vereinbarung ist wichtig, um sicherzustellen, dass die jeweils Verantwortlichen einen klaren Überblick über die Erwartungen und Ziele haben. Eine Zielvereinbarung beinhaltet normalerweise, welche Ergebnisse von wem erwartet werden und innerhalb welchen Zeitrahmens diese erreicht werden sollten. Streng genommen handelt es sich nicht um eine Vereinbarung im herkömmlichen Sinn, da es nicht immer um eine gegenseitige Übereinkunft, sondern häufig um eine einseitige Zielformulierung geht. Da sich die Bezeichnung über viele Jahre etabliert hat, möchten wir die Begrifflichkeit an dieser Stelle nicht korrigieren.

Zusammenfassung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren

Die externe Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württembergs ermöglicht datengestützte Aussagen und einen standort- und einrichtungsübergreifenden Vergleich anhand verschiedener, einheitlicher Parameter. Wie in der Vergangenheit ist jedoch besonders zu beachten, dass nicht anhand eines einzigen Ergebnisses eines einzelnen Indikators auf die gesamthafte Qualität geschlossen werden kann, sondern vielmehr die jeweiligen Ergebnisse in der Gesamtschau betrachtet werden müssen.

Hinweis: In diesem Kapitel werden Ergebnisse zusammengefasst. Detaillierte Erläuterungen von Begriffen finden sich im Glossar, Indikatorergebnisse werden in Kapitel 2 und Details zum Gestuften Dialog in Kapitel 3 behandelt.



Zeiten im Einsatzablauf: Schnell genug unterwegs?

Es bestehen verschiedene zeitbasierte Qualitätsindikatoren, die den gesamten Ablauf eines rettungsdienstlichen Einsatzes bis zur Ankunft am Transportziel abbilden. Das erste und kürzeste Zeitintervall ist die **Gesprächsannahmezeit** (Anrufeingang bis Gesprächsbeginn bei Notrufen). In der Hälfte der Fälle lag sie bei höchstens 5 Sekunden und in 5 % der Fälle bei 17 Sekunden oder länger – damit unverändert gegenüber dem Vorjahr. Das 95. Perzentil variierte zwischen den einzelnen Leitstellen zwischen 7 und 26 Sekunden und hatte damit fast die gleiche Bandbreite wie im Vorjahr. Nur noch zwei Leitstellen überschritten die im Rettungsdienstplan enthaltene Vorgabe von 15 Sekunden, die in 90 % aller Fälle eingehalten werden soll.

Den gesamten Zeitraum in der Leitstelle vom Anrufeingang bis zur ersten Alarmierung bildet die **Erstbearbeitungszeit** ab. Sie wird für Einsätze ermittelt, bei denen mindestens das erste alarmierte Rettungsmittel mit Sondersignal zur Einsatzstelle entsendet wird. Mit maximal 2 Minuten und 19 Sekunden bei der Hälfte der Fälle und 4 Minuten und 45 Sekunden oder länger bei 5 % der Fälle war das mediane Zeitintervall um 1 Sekunde und das 95. Perzentil um 2 Sekunden verlängert im Vergleich zum Vorjahr. In der Subgruppe der Notarzteinsätze war der Median um 10 Sekunden kürzer und auch bei den meisten Tracerdiagnosen (Ausnahmen: Polytrauma und Sepsis) erfolgte die erste Alarmierung deutlich schneller. Die Leitstelle mit der kürzesten **Erstbearbeitungszeit** war im Median und im 95. Perzentil nahezu doppelt so schnell wie die Leitstelle mit den längsten Zeiten.

Die Alarmierung stellt die Übergabe des Einsatzes von der Leitstelle an das/die Rettungsmittel dar und markiert den Beginn der **Ausrückzeit**, die mit der Abfahrt/dem Abflug eines komplett besetzten Rettungsmittels Richtung Einsatzort endet. Berücksichtigt werden bei dem Indikator nur Fälle, bei denen ein schnelles Ausrücken erwartet wird, also nur Fälle mit initial angeordnetem Sondersignal. Im Vergleich zum Vorjahr haben sich die **Ausrückzeiten** der bodengebundenen Notarztstandorte erneut leicht verkürzt (Median -4 Sekunden, 95. Perzentil -13 Sekunden), die der Rettungswachen sind ebenfalls minimal kürzer geworden (Median -1 Sekunde, 95. Perzentil -2 Sekunden). Bei den Luftrettungsstationen zeigte sich eine geringe Verlängerung im Median (+1 Sekunde) und eine geringe Verkürzung im 95. Perzentil (-2 Sekunden), auf Spezifika dieses Indikators und die daraus folgenden Einschränkungen wird im entsprechenden Kapitel (2.2.3.3) eingegangen. Bei einem Vergleich der Ergebnisse auf Ebene der Rettungsdienstbereiche ergibt sich, dass notärztliche **Ausrückzeiten** hier zwischen 1,2- und 2,3-mal länger sind als die der Rettungswagen.

Die **Fahrzeit** schließt nahtlos an die **Ausrückzeit** an und endet mit dem Eintreffen an der Einsatzstelle. Auch hier werden nur mutmaßlich eilbedürftige Fälle eingeschlossen, bei denen die Anfahrt mit Sondersignal erfolgt. Bei den Notarztstandorten haben sich die Ergebnisse gegenüber dem Vorjahr deutlicher entwickelt als bei Rettungswachen. Mit 6 Minuten und 16 Sekunden im Median sowie 13 Minuten und 26 Sekunden

im 95. Perzentil waren die Zeiten 6 bzw. 7 Sekunden kürzer als im Vorjahr. Bei Rettungswachen betrugen die Absolutwerte 6 Minuten und 18 Sekunden bzw. 14 Minuten und 6 Sekunden. Damit ergab sich eine Verlängerung des medianen Zeitintervalls um 1 Sekunde und eine Verkürzung des 95. Perzentils um 2 Sekunden.

Während sich die bisherigen Zeitintervalle nahtlos aneinandergereiht haben, wird diese Systematik für die **Prähospitalzeit** verlassen. Sie bildet das gesamte präklinische Intervall zwischen Anrufeingang bei der Leitstelle und dem Erreichen der Zielklinik ab. Maßgeblich sind hier Einsätze, bei denen irgendwann im Einsatzverlauf bei mindestens einem beteiligten Rettungsmittel die Verwendung von Sondersignal stattfand. Im Vergleich zu 2024 stieg der Median bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung auf 56 Minuten und 45 Sekunden (+1 Minute und 14 Sekunden), das 95. Perzentil auf 1 Stunde, 36 Minuten und 20 Sekunden (+2 Minuten und 11 Sekunden). Damit wurde die langjährige Entwicklung steigender **Prähospitalzeiten** fortgesetzt und ein neuer Höchststand erreicht. Bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung stieg der Median (+66 Sekunden) auf 51 Minuten und 4 Sekunden, das 95. Perzentil (+32 Sekunden) auf 1 Stunde, 23 Minuten und 40 Sekunden. Wie in den Vorjahren waren die **Prähospitalzeiten** insbesondere bei Einsätzen mit Nachforderung notärztlich besetzter Rettungsmittel auffällig lange. Der Unterschied der **Prähospitalzeit** gegenüber primärer Alarmierung betrug im Median etwa 20 Minuten, sowohl bodengebunden als auch luftgestützt. Damit lässt sich zumindest teilweise die deutlich längere **Prähospitalzeit** bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung erklären. Ein zusätzlicher Faktor kann die Wartezeit des RTW auf das Eintreffen des notarztbesetzten Rettungsmittels sein. Eine stärkere notärztliche Beteiligung an Einsätzen mit einer höheren Erkrankungs- oder Verletzungsschwere – ausgedrückt durch höhere M-NACA-Scores – spricht dafür, dass auch aufwendigere Behandlungen vor Ort zu einer längeren **Prähospitalzeit** bei Notarztbeteiligung beigetragen haben.



Dispositionsqualität: Richtig eingeschätzt?

Zeitliche Aspekte sind für viele Notfallereignisse ebenso von Bedeutung wie organisatorische und medizinische Belange. Für die Leitstellen existieren daher verschiedene Qualitätsindikatoren, die Aspekte der Dispositionsqualität abbilden. Die Ermittlung der **richtigen Einsatzindikation** wurde in einigen Punkten überarbeitet, das Ergebnis des Datenjahres 2025 lag mit nahezu 76 % etwa 2 % oberhalb des Vorjahreswertes. Wie in den Vorjahren ist darauf hinzuweisen, dass es zwischen der initialen Einschätzung der Leitstelle und dem Eintreffen der Rettungsmittel an der Einsatzstelle zu Änderungen des Patientenzustands kommen kann, sodass ein Ergebnis nahe an oder von 100 % sehr unwahrscheinlich ist.

In nahezu allen Rettungsdienstbereichen hat sich die **Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel** im Vergleich zum Vorjahr erhöht, auf Landesebene um exakt 4 % auf nun 26 %. Erstmals kam für das gesamte Berichtsjahr der neue Notarztindikationskatalog Baden-Württembergs zur Anwendung, der – möglicherweise gemeinsam mit erweiterten Kompetenzen der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter – zu einer etwas geringeren initialen Notarztentsendung geführt haben könnte.

Im Zusammenhang hierzu steht auch die Entwicklung der **Notarztindikation** anhand des M-NACA-Scores, bei der bei einem Wert von mindestens 4 von einem indizierten Notarzteinsatz ausgegangen wird. Das Ergebnis hat sich auf 71 % verbessert, wobei auch hier verschiedene Anpassungen der Rechenregeln die unmittelbare Vergleichbarkeit mit den Vorjahren einschränken. Durch die bereits benannte Kompetenzstärkung, die Einsatzspektrum und Behandlungsmöglichkeiten von RTW ohne Notarztbeteiligung erweitert, können Fälle mit einem M-NACA von 4 zunehmend auch ohne Notarztbeteiligung versorgt werden. Eine Überarbeitung des Indikators wurde daher bereits begonnen.



Diagnostik und Monitoring: An alles gedacht?

Wie in den Vorjahren konnten auch für das Datenjahr 2025 für einige notärztliche Indikatoren nur Fälle berücksichtigt werden, in denen der Transport notärztlich begleitet wurde, da in den übrigen Fällen die Abschlussbefunde aufgrund von Softwareproblemen nicht exportiert wurden. Während im letzten Jahr über eine erfreuliche Verbesserung der Kapnometrie-Indikatoren durch die Fehlerbeseitigung weiterer Exportprobleme zumindest bei einer Dokumentationslösung berichtet werden konnte, setzte sich diese Tendenz für das Datenjahr 2025 nicht fort und bei nach wie vor existierenden Exportfehlern war die Validität der Kapnometrie-Indikatoren weiterhin eingeschränkt. Gegenüber dem Vorjahr stieg das Ergebnis des Indikators **Kapnometrie bzw. Kapnografie bei Atemwegssicherung** leicht auf 95,4 % (+0,5 %).

Das Ergebnis des Indikators **Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** hat zwar erstmals die 90 %-Hürde überschritten (90,2 %), die Verbesserung gegenüber 2024 war jedoch mit 0,4 % nicht sehr ausgeprägt. Weiterhin war ein fehlendes EKG die häufigste Einzelmaßnahme, die zur Nicht-Erfüllung des Indikators beigetragen hat.

Auch der Indikator **Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten**, der nur für Einsätze ohne notärztliche Beteiligung ermittelt wird, hat mit 91 % ebenfalls erstmals die 90 %-Hürde überschritten. Allerdings wirkte sich hier ebenfalls ein Exportproblem (fehlender Export einer dokumentierten Pulsfrequenz) eines Dokumentationssystems negativ auf das Indikatorergebnis aus, sodass das tatsächliche Ergebnis eher unterschätzt wurde. Aufgrund einer umfangreichen inhaltlichen Überarbeitung des Indikators wird dieser in der vorliegenden Form letztmals bewertet.

Im Vergleich zu 2024 wurde eine **Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung** sowohl bei Notarzteinsätzen als auch bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung fast gleich häufig durchgeführt. Nach wie vor besteht ein deutlicher Unterschied zwischen Einsätzen mit bzw. ohne Notarztbeteiligung. Die Ergebnisse lagen bei 87,2 % (-0,5 %) bzw. 79,2 % (+0,3 %). Analog zum letzten Jahr war bei Notarzteinsätzen eine seltenere **Blutzuckermessung** bei Fällen mit geringerem GCS auffällig. Bewusstseinsgetrübte Kinder bis 10 Jahre wurden bei Einsätzen mit wie ohne Notarztbeteiligung erheblich seltener mit einer **Blutzuckermessung** versehen als alle darüberliegenden Altersgruppen. Bei Notarzteinsätzen findet sich fast eine Halbierung, bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung fast eine um den Faktor 4 reduzierte Häufigkeit. Die in dieser Altersgruppe am häufigsten gestellte Diagnose Fieberkrampf bietet offensichtlich eine ausreichende Erklärung für die Ursache der Bewusstlosigkeit, sodass eine **Blutzuckermessung** entbehrlich scheint. Auch hier werden Bewertungen des Indikatorergebnisses deutlich erschwert durch ein Exportproblem, bei dem ggf. vorhandene Werte aus dem Einsatzverlauf nicht übermittelt wurden.



Versorgung und Transport: Rundum optimal versorgt?

Auch für das Datenjahr 2025 konnten aufgrund weiterhin nicht behobener Abweichungen von der MIND-Konformität bei verschiedenen Dokumentationssystemen für notärztliche Indikatoren zum geeigneten Transportziel nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt werden.

Aufgrund mehrerer Ursachen wurde der Indikator **Leitliniengerechte Versorgung: ST-Hebungsinfarkt** in zwei neue Indikatoren aufgeteilt, deren Grundgesamtheiten sich teilweise vom bisherigen Indikator unterscheiden (siehe hierzu auch Kapitel 2.5 ff.). Beim neuen Indikator **12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz** wirkte sich erwartungsgemäß das nach wie vor nicht beseitigte Problem einer Dokumentationslösung (Dokumentationsmöglichkeit eines 12-Kanal-EKG in der Bedienoberfläche

nur schwer auffindbar) negativ aus. Der Indikator wurde daher nur in 69,5 % der Fälle erfüllt. Die für den Indikator **ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt** erforderliche Applikation von Acetylsalicylsäure wurde in nur knapp 81 % der übermittelten ST-Hebungsinfarkte dokumentiert, hierfür gibt es aktuell keine schlüssige Erklärung. Eine **Prähospitalzeit bis maximal 60 Minuten** bei ST-Hebungsinfarkt wurde in nur 68 % der Fälle und damit etwas seltener als im Vorjahr erreicht. Das Indikatorziel wurde bei Primäralarmierung des notarztbesetzten Rettungsmittels in 34 % der Fälle häufiger erreicht gegenüber Fällen mit Notarznachforderung. Über 99 % der Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt wurden primär in ein für die Weiterversorgung geeignetes Krankenhaus eingeliefert, dabei erfolgte eine **Klinikanmeldung** in 98,4 % der Transporte.

Bei der **leitliniengerechten Versorgung von Polytraumatisierten oder Schwerverletzten** zeigte sich ein ähnliches Bild wie im Vorjahr. Das Indikatorziel wurde in drei Viertel der Fälle erreicht, was einer geringen Verschlechterung gegenüber dem Vorjahr um -0,8 % entspricht. Auch hier sind Verfälschungen des Ergebnisses durch Exportprobleme nicht auszuschließen, siehe hierzu Kapitel 2.5.19.2. Am häufigsten führte eine fehlende Atemwegssicherung zur Nichterfüllung des Indikators. Mit einem Erreichungsgrad von nur knapp 39 % und damit einer Verschlechterung gegenüber dem Vorjahr um 10 Prozentpunkte wurde bei der Einhaltung einer **Prähospitalzeit von maximal 60 Minuten** ein neuer Tiefststand im Vergleich der letzten fünf Jahre erreicht. Die bei dieser Patientengruppe kleinen Fallzahlen haben zufallsbedingte Schwankungen einerseits im Zeitverlauf, andererseits im Vergleich zwischen den Rettungsdienstbereichen zur Folge. Bei dieser **Prähospitalzeit** führte die Nachforderung eines notarztbesetzten Rettungsmittels zu einer Halbierung des Erreichungsgrades. Fast 94 % der Patientinnen und Patienten, bei denen bei Polytrauma bzw. schwerer Verletzung eine vitale Gefährdung vorlag, wurden in eine geeignete Zielklinik transportiert, eine **Anmeldung** erfolgte dabei in etwas über 96 % der Fälle.

Die Indikatoren für das akute zentral-neurologische Defizit werden sowohl für Notarzteinsätze als auch für Einsätze ohne Notarztbeteiligung ermittelt. Bei der **leitliniengerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt/TIA, ICB oder SAB** wurden die Rechenregeln für das Datenjahr 2025 angepasst: Eine Verschiebung der Grenze für die Sauerstoffsättigung, ab der eine Sauerstoffgabe im Sinne des Indikators erforderlich ist, führte zu einer deutlichen Veränderung des Indikatorergebnisses im Vergleich zum Datenjahr 2024. Bei Notarzteinsätzen ist dieses um 10,5 % auf 78,5 % gestiegen, bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung um 8,6 % auf 62,2 %. Die Erreichung einer **Prähospitalzeit von maximal 60 Minuten** gelang zwar deutlich häufiger als beim Polytrauma, aber mit knapp 63 % bei Notarzteinsätzen und 71 % bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung trotzdem seltener als im Vorjahr (-1,6 % bzw. -0,4 %). Auch hier führte eine Notarznachforderung mindestens zu einer Halbierung des Erreichungsgrades. Eine für das Krankheitsbild geeignete Zielklinik wurde mit Notarztbeteiligung in 95 %, ohne in 97,6 % der Fälle angesteuert. Diese Ergebnisse lagen jeweils 1,7 % bzw. 0,5 % unter denen des Vorjahres. Angemeldet wurden dabei fast 96 % der Transporte.

Beim Indikator **leitliniengerechte Versorgung bei Atemnot** wurden für das Datenjahr 2025 ebenfalls inhaltliche Anpassungen mit Verschiebungen der Grenzen für eine geforderte Sauerstoffgabe in bestimmten Konstellationen vorgenommen (siehe Kapitel 2.5.11), wodurch die Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr eingeschränkt ist. Das Ergebnis für Notarzteinsätze lag mit 82,1 % exakt auf dem Niveau des Vorjahres, das für Einsätze ohne Notarztbeteiligung hat sich um 1,8 % auf 72,3 % verbessert. Dies ging einher mit einer Reduktion der Fallzahl für notärztliche Einsätze um ca. 6.300 und einem Anstieg der Fallzahl für Einsätze ohne Notarztbeteiligung in vergleichbarer Größenordnung. Häufigste Gründe für die Nicht-Erfüllung waren fehlende Temperaturmessung und eine fehlende Sauerstoffgabe (Einsätze mit Notarztbeteiligung) bzw. eine fehlende Temperaturmessung und unvollständiges Standardmonitoring (Einsätze ohne notärztliche Beteiligung).

Bei der Sepsis wurde das Ziel einer **Prähospitalzeit in maximal 60 Minuten** in nur knapp 43 % bei Einsätzen mit und in nur etwas mehr als 48 % bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung erreicht. Der Erreichungsgrad hat demnach in der ersten Gruppe um 5,6 % und in der zweiten Gruppe um 0,5 % abgenommen. Hier ist –

ähnlich wie beim Polytrauma – der Einfluss einzelner Ereignisse bei insgesamt kleinen Fallzahlen deutlich ausgeprägter als bei anderen Indikatoren, was sich beispielsweise bei der Notarztnachforderung zeigt: Bei Fällen mit primärer Alarmierung des notärztlich besetzten Rettungsmittels wurde die Zielklinik mehr als dreimal so oft innerhalb einer Stunde erreicht als dies bei Notarztnachforderungen der Fall war. Die Verbesserung der Sensibilität des rettungsdienstlichen Personals in Bezug auf die Diagnosestellung hat sich unterschiedlich entwickelt: Bei Notarztbeteiligung ist die Fallzahl gegenüber dem Vorjahr um 6 % gesunken, bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung um 16 % gestiegen. Einschränkend muss erwähnt werden, dass diese präklinische Diagnose nicht durch eine korrespondierende Diagnosebestätigung durch die Klinik abgesichert werden kann. Die Diagnose der Klinik könnte durchaus dazu führen, dass manche präklinisch als Sepsis eingestufte Diagnosen revidiert werden müssen (und umgekehrt). Dies trifft prinzipiell für fast alle Diagnosen in der präklinischen Notfallmedizin zu, hat aber auf das Ergebnis dieses Indikators eine potenziell besonders starke Auswirkung. Patientinnen und Patienten mit Sepsis wurden in fast 94 % aller Transporte in der Zielklinik angemeldet.

Der Anteil von **Herz-Kreislauf-Stillständen** bei Notarzteinsätzen in Baden-Württemberg ist um fast 1 % auf 6,6 % angestiegen. Die Quote durchgeführter Reanimationen lag mit 42,8 % in etwa auf dem Niveau des Vorjahres. Vervollständigt wird das Set der Qualitätsindikatoren im Berichtsjahr 2025 erstmals durch die Darstellung der **Reanimationserkennung**. Der Indikator stellt den Anteil der Reanimationssituationen dar, den die Leitstellen bereits bei der initialen Rettungsmittelentsendung ausweislich des Einsatzstichworts als Reanimationssituation erkannt haben. Während der Landeswert bei nahezu 65 % liegt, gibt es zwischen den einzelnen Leitstellen erhebliche Unterschiede in den Ergebnissen der **Reanimationserkennung**. Eine Kapnometrie, die neben der Bestätigung der korrekten Tubuslage auch zur Beurteilung der Qualität der Reanimationsmaßnahmen und zum Auftreten eines ROSC beitragen kann, wurde mit fast 95 % deutlich häufiger dokumentiert als im Vorjahr. Allerdings wurde hier eine Anpassung der Grundgesamtheit vorgenommen, sodass nur Fälle mit Hinweisen auf eine durchgeführte Beatmung eingeschlossen wurden. Die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit denen der Vorjahre wird dadurch deutlich eingeschränkt. Eine ROSC-Rate von 33,8 % zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme verdeutlicht die Schwierigkeit, einen Herz-Kreislauf-Stillstand erfolgreich zu behandeln. Dass es hier günstige und ungünstige Ausgangsvoraussetzungen gibt, wird belegt durch die Unterauswertung, in der ein ROSC in Abhängigkeit vom ursprünglichen EKG-Befund dargestellt wird: Bei Kammerflimmern als Erst-rhythmus war die Wahrscheinlichkeit für das Erreichen von ROSC 1,6-mal so hoch ist wie bei einer pulslosen elektrischen Aktivität (36 %) und viermal so hoch wie bei initialer Asystolie (14,4 %). Von allen Tracerdiagnosen ist der Anteil einer **Prähospitalzeit unter einer Stunde** beim Herz-Kreislauf-Stillstand mit 37,0 % am geringsten. Im Vergleich zu anderen Tracerdiagnosen ist allerdings die Vor-Ort-Zeit bei Herz-Kreislauf-Stillstand verlängert. Dies erklärt auch den eher geringen Unterschied des Indikatorergebnisses im Vergleich von Fällen mit Notarztnachforderung (25,6 %) versus ohne Notarztnachforderung (38,8 %) im Gegensatz zu anderen Tracerdiagnosen, da sich die zusätzliche Verlängerung der **Prähospitalzeit** durch eine Notarztnachforderung hier nicht so stark auswirkt. Der Anteil von Notarztnachforderungen an allen Einsätzen mit Herz-Kreislauf-Stillstand ist allerdings auch erheblich geringer als bei anderen Tracerdiagnosen. Eine **Klinikanmeldung** erfolgte in 96,7 % aller Transporte.

Beim Indikator **Schmerzreduktion** wurden Fälle mit ST-Hebungsinfarkt und akutem Koronarsyndrom aufgrund von Leitlinienanpassungen aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen. Dies führte bei Notarzteinsätzen fast zu einer Halbierung der Grundgesamtheit und zu einer Einschränkung der Vergleichbarkeit mit den Vorjahren. Das Ergebnis lag bei Notarzteinsätzen mit 92,7 % fast auf dem Vorjahresniveau (-0,3 %) und stieg bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung um 8,8 % auf 63,8 %. Damit war der Anstieg hier nicht mehr so deutlich ausgeprägt wie in den Vorjahren, aber nach wie vor als Ausdruck der zunehmenden Kompetenzstärkung und -erweiterung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern zu werten. Immer noch klar erkennbar war bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung ein deutlicher Unterschied zwischen einzelnen Rettungsdienstbereichen mit einer Varianz zwischen 46 % und etwas über 84 %.

Zusammenfassung der Ergebnisse des Gestuften Dialogs 2024

Der Gestufte Dialog für das Datenjahr 2024 wurde Ende des Kalenderjahres 2025 abgeschlossen. Wie im Vorjahr umfasste der Gestufte Dialog 2024 fünf notärztliche und einen rettungsdienstlichen Versorgungsindikator, zwei zeitbasierte Leitstellen-Indikatoren sowie die **Ausrückzeit** (bodengebundene Notarztstandorte, Rettungswachen und erstmals Luftrettungsstationen) und die **Vollzähligkeit** (Notarztstandorte und Rettungswachen).

Von 334 eröffneten Dialogen zu notärztlichen Versorgungsindikatoren wurden 276 Hinweise verschickt und 58 Stellungnahmen angefordert. In 27 Stellungnahmen wurden Dokumentationsmängel identifiziert. Der Anteil der Dialoge mit auffälliger Dokumentationsqualität lag damit nur geringfügig unter dem Vorjahresniveau von 50 %. Wie im Vorjahr waren die Dokumentationsmängel ganz überwiegend in einer falschen Datenerfassung/Dokumentation begründet. Hinweise auf andere Auffälligkeiten der Qualität gingen aus 24 Stellungnahmen hervor, wobei hier größtenteils Prozessmängel, teilweise organisatorische Mängel oder eine Kombination mehrerer Ursachen festgestellt wurden. Bei sieben Stellungnahmen wurde die Qualität trotz rechnerisch auffälligem Ergebnis als unauffällig bewertet, was wie in den Vorjahren hauptsächlich an Einzelfällen lag, in denen begründet von der üblichen Vorgehensweise abgewichen wurde.

Zur **Vollzähligkeit der Datenlieferung** wurden Stellungnahmen von 15 Notarztstandorten angefordert und es zeigte sich überwiegend eine falsche Datenerfassung/Dokumentation.

Aus den 32 angeforderten Stellungnahmen zur **Ausrückzeit** bodengebundener Notarztstandorte ergaben sich wie im Vorjahr hauptsächlich räumliche/bauliche und organisatorische Mängel. Erstmals wurden auch drei Stellungnahmen zur **Ausrückzeit** von Luftrettungsstationen angefordert. Diese führten zu der Erkenntnis, dass die Datenqualität insbesondere bei bereichsübergreifenden Einsätzen aufgrund verschiedener Faktoren unzureichend und dadurch die Validität der Ergebnisse stark eingeschränkt ist.

In zehn Dialogen wurden mit neun Notarztstandorten Zielvereinbarungen geschlossen. Die Ergebnisse von Standorten, mit denen in den Vorjahren Zielvereinbarungen geschlossen worden waren, hatten sich überwiegend verbessert. Ein Notarztstandort wurde aufgrund wiederholt nicht erfüllter Zielvereinbarungen gegenüber den Gremien benannt.

Zum Indikator **Primärer Transport in geeignete Klinik: akutes zentral-neurologisches Defizit** für Fälle ohne Notarztbeteiligung wurden 85 Dialoge eröffnet. In den fünf angeforderten Stellungnahmen wurde überwiegend eine falsche Datenerfassung/Dokumentation als Ursache für das auffällige Indikatorergebnis genannt, seltener waren Prozessmängel und Softwarefehler.

Von 34 Rettungswachen wurden Stellungnahmen zur **Vollzähligkeit der Datenlieferung** angefordert. Wie bei den Notarztstandorten wurde eine falsche Datenerfassung/Dokumentation führend als Ursache genannt.

Zur **Ausrückzeit** wurde von 20 Rettungswachen eine Stellungnahme angefordert. Überwiegend waren räumlich/bauliche Mängel verantwortlich für die auffälligen Indikatorergebnisse.

Mit fünf Rettungswachen wurden Zielvereinbarungen geschlossen. Beide Zielvereinbarungen mit Rettungswachen aus dem Gestuften Dialog 2023 waren im Folgejahr bereits erfüllt.

Zur **Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen** wurden sieben Stellungnahmen angefordert, aus denen überwiegend Hinweise auf Strukturmängel hervorgingen. Von den acht Stellungnahmen zur **Erstbearbeitungszeit** zeigten sich bei der Hälfte Prozessmängel, bei zwei Leitstellen organisatorische und in einem Fall strukturelle Mängel sowie bei einer Leitstelle eine Kombination mehrerer Faktoren.

Kapitel 1

Basisinformationen

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg

1.1 Allgemeine Kennzahlen

Neben Informationen zu den Qualitätsindikatoren und zum Gestuften Dialog werden im Qualitätsbericht wie in der Vergangenheit auch Informationen zum Einsatzgeschehen sowie zur Datengrundlage der Auswertungen dargestellt.

In Baden-Württemberg sind notarztbesetzte Rettungsmittel weit überwiegend NEF, ergänzt um die Luftrettung. An wenigen Standorten kommen NAW und NASF zum Einsatz. Sofern in diesem Bericht nicht anders angegeben, werden in den nachfolgenden Kapiteln Begrifflichkeiten wie „notarztbesetztes Rettungsmittel“, „notärztlich besetztes Rettungsmittel“, „notärztlich“ in anderen Zusammenhängen, „Notärztin/Notarzt“, „Notarztbeteiligung“ u. ä. zusammenfassend für alle genannten Einsatzmittel verwendet. Dies gilt für Einsatzmittel der Primärrettung, notarztbesetzte ITW sind daher von diesem Hinweis nicht betroffen.

1.1.1 Leistungszahlen

Dieses Unterkapitel zeigt zunächst einen Gesamtüberblick über die Leistungen des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg für das Jahr 2025. Die danach folgenden Unterkapitel beschäftigen sich mit der inhaltlichen Datenqualität der einzelnen Datenquellen und beinhalten Aussagen zur Vollständigkeit und Verknüpfbarkeit. Jahresspezifische Besonderheiten bei der Datenzusammensetzung können dazu führen, dass die Vergleichbarkeit der Daten erschwert oder verunmöglicht wird. Daher sind in den vergangenen Qualitätsberichten keine Vergleiche mit den Leistungszahlen der Vorjahre aufgeführt. Dieses Prinzip findet sich auch in diesem Bericht in den nachfolgenden Tabellen wieder. Die Entwicklung der Leistungszahlen im Verlauf der letzten fünf Jahre zeigt allerdings in Einzelsegmenten sehr bemerkenswerte Verläufe. Daher enthält dieser Bericht trotz der erwähnten Einschränkungen in der Vergleichbarkeit am Ende des folgenden Unterkapitels ein paar Anmerkungen, die diese Verläufe nachvollziehbar machen.

Folgende Bedingungen werden für die Ermittlung der Leistungszahlen berücksichtigt:

- Rettungsmittel ist KTW, RTW oder notarztbesetzt
- Rettungsmittel ist ausgerückt, hat also mindestens einen auftragsbezogenen Status
- Datensatz ist eindeutig für das Rettungsmittel und die Auftragsnummer
- Datensatz ist kein Dummy (wie z. B. für Desinfektionen oder Probealarme)

Besonders wird darauf hingewiesen, dass es bei (situativer) Anwendung des Kompaktsystems (NAW) zu Abgrenzungsproblemen zwischen den Kategorien „notarztbesetztes Rettungsmittel“ und „Rettungswagen“ kommen kann und dass sich Auswertungen Dritter zum Einsatzaufkommen aufgrund unterschiedlicher Zielsetzungen von den bereichsbezogenen Darstellungen in diesem Bericht unterscheiden können.

Bei der Zählung von Einsätzen sind grundsätzlich zwei unterschiedliche Zählweisen von Bedeutung, die einsatzbezogene und die auftragsbezogene Zählung. Ein Rettungsdiensteinsatz beschreibt üblicherweise ein Notfallgeschehen an einem Einsatzort. Dabei können in seltenen Fällen mehrere Patientinnen/Patienten betroffen sein, in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle handelt es sich jedoch um Einzelpersonen. An einem Notfalleinsatz können ein Rettungsmittel (in etwa drei Viertel der Notfalleinsätze RTW alleine) oder mehrere Rettungsmittel beteiligt sein (ca. ein Viertel, üblicherweise RTW und notarztbesetztes Rettungsmittel). Alle an einem Einsatz beteiligten Rettungsmittel werden unter derselben Einsatznummer geführt, jedes Rettungsmittel und jede Patientin bzw. jeder Patient erhält aber eine eigene Auftragsnummer. Daraus ergeben sich prinzipiell unterschiedliche Ergebnisse bei der Zählung, dies muss bei der Interpretation der Zahlen berücksichtigt werden.

Grundsätzlich sind die Hinweise zur Datenqualität der Leitstellendaten auch bei der Interpretation der Leistungszahlen zu beachten. Die Angaben zu den Leistungszahlen der KTW sind um etwa 46.000 Fälle (Aufträge) zu gering (siehe Kapitel 1.1.2).

Nachfolgend finden sich die einsatzbezogenen Leistungszahlen aller Rettungsmittel, die Einsätze innerhalb Baden-Württembergs durchgeführt haben. Diese Zahl bezieht alle Rettungsmittel unabhängig von deren Herkunft ein und umfasst auch Rettungsmittel aus benachbarten Staaten und Bundesländern.

Rettungsmittel	Anzahl	Anteil (%)
notarztbesetzte Rettungsmittel	244.194	11,8
Rettungswagen	1.148.185	55,5
<i>davon mit Notarztbeteiligung</i>	<i>233.729</i>	<i>11,3</i>
<i>davon ohne Notarztbeteiligung</i>	<i>914.456</i>	<i>44,2</i>
Krankentransportwagen	926.764	44,8

Tabelle 1: Leistungszahlen von Einsätzen innerhalb Baden-Württembergs

Hinweis: Die Grundgesamtheit dieser Auswertung (n = 2.067.960) repräsentiert alle durch Leitstellen in Baden-Württemberg ausgelösten Einsätze. Da mehrere Rettungsmittel an einem Einsatz beteiligt sein können, setzt sich die Gesamtzahl an Einsätzen nicht aus der Summe der Anzahlen einzelner Rettungsmittel zusammen.

1.1.1.1 Bodengebundener Rettungsdienst

Betrachtet man die Leistungszahlen der Rettungsmittel, die aus Baden-Württemberg stammen und in Baden-Württemberg zum Einsatz kamen, können durch den Vergleich auftragsbezogener und einsatzbezogener Fallzahlen Rückschlüsse auf gemeinsame Einsätze verschiedener Rettungsmittel gezogen werden.

Rettungsmittel	Anzahl	Anteil (%)
notarztbesetzte Rettungsmittel	242.370	11,3
Rettungswagen	1.160.889	54,2
Krankentransportwagen	977.061	45,6

Tabelle 2: einsatzbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsdienst – Rettungsmittel aus Baden-Württemberg

Anhand der Informationen aus Tabelle 1 sowie durch den Vergleich der einsatzbezogenen und auftragsbezogenen Leistungszahlen (siehe Tabellen 2 und 3) lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

- Bei den meisten Einsätzen wurde nur ein Rettungsmittel desselben Typs disponiert.
- Bei KTW-Einsätzen kamen diese in aller Regel alleine zum Einsatz, bei RTW-Einsätzen war dies in rund 80 % der Fall. Einsätze mit mehreren Rettungsmitteln des gleichen Typs waren sehr selten.
- Mehrere bodengebundene notarztbesetzte Rettungsmittel waren wie in der Vergangenheit an knapp 1 % der Einsätze beteiligt, mehrere RTW an etwa 2,6 %.

Hinweis: Die Differenz zwischen den RTW-Einsätzen mit Notarztbeteiligung und den Notarzteinsätzen erklärt sich einerseits dadurch, dass NAW alleine zum Einsatz kommen, und andererseits, dass NEF/NASF alleine Einsätze in benachbarten Staaten und Bundesländern übernehmen können (gemeinsam mit dort stationierten RTW, die in den baden-württembergischen Leitstellendaten nicht vorkommen).

Die weiteren Leistungszahlen in diesem Kapitel werden auftragsbezogen dargestellt. Die Tabellen 3 und 4 enthalten Gesamtwerte des baden-württembergischen Rettungsdienstes. Der Vergleich beider Tabellen zeigt, dass bodengebundene Rettungsmittel aus Baden-Württemberg rund 112.000-mal bzw. in etwa 4,6 % der Fälle für andere Rettungsdienstbereiche, Staaten oder Bundesländer im Einsatz waren. Anteilig betraf dies

- NEF, NAW und NASF in 5,0 %,
- RTW in 3,8 % und
- KTW in 5,5 % der Fälle.

Rettungsmittel	Anzahl	Anteil (%)
notarztbesetzte Rettungsmittel	244.648	10,0
<i>davon NASF</i>	<i>1.788</i>	<i>0,1</i>
<i>davon NEF</i>	<i>239.384</i>	<i>9,8</i>
<i>davon NAW</i>	<i>3.476</i>	<i>0,1</i>
Rettungswagen	1.191.364	48,9
<i>davon mit Sondersignal</i>	<i>751.941</i>	<i>30,9</i>
Krankentransportwagen	1.001.008	41,1
gesamt, bodengebunden	2.437.020	99,7
gesamt, Luftrettung	7.710	0,3

Tabelle 3: auftragsbezogene Leistungszahlen Rettungsmittel aus Baden-Württemberg

Rettungsmittel	Anzahl	Anteil (%)
notarztbesetzte Rettungsmittel	232.327	10,0
<i>davon NASF</i>	<i>1.738</i>	<i>0,1</i>
<i>davon NEF</i>	<i>227.223</i>	<i>9,8</i>
<i>davon NAW</i>	<i>3.366</i>	<i>0,1</i>
Rettungswagen	1.146.664	49,3
<i>davon mit Sondersignal</i>	<i>712.801</i>	<i>30,7</i>
Krankentransportwagen	946.405	40,7
gesamt	2.325.396	100,0

Tabelle 4: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel aus Baden-Württemberg innerhalb des eigenen Rettungsdienstbereichs

Tabelle 5 zeigt die Verteilung der Einsatzarten (Primär- versus Sekundäreinsatz) beim bodengebundenen Rettungsdienst. Die Darstellung ist auftragsbezogen, jedes an einem Einsatz beteiligte Fahrzeug wird separat gezählt. Etwa 49.000 Verlegungen wurden demnach durch einen RTW alleine durchgeführt, die notärztlich begleiteten Verlegungsfahrten finden überwiegend gemeinsam durch RTW und NEF statt. KTW haben mit fast der Hälfte den größten Anteil an Verlegungsfahrten bezogen auf das eigene Gesamteinsatzaufkommen, bei NEF und RTW handelt es sich mit jeweils ca. 5 % um eher seltene Ereignisse.

Rettungsmittel	Fallzahl	Anzahl primär	Anteil (%) primär	Anzahl sekundär	Anteil (%) sekundär
notarztbesetzte Rettungsmittel	244.648	232.627	95,1	12.021	4,9
Rettungswagen	1.191.364	1.130.635	94,9	60.729	5,1
Krankentransportwagen	1.001.008	543.002	54,3	458.006	45,8

Tabelle 5: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel aus Baden-Württemberg – Einsatzart

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die monatlichen Schwankungen der Auftragszahlen bodengebundener Rettungsmittel sowohl als Absolut- (rechte Achse) als auch als Relativwerte (linke Achse) in der Jahresbetrachtung. Die Differenz zwischen höchster und niedrigster Einsatzzahl liegt in einer Größenordnung von rund 20.000 Fällen (entsprechend etwa 9 %). Damit sind die Schwankungen deutlich geringer als bei der Betrachtung

tung der tageszeitlichen Verläufe (siehe Abbildungen 4 bis 6). Die höchsten Fallzahlen finden sich wie in den vergangenen Jahren im Januar und Juli. Dies dürfte neben der unterschiedlichen Anzahl an Tagen pro Monat auch durch jahreszeitliche Besonderheiten begründet sein. Im Gegensatz zum Vorjahr, in dem die Monate September und November die aufkommensschwächsten Monate waren, traf dies 2025 auf den Februar und Juni zu. Die Abbildung 2 macht deutlich, dass die monatlichen Schwankungen die unterschiedlichen Rettungsmittel nicht in gleicher Weise beeinflussen: Notarztbesetzte Rettungsmittel hatten im Januar und März die jeweils höchsten Fallzahlen, RTW im Dezember und Januar und KTW im Januar und Juli. Mit einer Differenz von fast 16 % zwischen höchster und niedrigster Einsatzzahl zeigen notarztbesetzte Rettungsmittel eine stärkere Schwankung im Monatsvergleich als RTW und KTW, bei denen die Unterschiede zwischen 12 % und 13 % betrugen.

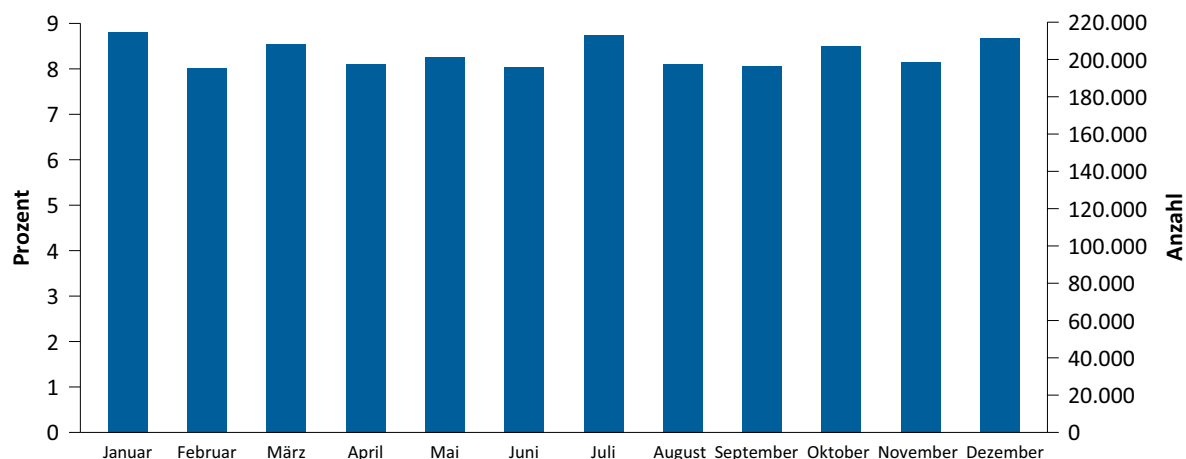


Abbildung 1: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel nach Monat

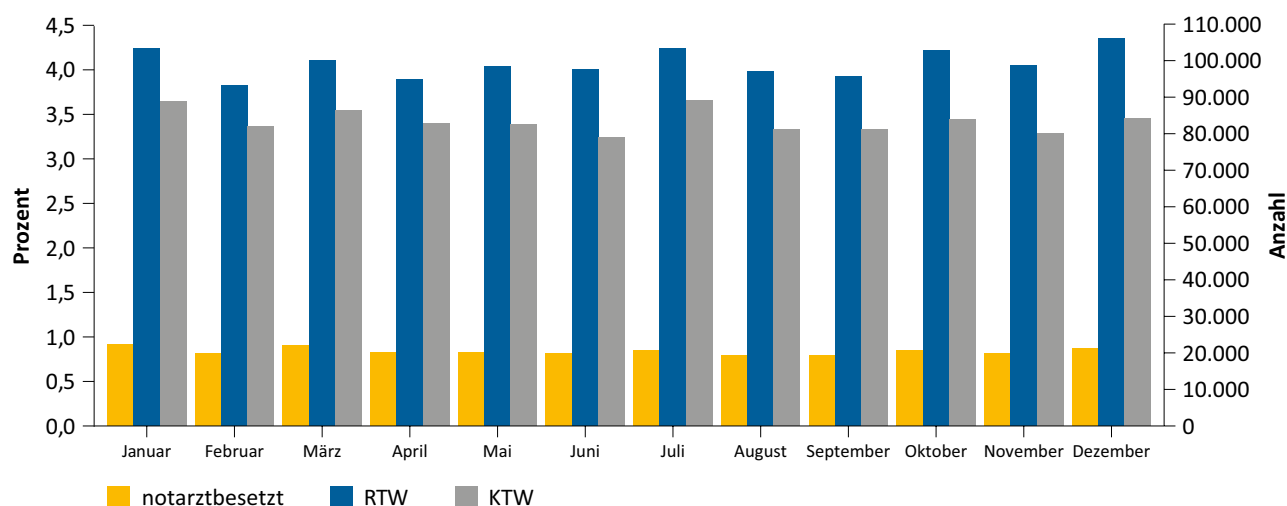
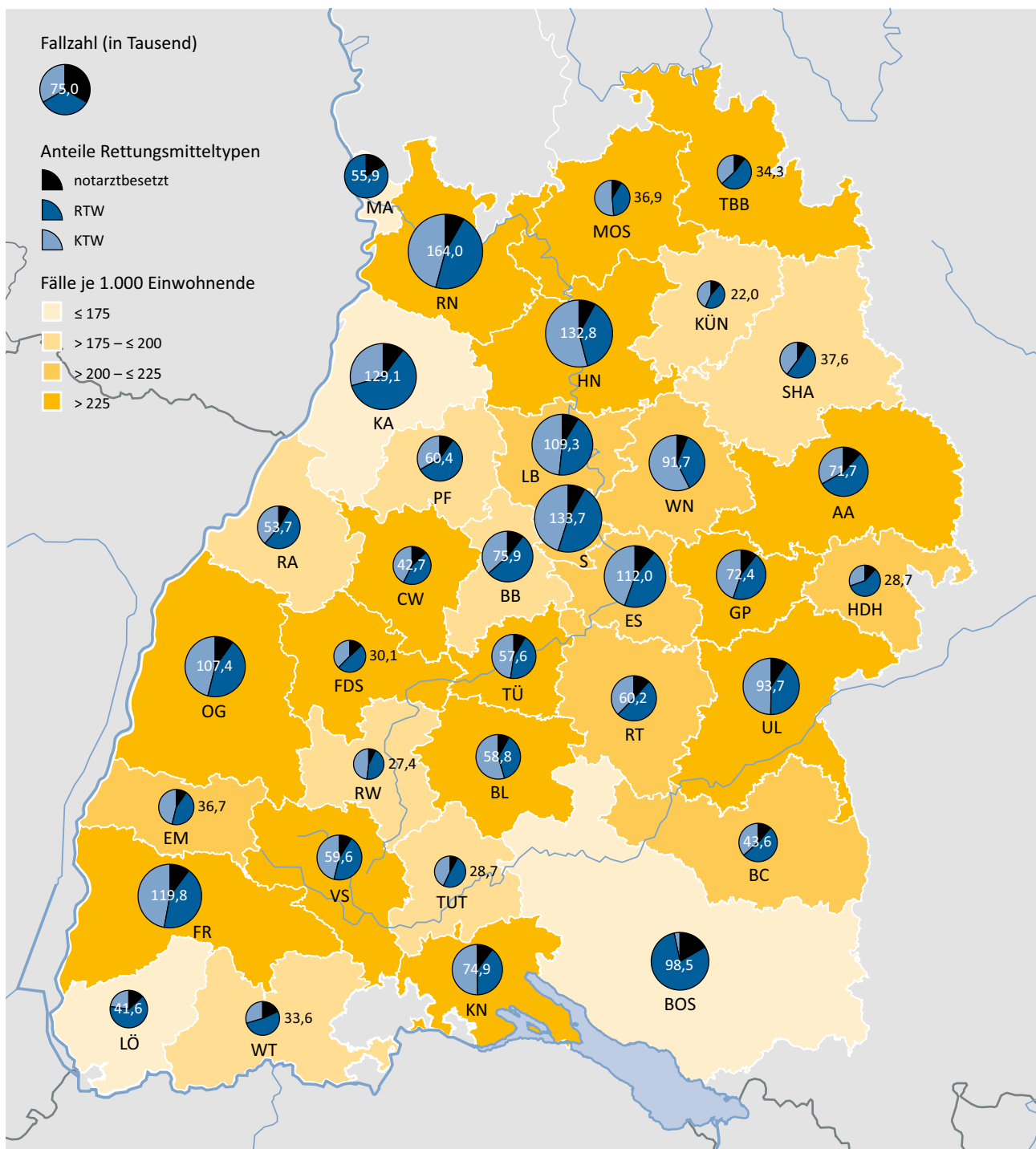


Abbildung 2: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel nach Rettungsmitteltyp und Monat

Betrachtet man Fallzahlen im Vergleich der Rettungsdienstbereiche (siehe Abbildung 3), so sind die meisten Einsätze in den Bereichen mit hohen Bevölkerungszahlen zu finden (Rhein-Neckar, Stuttgart, Heilbronn, Karlsruhe, Freiburg). In 2025 zeigte der Rettungsdienstbereich Bodensee-Oberschwaben, der flächenmäßig größte Rettungsdienstbereich in Baden-Württemberg, ein hohes Auftragsaufkommen. Scheinbar hat sich dieses im Vergleich zum vorausgehenden Jahr um ca. 30.000 Aufträge verringert, was tatsächlich durch die Auslagerung der KTW-Disposition aus dem Einsatzleitsystem der ILS und dem damit nicht mehr einheitlichen und durchgängigen Export an die SQR-BW zu erklären ist (siehe hierzu auch Kapitel 1.1.2). Die Anteile der Rettungsmitteltypen an den Gesamtfallzahlen im bodengebundenen Rettungsdienst waren regional erneut sehr unterschiedlich. Bei notarztbesetzten Rettungsmitteln bewegten sie sich zwischen 6 % und 18 %, bei RTW zwischen 36 % und 64 %

und bei KTW zwischen 23 % und 57 %. Wie üblich wich die Verteilung des Rettungsdienstbereichs Mannheim hiervon ab, da die dortigen KTW durch die benachbarte Leitstelle Rhein-Neckar disponiert werden – dementsprechend fand sich hier ein Anteil der RTW von etwa 84 % und der NEF von rund 16 %. Auch im Rettungsdienstbereich Bodensee-Oberschwaben zeigte sich aus den genannten Gründen der Datenstruktur ein abweichendes Bild. Weder hinsichtlich der absoluten Fallzahlen noch der Anzahl der Einsätze pro 1.000 Einwohnende noch der Rettungsmittelanteile waren gemeinsame Merkmale festzustellen, die beispielsweise Gesetzmäßigkeiten bei der unterschiedlichen Dispositionshäufigkeit einzelner Rettungsmittel erkennen lassen würden. Wie im Vorjahr waren in Rettungsdienstbereichen mit hohen einwohnerbezogenen Auftragszahlen (z. B. Zollernalb, Ulm, Göppingen, Schwarzwald-Baar) diese durch einen hohen Anteil an KTW dominiert, wohingegen bei niedrigem einwohnerbezogenem Auftragsvolumen (Pforzheim, Lörrach, Karlsruhe) RTW deutlich im Vordergrund standen.



Bei Betrachtung der Verteilung der Einsatzhäufigkeiten im Tagesverlauf (siehe Abbildungen 4 bis 6), ist eine ähnliche Verteilung bei RTW und notarztbesetzten Rettungsmitteln erkennbar. Beide Rettungsmitteltypen zeigten ein Maximum in den späten Morgen- und eine leichte Zunahme in den frühen Abendstunden. Zwischen 00:00 und 06:00 Uhr ging das stündliche Aufkommen auf unter 3 % des Gesamtvolumens bezogen auf 24 Stunden zurück mit dem Minimum zwischen 03:00 und 04:00 Uhr für notarztbesetzte Rettungsmittel und zwischen 04:00 und 05:00 Uhr für RTW. Bei KTW war eine eingipfelige Verteilung des Aufkommens mit dem Maximum zwischen 10:00 und 12:00 Uhr, einem stetigen Abfall der stündlichen Häufigkeiten bis 05:00 Uhr morgens und einem sprunghaften Beginn der Fallzahlen ab 06:00 Uhr erkennbar.

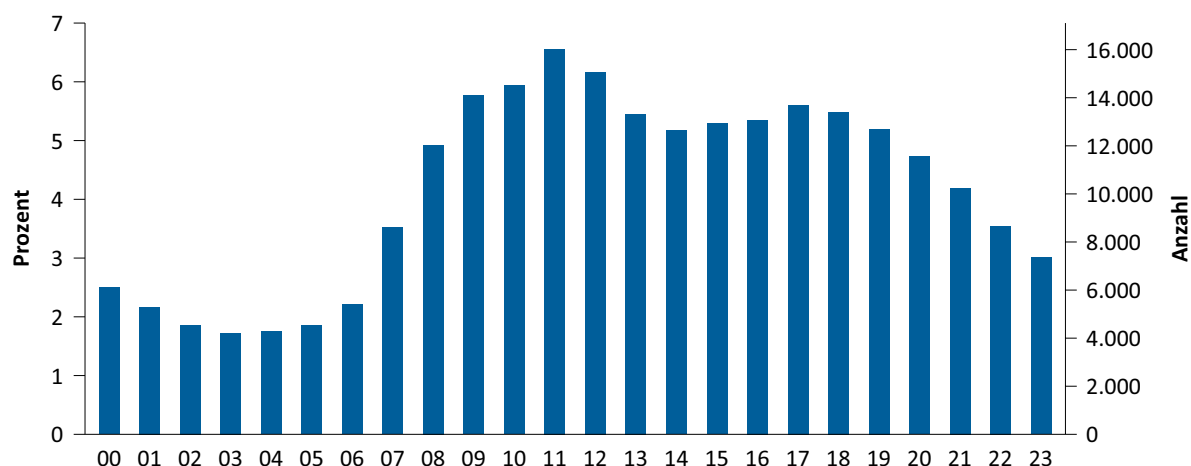


Abbildung 4: auftragsbezogene Leistungszahlen notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Einsatzverteilung – Stundenintervalle

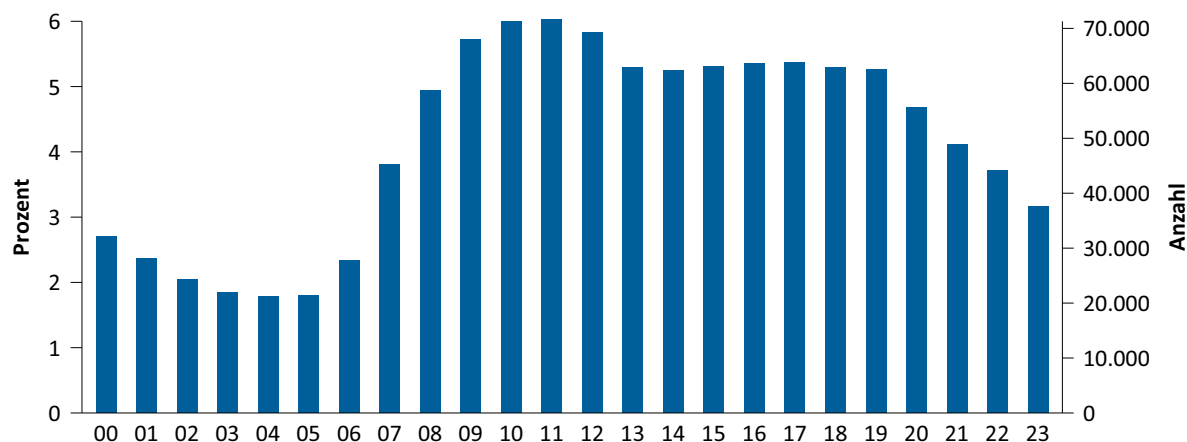


Abbildung 5: auftragsbezogene Leistungszahlen RTW: Einsatzverteilung – Stundenintervalle

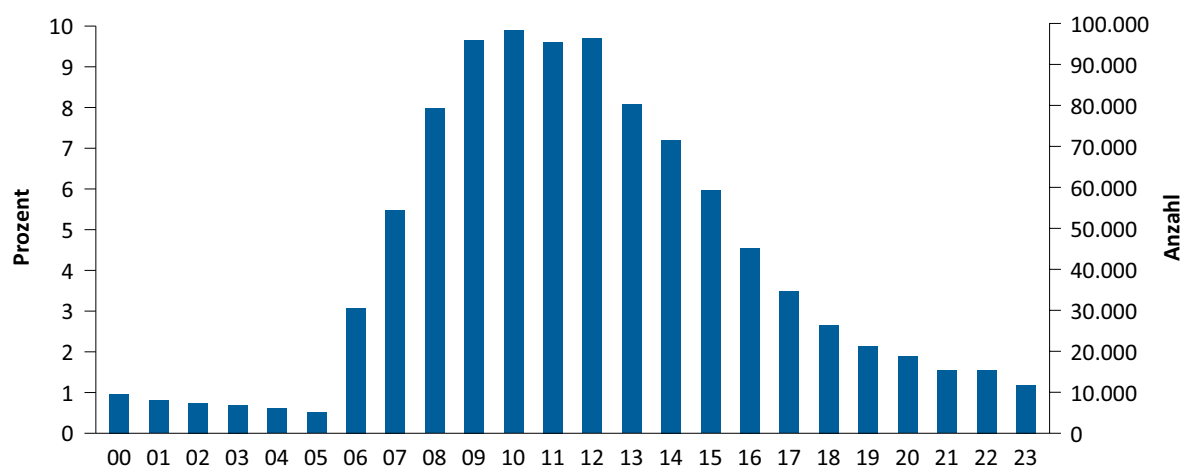


Abbildung 6: auftragsbezogene Leistungszahlen KTW: Einsatzverteilung – Stundenintervalle

Die Entwicklung der auftragsbezogenen Leistungszahlen in den letzten fünf Jahren zeigte, nachdem die Fallzahlen im Jahr 2020 mit dem Beginn der Pandemie abgefallen waren, einen Anstieg auf ein Maximum von fast 2,5 Millionen Fällen im Jahr 2022. Dieses Niveau hat sich in den letzten drei Jahren weitgehend stabilisiert. Zeitlich begrenzte oder länger anhaltende bekannte Probleme mit Datenlieferungen einzelner Standorte oder Leitstellen verhindern jedoch eine belastbare zeitraumvergleichende Aussage zu sehr feinen Entwicklungen des Einsatzgeschehens.

Auch notarztbesetzte bodengebundene Rettungsmittel sind zunächst 2021 und 2022 häufiger eingesetzt worden. Seitdem wies die Entwicklung jedoch eine konstante und deutliche Abwärtsbewegung auf. Zwischen 2022 und 2025 sind die Aufträge notarztbesetzter Rettungsmittel um ca. 26 % zurückgegangen. Hier dürfte sich einerseits die zunehmende Kompetenzstärkung und -erweiterung der Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter auswirken, andererseits erfolgte komplementär hierzu auch die Überarbeitung und Implementierung des Notarztindikationskatalogs in den Jahren 2024 und 2025.

Die Einsatzentwicklung von KTW verhielt sich vergleichbar den Gesamtzahlen mit einem Maximum im Jahr 2022 und einem seitdem annähernd stabilen Niveau mit geringer Tendenz nach unten, wohingegen die Entwicklung der RTW-Fälle nach wie vor eine leicht steigende Form aufwies.

1.1.1.2 Luftrettung

2025 hatten die in Baden-Württemberg derzeit acht aktiven Luftrettungsstationen (davon eine Station mit 24-Stunden-Betrieb), unterstützt durch Helikopter benachbarter Staaten und Bundesländer, insgesamt 11.597 Einsätze, was einem Rückgang von 6 % im Vorjahresvergleich entspricht. Es zeigte sich ein prozentual etwas höherer Rückgang der Sekundäreinsätze, wobei das Verhältnis zwischen Sekundär- und Primäreinsätzen wie im Vorjahr ca. 22 % zu 78 % betrug (siehe Tabelle 6). Während der Rückgang der Einsatzzahlen für fast alle Luftrettungsmittel innerhalb wie außerhalb Baden-Württembergs gleichermaßen zutraf, gab es für Christoph 45 einen gegenläufigen Anstieg um 83 Einsätze (im Vorjahr 888).

Einsatzart	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl 2024	Anteil 2024 (%)
primär	7.490	78,2	8.028	77,7
sekundär	2.084	21,8	2.303	22,3

Tabelle 6: Leistungszahlen Luftrettung

Abbildung 7 sind die Einsatzzahlen der Luftrettungsstationen in Baden-Württemberg und die in Baden-Württemberg durchgeführten Einsätze von Luftrettungsmitteln aus benachbarten Staaten und Bundesländern zu entnehmen. Es handelt sich um alle Einsätze, die durch Leitstellen in Baden-Württemberg disponiert wurden. Die höchsten Einsatzzahlen hatte weiterhin der einzige 24-Stunden-Hubschrauber in Baden-Württemberg, Christoph 11 aus Villingen-Schwenningen, gefolgt von der Station Freiburg. Die geringsten Einsatzzahlen hatten Christoph 41 aus Leonberg und Christoph 51 aus Pattonville. Wie in den Vorjahren flog der letztgenannte anteilig die meisten Sekundäreinsätze. Die Station Villingen-Schwenningen zeigte die größte Zunahme des Anteils von Sekundäreinsätzen und löste damit Christoph 53 in der Rangfolge ab. Mit den jeweils geringsten Anteilen an Sekundärverlegungen zeigten Christoph 41 (12 %) und Christoph 22 (6 %) die stärkste Ausrichtung auf Primäreinsätze.

Rund 1.900-mal haben außerhalb Baden-Württembergs stationierte Luftrettungsmittel Einsätze in Baden-Württemberg übernommen. Mit über 1.300 Fällen stammten diese Luftrettungsmittel zu etwa 72 % aus der Schweiz und mit über 400 Fällen zu mehr als einem Fünftel aus Bayern, während die übrigen 6 % von Luftrettungsmitteln aus Hessen, Rheinland-Pfalz, Liechtenstein und Österreich absolviert wurden. Dabei führten die schweizerischen Luftrettungsstationen mit 27 % den größten Anteil an Sekundärverlegungen durch.

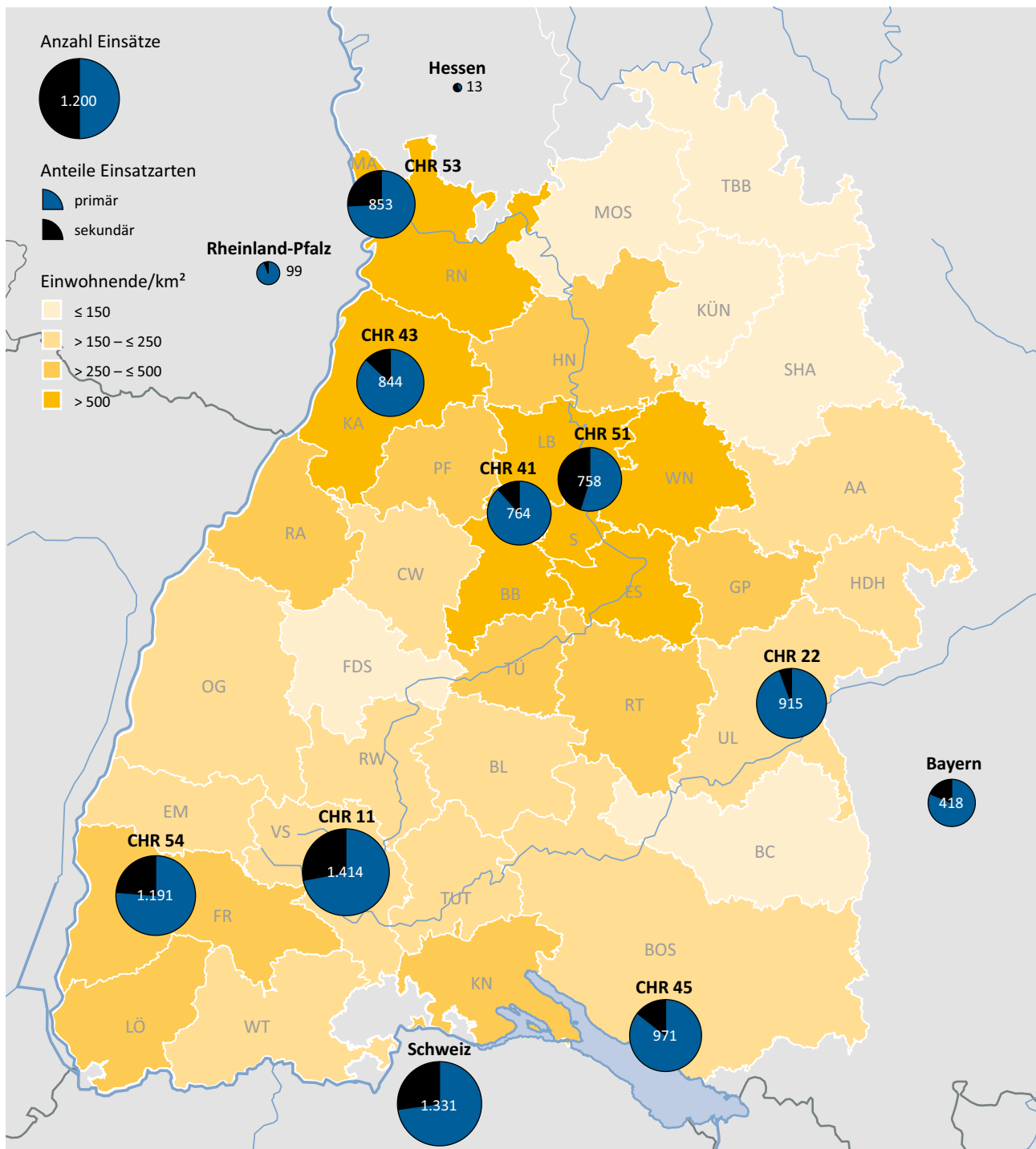


Abbildung 7: Leistungszahlen Luftrettung in Baden-Württemberg: Einsätze in Baden-Württemberg (primär und sekundär) pro Luftrettungsstation

Abbildung 8 zeigt, wie häufig in den einzelnen Rettungsdienstbereichen Luftrettungsmittel zum Einsatz kamen – unabhängig von deren Herkunft. Im Abgleich der Abbildungen 7 und 8 ist festzustellen, dass in den jeweiligen „Heimat-Rettungsdienstbereichen“ von Luftrettungsmitteln solche auch häufig eingesetzt wurden. Dabei kamen nicht nur die jeweils „eigenen“ Luftrettungsmittel zum Einsatz, was sich z. B. im Rettungsdienstbereich Bodensee-Oberschwaben plastisch zeigt – dort gab es mehr Luftrettungseinsätze als der „eigene“ Christoph 45 überhaupt flog. Umgekehrt waren insbesondere die Luftrettungsmittel aus Karlsruhe, Leonberg, Mannheim und Pattonville auch häufig außerhalb ihres „Heimat-Rettungsdienstbereichs“ unterwegs. Obwohl dort kein „eigenes“ Luftrettungsmittel stationiert ist, wiesen die Rettungsdienstbereiche Lörrach und Waldshut hohe absolute und relative, Neckar-Odenwald hohe relative Fallzahlen (bezogen auf 1.000 Einwohner) von Hubschraubereinsätzen auf.

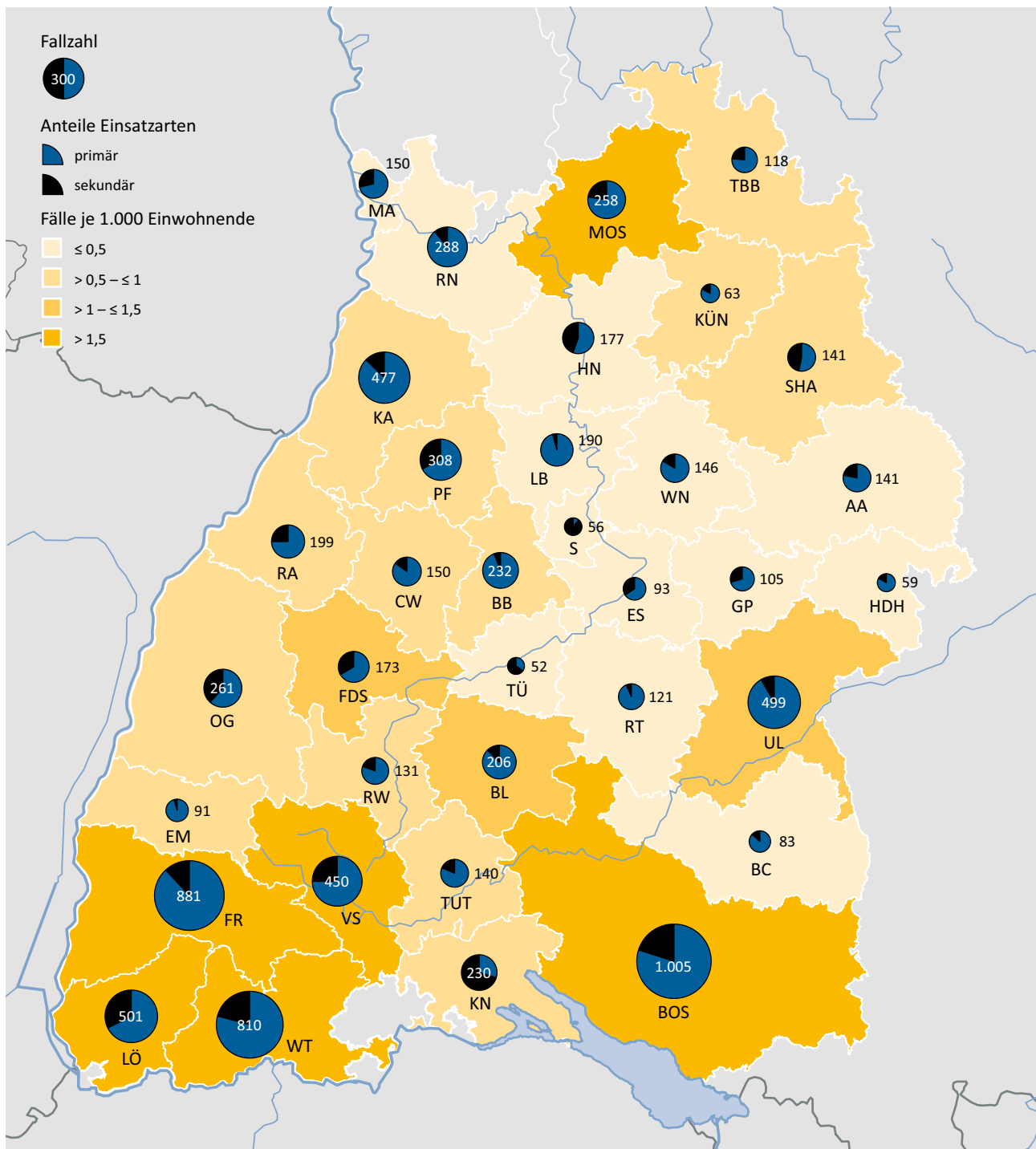


Abbildung 8: Leistungszahlen Luftrettung in Baden-Württemberg: Einsatzhäufigkeit je Rettungsdienstbereich (Einsatzort)

Abbildungen 9 und 10 zeigen – ähnlich wie Abbildungen 4 bis 6 – die Verteilungen der Primär- bzw. Sekundäreinsätze im 24-Stunden-Verlauf für alle in Baden-Württemberg stattfindenden Einsätze der Luftrettung, also inklusive der Unterstützung aus benachbarten Staaten und Bundesländern. Die meisten Luftrettungsmittel in Baden-Württemberg standen von 07:00 oder 08:00 Uhr bis zum Sonnenuntergang zur Verfügung, dementsprechend fanden die meisten Einsätze zwischen 07:00 und 21:00 Uhr statt, wobei sich besonders hohe Häufigkeiten zwischen 11:00 und 16:00 Uhr zeigten. Erwartungsgemäß waren nächtliche Einsätze selten, weil derzeit in Villingen-Schwenningen das einzige 24-Stunden-Luftrettungsmittel in Baden-Württemberg stationiert ist. Unterstützt wurden nachts insbesondere die südlich gelegenen Rettungsdienstbereiche durch die Luftrettung der benachbarten Schweiz.

Nachts (22:00 bis 06:00 Uhr) war die Absolutzahl der Primäreinsätze ($n = 277$) höher als diejenige der Sekundäreinsätze ($n = 196$). Betrachtet man jedoch die anteilige Verteilung von Primär- bzw. Sekundäreinsätzen jeweils auf Stundenintervalle im Tagesverlauf, war der relative Anteil von Sekundäreinsätzen nachts höher als der von Primäreinsätzen (siehe Abbildungen 9 und 10).

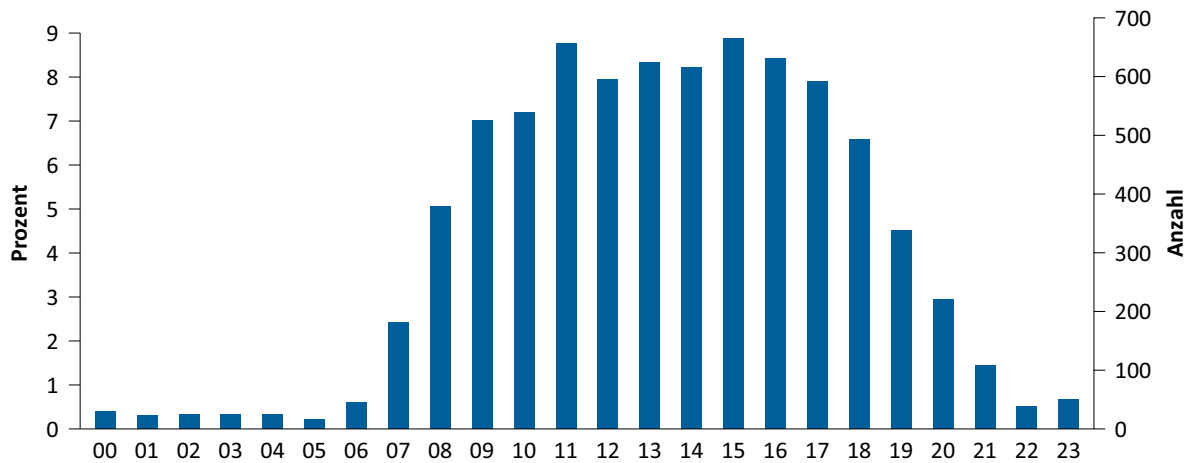


Abbildung 9: Leistungszahlen Luftrettung primär: Einsatzverteilung – Stundenintervalle

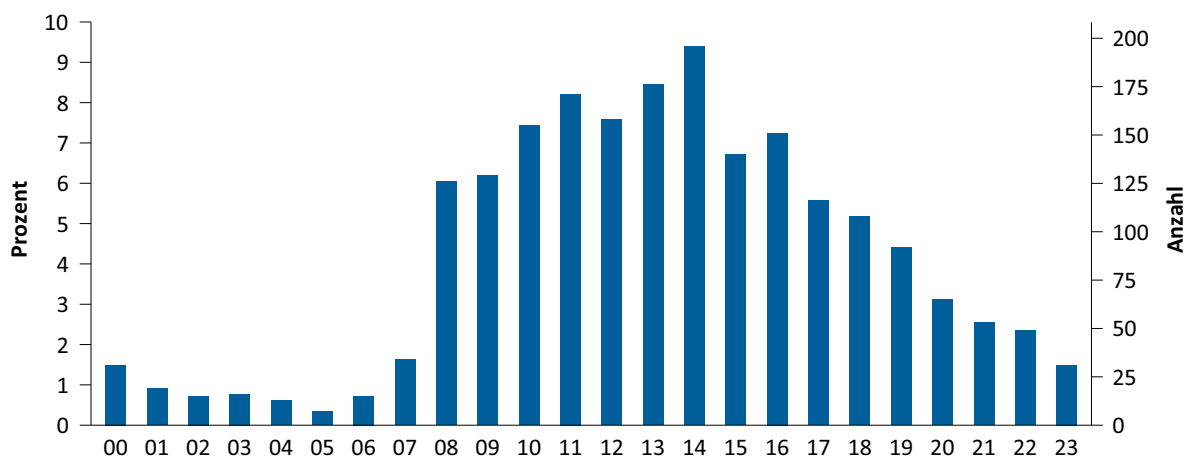


Abbildung 10: Leistungszahlen Luftrettung sekundär: Einsatzverteilung – Stundenintervalle

Auch die Aufträge der Luftrettung sind – da zumindest ein Teil der Einsätze aufgrund der notärztlichen Besetzung stattfindet – in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen. Während wie beim bodengebundenen Notarzt von 2020 bis 2022 noch ein leichter Anstieg zu verzeichnen war, fielen die Einsätze nach dem im Jahr 2022 erreichten Maximum deutlich und kontinuierlich ab – mit 22 % war die Reduktion jedoch nicht ganz so hoch wie beim bodengebundenen Notarzt.

1.1.1.3 Bodengebundener Intensivtransport

Die dargestellten Werte für den bodengebundenen Intensivtransport beruhen auf einer Zusammenführung der Daten aus der ZKS sowie der Integrierten Leitstellen, vergleichbar den Hubschrauberdaten im vorstehenden Kapitel. Mit 1.828 Einsätzen lag im Jahr 2025 die Einsatzzahl etwa 4 % unter dem Niveau des Vorjahres. Fast 95 % der Intensivtransporte wurden durch entsprechende in Baden-Württemberg stationierte Fahrzeuge durchgeführt, in 5 % ($n = 98$) erfolgte eine Unterstützung durch ITW benachbarter Bundesländer oder durch andere Fahrzeuge. Die Tortendiagramme in Abbildung 11 stellen die anteiligen Einsatztage mit jeweils 1, 2 oder mehr als 2 Einsätzen dar. Außer beim ITW aus Mannheim überwogen anteilig bei allen ITW die Tage mit einem Einsatz. Mannheim hatte von allen ITW auch die meisten Einsätze, die geringste Einsatzfrequenz

hatte der ITW aus Freiburg. Intensivtransporte sind zeitintensiv, dies gilt insbesondere für die Übernahme und Übergabe der Patientinnen und Patienten. Die mediane Einsatzzeit und die Einsatzzeit im 95. Perzentil war beim ITW aus Mannheim mit etwas über 2 Stunden bzw. 3 Stunden und 45 Minuten am geringsten, die Einsätze des ITW Ulm lagen im Median fast und im 95. Perzentil deutlich mehr als eine Stunde darüber. Ähnlich wie in der Luftrettung zeigten auch die Zahlen aller in Baden-Württemberg stationierten Intensivtransportwagen eine rückläufige Tendenz in den letzten fünf Jahren. Während 2021 mehr als 2.800 ITW-Einsätze absolviert wurden, gingen die Fälle seither kontinuierlich zurück, wobei mit über 26 % der Rückgang zwischen 2021 und 2022 am deutlichsten ausfiel. Im gesamten Zeitraum haben sich die Fälle um 33 % reduziert.

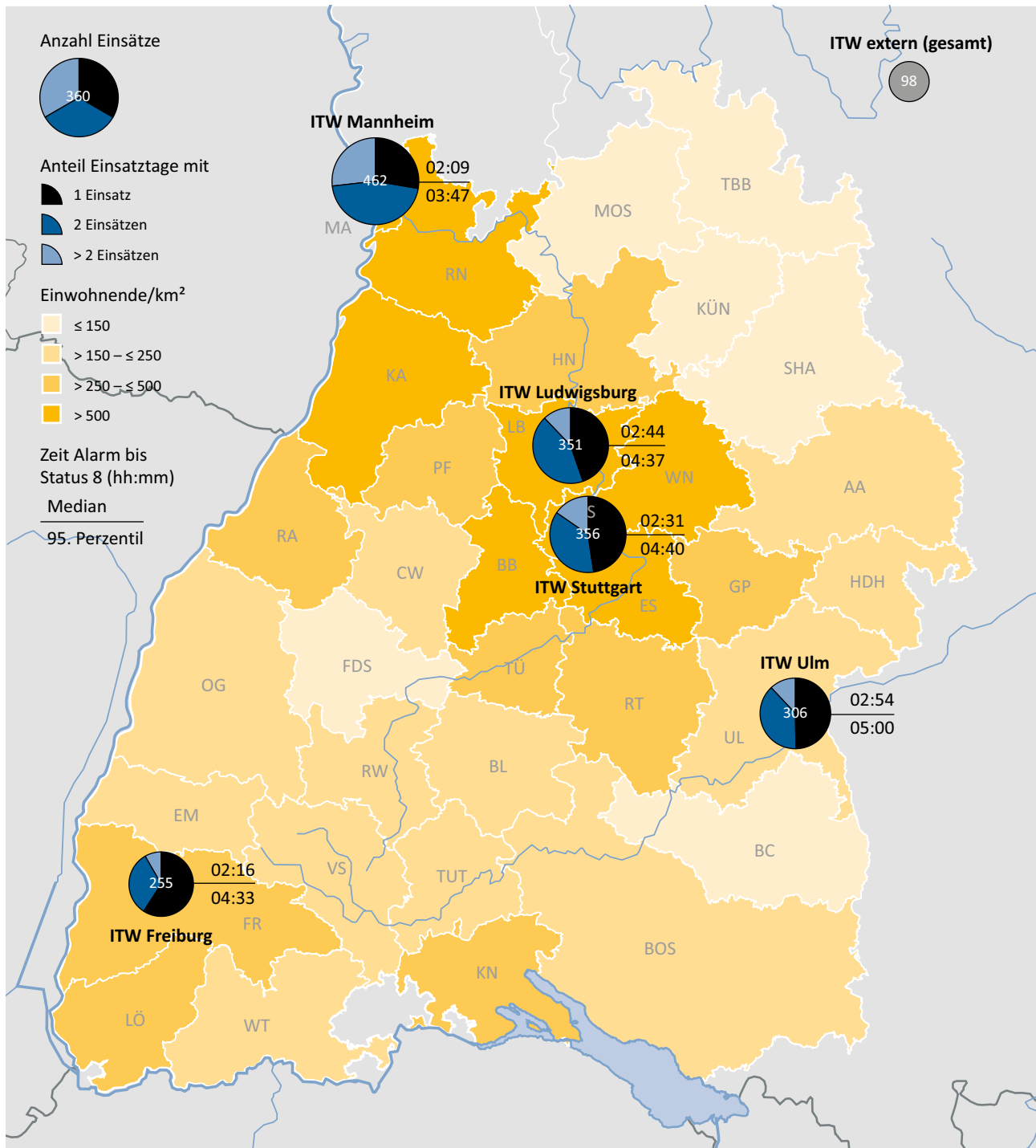


Abbildung 11: Leistungszahlen und Einsatzdauer bodengebundener Intensivtransport in Baden-Württemberg

1.1.2 Leitstellendaten

Für das Datenjahr 2025 lagen aus den Leitstellen 2.765.301 Datensätze vor, das waren etwa 52.000 bzw. 1,8 % weniger als im Vorjahr (zum Hintergrund siehe auch Kapitel 1.1.1.1 sowie Abschnitt „Datenqualität“). Wie in der Vergangenheit ist zu berücksichtigen, dass in dieser Gesamtzahl auch leitstelleninterne Informationsdatensätze (z. B. Probealarm, Übung, etc.) enthalten waren, die nicht für die Auswertung herangezogen wurden, somit also kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Anzahl der Datensätze und der Anzahl tatsächlicher Einsätze bestand.

Datenqualität

Für das gesamte Berichtsjahr 2025 lagen die Daten im Datensatzformat 2.0 vor. Auch für dieses Datenjahr sind Besonderheiten in der Datenstruktur festzuhalten.

In einer Leitstelle wurde das Feld „Status bei Alarm“ implausibel häufig als Status 1 (einsatzbereit über Funk) und implausibel selten als Status 2 (einsatzbereit auf Wache) befüllt. Die Fehlerbehebung ist eingeleitet, konnte bis zum Redaktionsschluss dieses Berichts jedoch nicht vollumfänglich abgeschlossen werden. Dementsprechend zeigen die Auswertungen der **Ausrück-** und der **Fahrzeit** nach Status 2 bei Alarm im Kapitel 2 zu niedrige Fallzahlen für das Ausrücken von der Wache und zu hohe Fallzahlen für das Ausrücken von einem anderen Ort aus.

In der Leitstelle Bodensee-Oberschwaben erfolgt die Disposition von Krankentransporten tagsüber außerhalb des Einsatzleitsystems der ILS mit Hilfe einer externen Software, deren KTW-Auftrags- und Einsatznummern nicht mit den Auftrags- und Einsatznummern aus dem Einsatzleitsystem der ILS übereinstimmen. Hierdurch sind bei gemeinsamem Einsatz von KTW und Notfallrettungsmitteln diverse einsatzbezogene Variablen nicht korrekt ermittelbar, dies bedeutet im Einzelnen:

- Nachträglich angeordnete Sondersignale und die initiale Sondersignalverwendung können nicht immer korrekt ermittelt werden.
- Weitere einsatzbezogene Kennzahlen und Indikatoren (z. B. Erstbearbeitungszeit) sind ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen.
- Falsche Grundgesamtheitseinschlüsse von Fällen, die in bestimmte Betrachtungen (nicht) einbezogen werden sollen, können auftreten.
- Die Ermittlung und ggf. der Ausschluss von Doppelzählungen zwischen Export aus dem Krankentransport-Dispositionssystem und dem Export aus dem Einsatzleitsystem der ILS ist nicht möglich.

Eine Lösung dieses Problems ist weiterhin in Bearbeitung, konnte bis zum Redaktionsschluss dieses Berichts jedoch nicht vollumfänglich abgeschlossen werden.

Im Zusammenhang mit der Datenaufbereitung erfolgen im Auswertungsprozess verschiedene Plausibilitätsprüfungen, die teils auch zur Anpassung von Feldinhalten führen. Ausweislich der Tabelle 7 erfolgte die Bereinigung des Felds „Einsatz im eigenen Rettungsdienstbereich“ in 0,4 % der Fälle und damit in 0,1 % weniger als im Vorjahr. Die Korrektur des Felds „nachträgliche Anordnung von Sondersignal“ lag im Vorjahresvergleich mit 2,4 % auf etwas höherem Niveau (damals 2,0 %), während das Feld „Sondersignal auf Anfahrt“ mit 0,2 % gleich häufig angepasst wurde wie im Vorjahr.

Korrekturen	Anzahl	Anteil (%)
Einsatzort im eigenen Rettungsdienstbereich	11.038	0,4
Sondersignal auf Anfahrt	5.838	0,2
nachträglich angeordnetes Sondersignal	65.014	2,4

Tabelle 7: Leitstellendaten: Korrekturen

1.1.3 Daten notarztbesetzter Rettungsmittel

Wie bereits eingangs erwähnt zeigte sich in den letzten Jahren ein deutlicher Rückgang der Einsätze bodengebundener und luftgestützter notarztbesetzter Rettungsmittel. Im Berichtsjahr 2025 waren es mit insgesamt 247.815 Datensätzen, die in die Auswertungen einbezogen werden konnten, fast 44.000 Datensätze weniger als 2024 (-15 %).

Vollständigkeit

Die Vollständigkeit der Daten notarztbesetzter Rettungsmittel wird durch einen Abgleich mit den Daten der jeweiligen Heimatleitstelle ermittelt. Dafür werden als Soll alle eindeutigen Leitstellendatensätze herangezogen, bei denen ein innerhalb des Leitstellenbereichs stationiertes notarztbesetztes Rettungsmittel tatsächlich ausgerückt ist. Eine Vollständigkeit kleiner als 100 % bedeutet, dass für einen Notarztstandort für das Jahr 2025 weniger MIND-Datensätze vorliegen, als in den Leitstellendaten zu Rettungsmitteln dieses Standorts Datensätze vorhanden sind. Dieser Abgleich wird immer dann erschwert, wenn bei Rettungsmitteln ohne feste Wachzugehörigkeit (z. B. Reservefahrzeuge) die Fahrzeugzuordnung bzw. Funkrufnamenverwendung nicht eindeutig ist oder nicht angepasst wird.

Die ermittelte Vollständigkeit der an die SQR-BW gelieferten Daten notarztbesetzter Rettungsmittel betrug 94,9 % und bewegte sich damit auf dem Niveau des Vorjahres.

Verknüpfbarkeit

Der Leitstellendatensatz beinhaltet überwiegend technische einsatzbezogene Informationen wie beispielsweise Zeitstempel oder Einsatzstichworte, wohingegen die notärztliche oder RTW-Dokumentation (MIND) vorwiegend medizinische Informationen enthält. Um Informationen aus den Leitstellen in Verbindung mit Elementen aus der notärztlichen Dokumentation betrachten zu können, müssen beide Datenquellen miteinander verknüpft werden. Hierfür sind eindeutige Auftragsnummern zwingend erforderlich.

Bei den vorliegenden Daten war eine Verknüpfung in etwas über 96 % der Fälle möglich, sie ist somit gegenüber dem Vorjahr stabil geblieben. Abbildung 12 zeigt die Vollständigkeit und Verknüpfbarkeit der Daten notarztbesetzter Rettungsmittel nach Rettungsdienstbereichen.

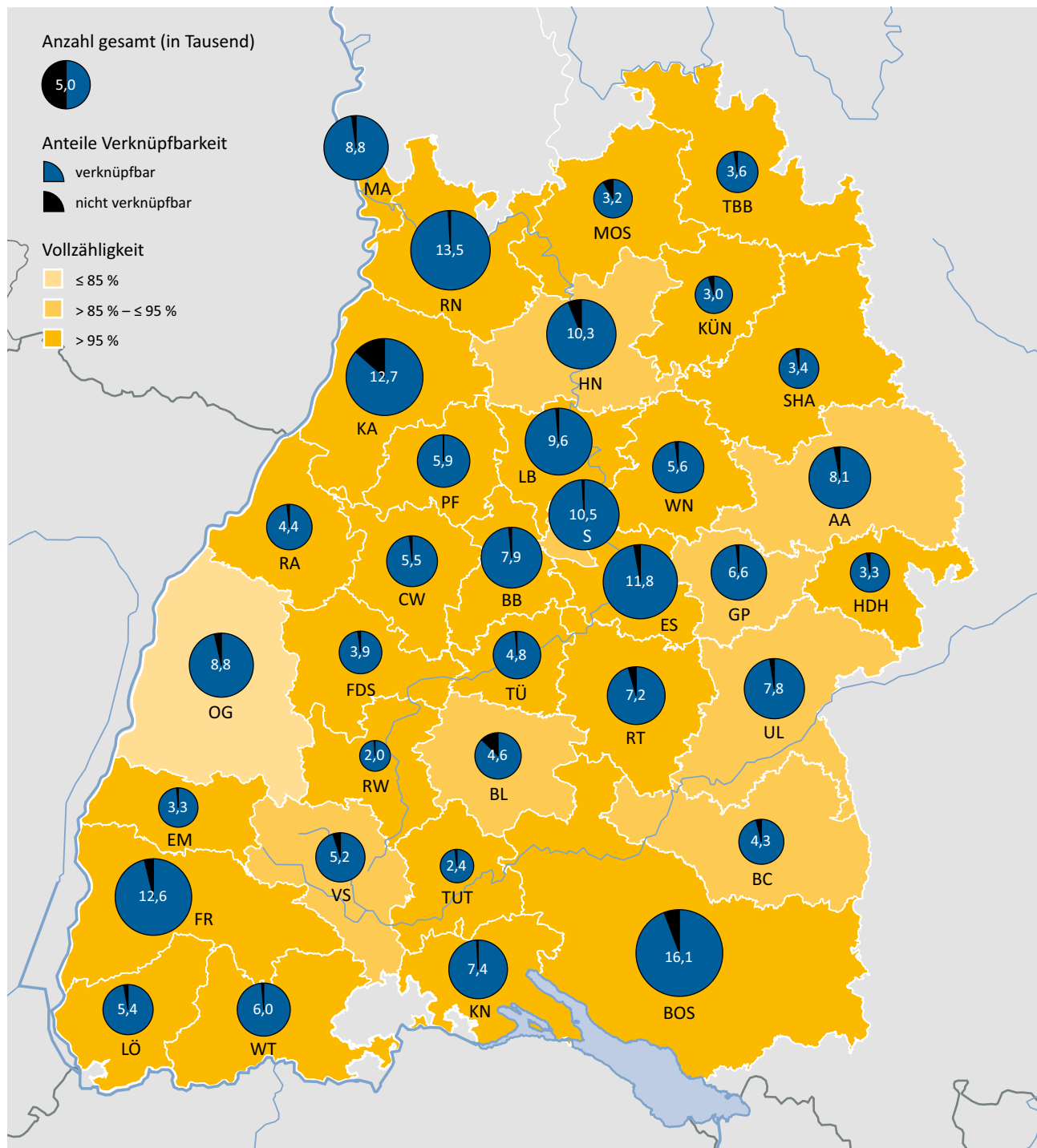


Abbildung 12: Vollständigkeit und Verknüpfbarkeit der Daten notarztbesetzter Rettungsmittel nach Rettungsdienstbereichen

1.1.4 RTW-Daten

Entsprechend der oben beschriebenen leichten Steigerung der Einsatzzahlen wurden für das Datenjahr 2025 auch etwas mehr Datensätze von RTW an die SQR-BW geliefert. 2024 waren es insgesamt 1.134.709 Datensätze, 2025 lag die Zahl bei 1.171.048. Dies entspricht einer Steigerung von 36.339 (+3,2 %). Um sicherzustellen, dass Fälle, an denen RTW und notarztbesetzte Rettungsmittel gemeinsam beteiligt waren, nicht doppelt gezählt werden, werden für die Auswertung Datensätze mit Merkmalen für eine Notarztbeteiligung bei den RTW-Daten nicht mitgezählt. Die Erkennung einer Notarztbeteiligung erfolgt einerseits über die Informationen aus der Leitstelle – die Voraussetzung hierfür ist allerdings, analog zu den Daten notarztbesetzter Rettungsmittel, die Verknüpfbarkeit der Datensätze. Andererseits kann im MIND die Information, ob ein notärztlich besetztes Rettungsmittel mit im Einsatz war oder nicht, aus dem Feld „Einsatzart“ herangezogen werden. Bei den für die Auswertungen 2025 verwendeten 852.271 Datensätzen (ca. 71.900 mehr als 2024, +9,2 %) handelt es sich daher um RTW-Einsätze, bei denen weder anhand der Leitstellendatensätze noch anhand der Angaben in der MIND-Dokumentation eine Notarztbeteiligung erkennbar war.

Vollständigkeit

Die Berechnung der Vollständigkeit erfolgt für RTW-Daten analog der Systematik, die im vorigen Kapitel 1.1.3 für Daten notarztbesetzter Rettungsmittel beschrieben ist. Als Soll werden alle eindeutigen Leitstellendatensätze tatsächlich ausgerückter, innerhalb des Leitstellenbereichs stationierter RTW herangezogen. Eine Vollständigkeit kleiner als 100 % entsteht, wenn für einen Standort weniger RTW-Datensätze vorliegen, als in den Leitstellendaten zu Rettungsmitteln dieses Standorts Datensätze vorhanden sind. Umgekehrt gilt dies für eine Vollständigkeit von über 100 %. Diese entsteht unter anderem, wenn Rettungsmittel an einem anderen Standort eingesetzt werden, jedoch bei den Dokumentationssystemen diese Standortverschiebung nicht entsprechend angepasst wird (Untervollständigkeit am tatsächlichen Standort, Übervollständigkeit am Heimatstandort).

Die rechnerisch ermittelte Vollständigkeit der für das Jahr 2025 an die SQR-BW gelieferten RTW-Daten betrug knapp 96 % und lag damit 1 % über dem Vorjahresergebnis.

Verknüpfbarkeit

Auch für die Verknüpfbarkeit gilt das gleiche, im vorigen Kapitel für die Datensätze notarztbesetzter Rettungsmittel beschriebene Prinzip. Für das Datenjahr 2025 war eine Verknüpfung in über 95 % der Fälle möglich, identisch mit dem Vorjahr. Auch hierbei wirkten sich immer wieder unangekündigte Änderungen in der Auftragsnummernsystematik oder Verschiebungen von (Ersatz-) Fahrzeugen oder Dokumentations-Pads zwischen verschiedenen Standorten aus.

Abbildung 13 zeigt die Vollständigkeit und Verknüpfbarkeit der RTW-Daten nach Rettungsdienstbereichen.

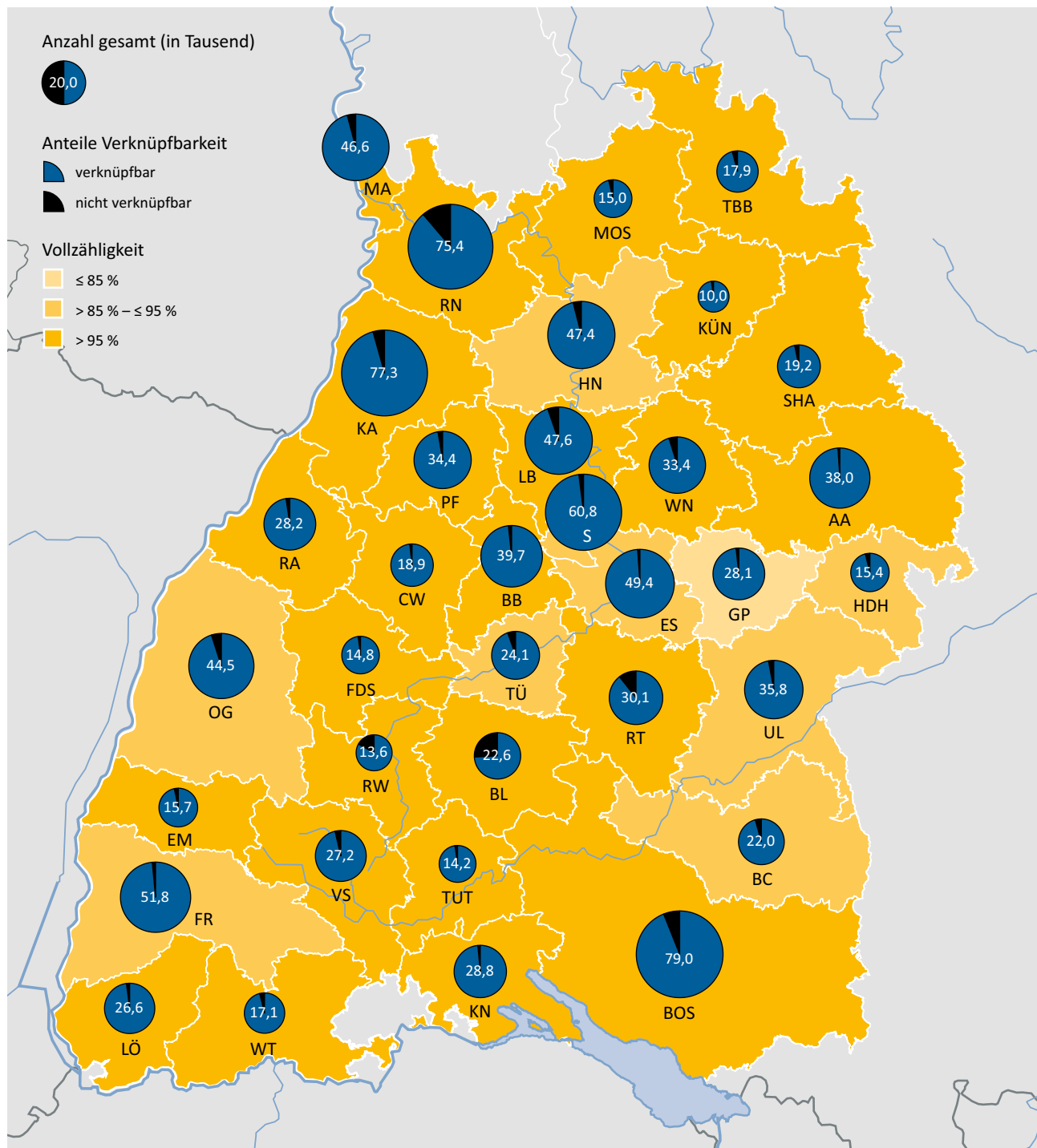


Abbildung 13: Vollständigkeit und Verknüpfbarkeit der RTW-Daten nach Rettungsdienstbereichen

1.2 Basisstatistiken

In diesem Kapitel finden sich – ergänzend zu den indikatorbezogenen Darstellungen im Kapitel 2 – Analysen zu Einsatzmerkmalen und zur Datenqualität der verschiedenen Datenquellen.

1.2.1 Leitstellendaten

Tabelle 8 enthält verschiedene Merkmale zur Datenbeschaffenheit der Leitstellendaten. Wie in den Vorjahren bezieht sich das Eindeutigkeitskriterium der Auftragsnummern auf alle gelieferten Auftragsnummern und nicht auf alle gelieferten Datensätze. Der Wert konnte erfreulicherweise von 99,6 % auf 99,9 % gesteigert werden. Während die Anteile des Aufschalt- und Alarmzeitpunkts, Status 3, Status 4, Status 7 und Status 8 sehr nahe am Vorjahr lagen, konnte die Vollständigkeit des Gesprächsbeginns um über 3 % gesteigert werden und erreichte somit wieder das Niveau des Datenjahres 2023. Erstmals wurden auch die Anteile von Status 1 und Status 2 dargestellt, was durch das Vorliegen des gesamten Datenjahres im Datensatzformat 2.0 ermöglicht wurde.

Datenbeschaffenheit	Anzahl	Anteil (%)
Datensätze insgesamt	2.765.301	100,0
Auftragsnummer eindeutig	2.737.798	99,9
Vollständigkeit Aufschaltzeitpunkt	2.184.893	79,0
Vollständigkeit Gesprächsbeginn	2.285.938	82,7
Vollständigkeit Alarm	2.764.749	100,0
Vollständigkeit Status 1 (Zeitstempel einsatzbereit über Funk)	2.342.874	84,7
Vollständigkeit Status 2 (Zeitstempel einsatzbereit auf Wache)	1.704.775	61,7
Vollständigkeit Status 3 (Zeitstempel Ausrücken)	2.603.323	94,1
Vollständigkeit Status 4 (Zeitstempel Eintreffen)	2.436.799	88,1
Vollständigkeit Status 7 (Zeitstempel Transportbeginn)	1.863.211	67,4
Vollständigkeit Status 8 (Zeitstempel Transportende)	1.837.186	66,4
Vollständigkeit Leitungstyp	2.765.301	100,0

Tabelle 8: Leitstellendaten: Datenbeschaffenheit

1.2.2 Notarzteinsätze

Tabelle 9 enthält einige ausgewählte Einsatzmerkmale aus der notärztlichen Dokumentation, wobei sich die Werte jeweils auf alle gelieferten Datensätze notarztbesetzter Rettungsmittel beziehen. Die hier dargestellten Fallzahlen sind eine reine Zählung aus der notärztlichen Dokumentation und beispielsweise um Doppelzählungen o. ä. nicht bereinigt. Damit sind Diskrepanzen zwischen diesen Zahlen und den Auswertungsergebnissen in den weiteren Abschnitten des Qualitätsberichts erklärbar.

Einsatzmerkmal	Anzahl	Anteil (%)
Datensätze insgesamt	247.815	100,0
Primäreinsätze	223.860	90,3
Sekundäreinsätze	5.774	2,3
Patiententransporte	121.784	49,1
ambulante Versorgungen vor Ort	50.210	20,3
Fehleinsätze	15.222	6,1
Notarztanforderungen	54.085	21,8
Erkrankungsfälle	181.498	73,2
Verletzungsfälle	37.488	15,1
Fälle mit Tracerdiagnose	64.433	26,0
primäre Todesfeststellungen	9.017	3,6
Reanimationen	6.993	2,8
Intubationen	6.655	2,7
parenteralen Zugang gelegt	141.067	56,9
Infusion verabreicht	146.386	59,1
Medikament verabreicht	114.077	46,0
Temperaturmessung	226.969	91,6
verzögerte Patientenübergabe	433	0,2
nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit	2.397	1,0
Patientin/Patient lehnt indizierte Therapie ab	3.331	1,3
bewusster Therapieverzicht	2.814	1,1

Tabelle 9: Notarzteinsätze: Einsatzmerkmale

Im Vergleich zum Vorjahr sind sowohl Datensätze mit den Merkmalen Primär- als auch Sekundäreinsatz zurückgegangen. Der Rückgang war bei den Primäreinsätzen mit 45.446 und damit fast 17 % besonders deutlich, bei den Verlegungen waren es nur 89 (-1,5 %). Das Verhältnis von Erkrankungsfällen versus Verletzungsfällen bewegte sich auf dem Niveau des Vorjahres, der Anteil von Tracerdiagnosen an allen Einsätzen hat sich gegenüber 2024 nur minimal gesteigert (26,0 % versus 25,4 %). Deutlicher war der Anstieg von Notarztanforderungen (+3,4 %), hier betrug der Anteil in 2024 noch 18,4 %. Einsatzmerkmale, die auf eine hohe Erkrankungsfälle- oder Verletzungsschwere hinweisen (Reanimation, Intubation) haben anteilig tendenziell leicht zugenommen, wohingegen unspezifische Behandlungsmaßnahmen (Zugang, Infusion, Medikamentengabe) in Bezug auf die Gesamtzahl aller Einsätze etwas seltener zum Einsatz kamen. Der Anteil dokumentierter Fälle mit nicht aufnahmebereiten Kliniken ist minimal zurückgegangen.

Erkenntnisse aus verschiedenen Quellen deuten darauf hin, dass bestimmte Merkmale häufiger fehlerbehaftet bzw. unterdokumentiert sind als andere. Dies betrifft u. a. die Aufnahmebereitschaft von Kliniken sowie die Dokumentation von Transporten, ambulanter Versorgung, Übergabe an andere Rettungsmittel, Temperaturmessung, Therapieverzicht und Therapieverweigerung. Für die Dokumentation von „Fehlensätzen“ gibt es keine verbindliche Vorgabe und entsprechend eine unterschiedliche Handhabung. Die Vergleichbarkeit ist bei diesen Merkmalen daher eingeschränkt.

Patientenkollektiv

Die Geschlechterverteilung notärztlich versorgter Menschen unterlag bereits in den letzten Berichtsjahren nur geringfügigen Schwankungen. Dies galt auch für das Jahr 2025, in dem rund 46 % mit weiblichem, rund 53 % mit männlichem und 0,1 % mit diversem Geschlecht dokumentiert wurden. Auch in der Verteilung der Altersgruppen (siehe Abbildung 14) war das Bild ähnlich dem der Vorjahre mit einem größeren Anteil von Einsätzen in Altersgruppen mit höherem Lebensalter. Ausnahmen von der Altersabhängigkeit der Einsatzzahlen bildeten dabei jeweils die Gruppe der jüngsten Kinder bis 5 Jahre, die zahlenmäßig die Gruppe der 6- bis 10-Jährigen deutlich überragte, und die über 90-Jährigen, die aufgrund der geringeren Größe dieser Bevölkerungsgruppe auch bei den Einsätzen nur selten angetroffen wurden. Es zeigte sich erneut, dass etwa 58 % der Notarzteinsätze über 60-Jährigen galten.

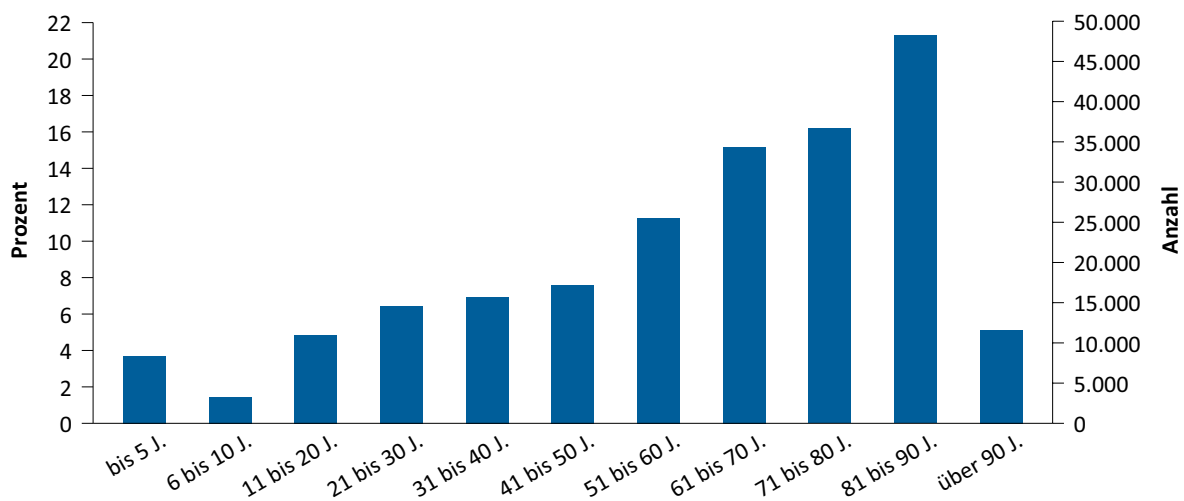


Abbildung 14: Notarzteinsätze: Altersgruppen

Der M-NACA-Score ist ein standardisiertes System, mit welchem anhand der dokumentierten medizinischen Informationen eines Notfalleinsatzes die Erkrankungs- oder Verletzungsschwere von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten graduiert werden kann. Es werden Diagnosen, Zustände und objektive Messwerte einbezogen, um dem Score eine bessere Reliabilität und Objektivität zu verleihen. Messwerte, Erkrankungen, Verletzungen oder therapeutische Maßnahmen, die auf eine potenzielle Lebensbedrohung hinweisen können, führen zu einer Eingruppierung in $M-NACA \geq 4$. In der Vergangenheit konnte hier grundsätzlich von einer Indikation für Notarzteinsätze ausgegangen werden. Mit der zunehmenden Erweiterung der Kompetenz von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern gilt diese Annahme nicht mehr uneingeschränkt – insbesondere nicht für einen M-NACA von 4. In der Gruppe der Einsätze mit M-NACA 4 gibt es weiterhin solche, bei denen die notärztliche Kompetenz sinnvoll sein kann, zahlreiche Einsätze können aber auch problemlos allein durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter ohne notärztliche Beteiligung durchgeführt werden. Der Abbildung 15 kann entnommen werden, dass ein $M-NACA \geq 5$ in über einem Drittel der Einsätze vorgelegen hat.

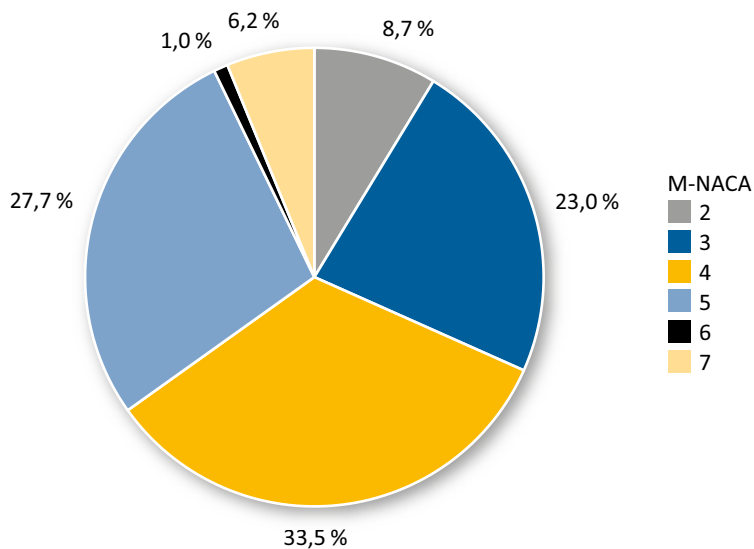


Abbildung 15: Notarzteinsätze: M-NACA

Bei den meisten Notarzteinsätzen mit Patientenkontakt wurden Erkrankungen dokumentiert (82,8 %), dies galt für Verletzungen in 17,1 %. Fälle, bei denen sowohl Erkrankungen als auch Verletzungen vorlagen, wurden in beiden Gruppen gezählt. Dieses Verhältnis war in verschiedenen Altersgruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt (siehe Abbildung 22), hierauf wird an entsprechender Stelle weiter unten eingegangen. Mit Ausnahme von SHT und Trauma der unteren Extremitäten lagen die relativen Anteile sowohl der Erkrankungen als auch der Verletzungen sehr konstant auf gleichem Niveau wie im Vorjahr (siehe Abbildungen 16 und 17).

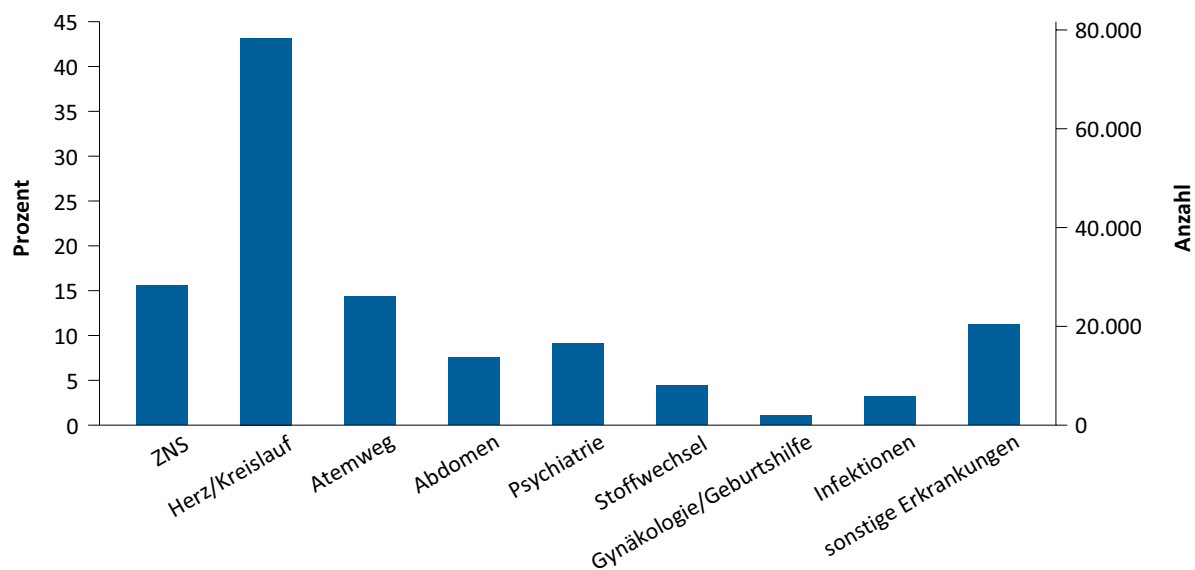


Abbildung 16: Notarzteinsätze: Erkrankungsgruppen

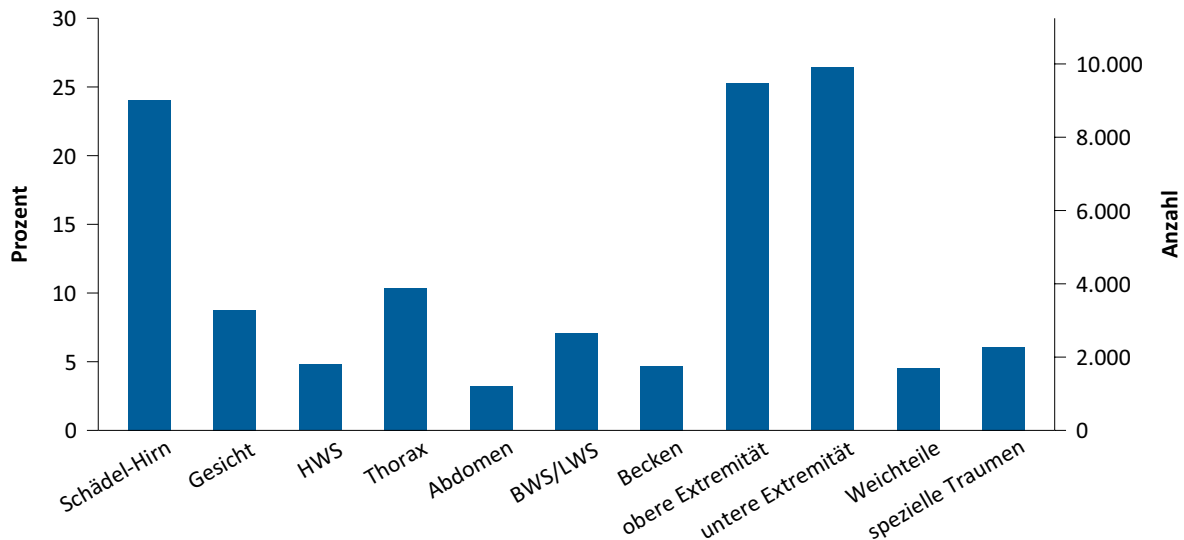


Abbildung 17: Notarzteinsätze: Verletzungsgruppen

Sowohl die Erkrankungsgruppen als auch die Tracerdiagnosen (außer Polytrauma/schwerverletzt) zeigten im Tagesverlauf einen Anstieg bis zur Mittagszeit – vergleichbar mit den Leistungszahlen in den Kapiteln 1.1.1.1 und 1.1.1.2 – sowie unterschiedlich ausgeprägte Schwankungen bis zum Abend (siehe Abbildungen 18 und 19). Traumatologische Einsätze nahmen im Tagesverlauf zu und erreichten gegen 17:00 Uhr ihr Maximum.

Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass das Auftreten von Symptomen/Krankheiten sowie Verletzungen deutlich vor der Verständigung des Rettungsdienstes liegen kann. Aufgrund dieses denkbaren Zeitversatzes entspricht der Tagesverlauf rettungsdienstlicher Einsätze nicht zwingend dem der zugrunde liegenden Probleme.

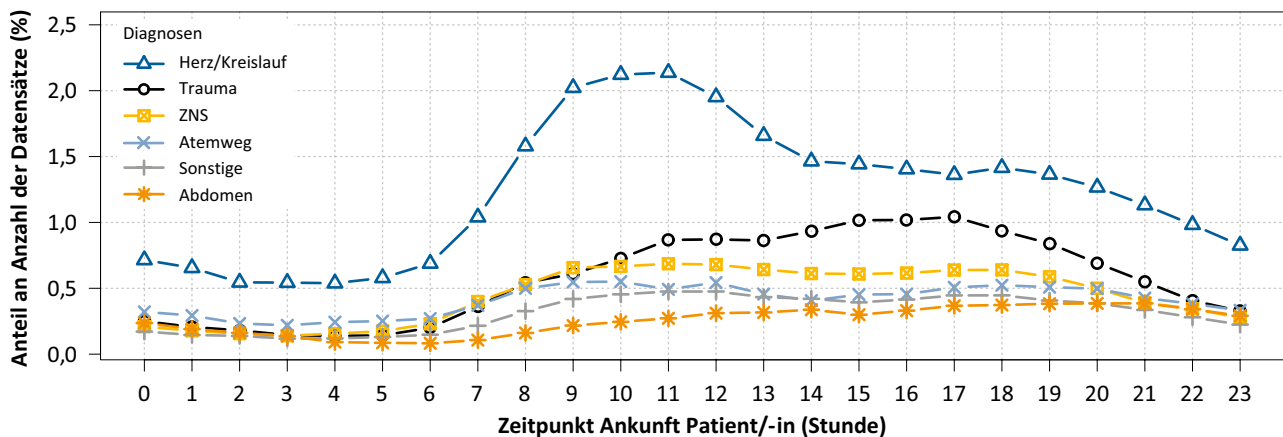


Abbildung 18: Notarzteinsätze: tageszeitliche Einsatzverteilung – Diagnosegruppen

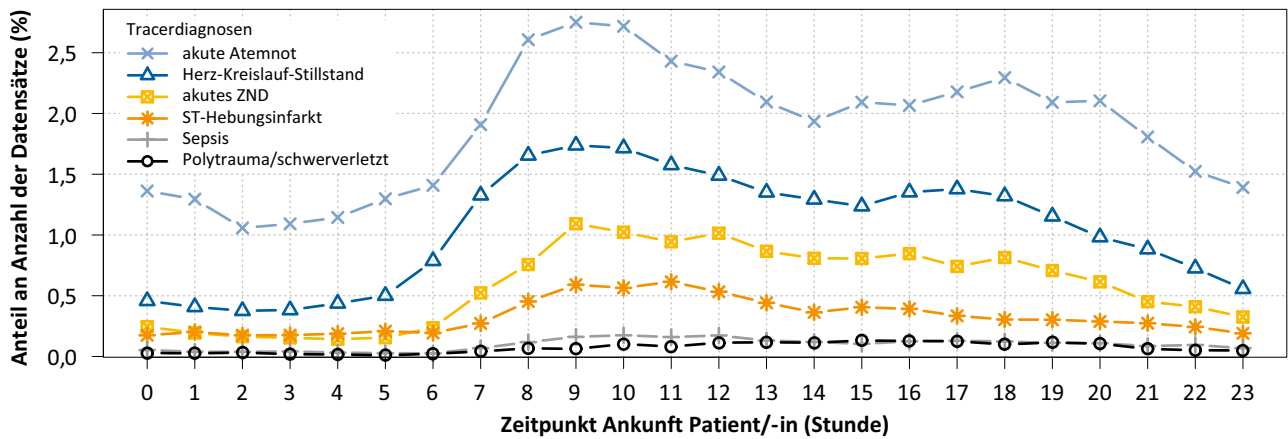


Abbildung 19: Notarzteinsätze: tageszeitliche Einsatzverteilung – Tracerdiagnosen

Abbildung 20 zeigt den Anteil der Schweregrade in den verschiedenen Erkrankungsgruppen anhand ihrer Einteilung in die jeweiligen M-NACA-Kategorien. Einen relevanten Anteil von Einsätzen der Kategorie M-NACA 2 fand sich insbesondere bei Erkrankungen des Abdomens, psychiatrischen und sonstigen Erkrankungen (gemäß MIND-Erkrankungsgruppe), wohingegen ZNS-Erkrankungen, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen die höchsten Anteile in den hohen M-NACA-Klassifizierungen ≥ 4 aufwiesen. Lebensbedrohliche Zustände (M-NACA 5) waren anteilig besonders häufig bei Erkrankungen der Atemwege (47 %), Stoffwechsel-Erkrankungen (knapp 44 %) und ZNS-Erkrankungen (40 %). Die meisten erfolgreichen Wiederbelebungen (M-NACA 6) fanden sich wie in der Vergangenheit erwartungsgemäß in der Gruppe der Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

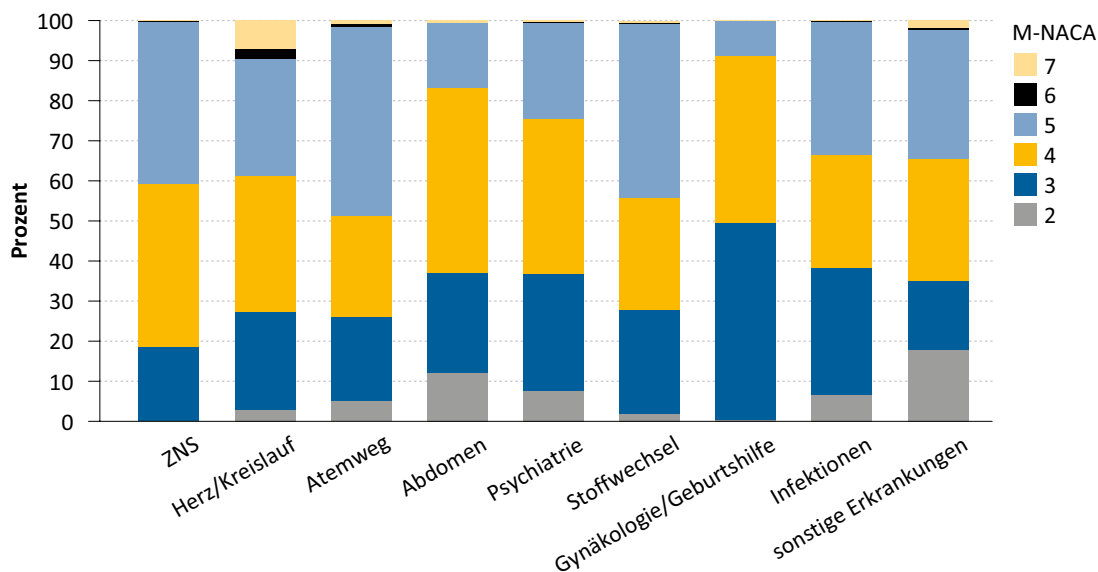


Abbildung 20: Notarzteinsätze: Erkrankungsgruppen/M-NACA

Deutlich größere Anteile mit nur geringen bis mäßigen Funktionsstörungen (M-NACA ≤ 3) fanden sich bei Verletzungen (siehe Abbildung 21). Sie machten bei Gesichts-, HWS- und Weichteilverletzungen etwa 50 % bis 55 % der Einsätze aus. Die größten Anteile lebensbedrohlicher oder tödlicher Verletzungen (M-NACA > 4) fanden sich im Bereich des Abdomens, des Beckens und bei Schädel-Hirn-Verletzungen.

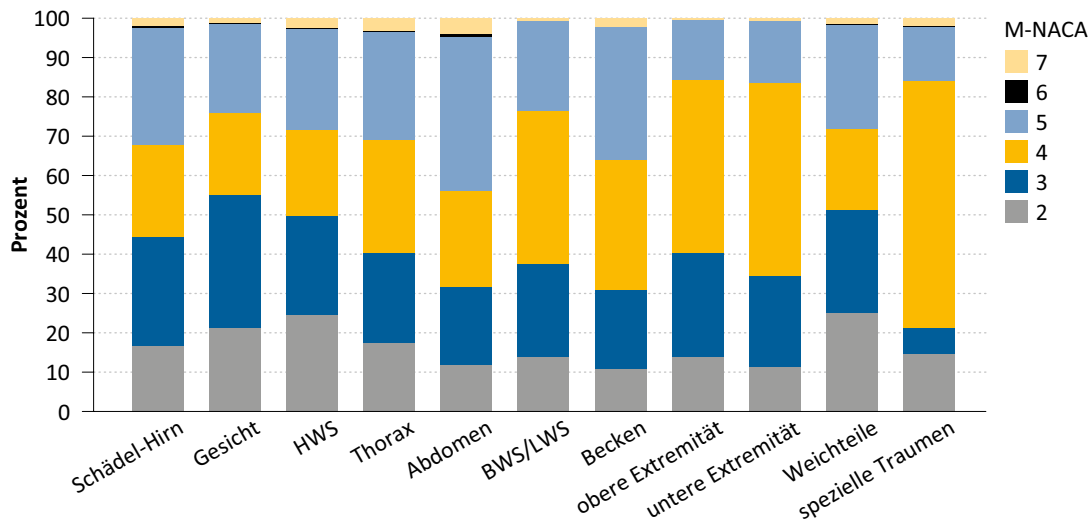


Abbildung 21: Notarzteinsätze: Verletzungsgruppen/M-NACA

Das Verhältnis der durch Erkrankungen bzw. Verletzungen veranlassten Einsätze unterschied sich in den verschiedenen Altersstufen deutlich (siehe Abbildung 22). In jungen Lebensjahren hatten die traumatologischen Ursachen einen hohen Anteil bei Fällen mit Notarztbeteiligung. Dieser Anteil war am höchsten in der Altersgruppe der 11- bis 20-Jährigen und nahm dann mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.

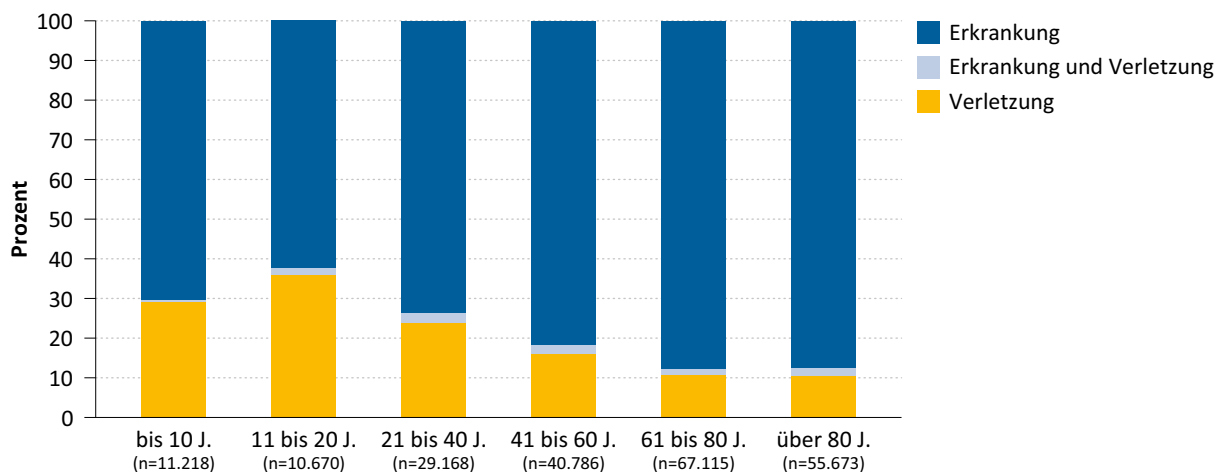


Abbildung 22: Notarzteinsätze: Erkrankungen und Verletzungen/Altersgruppen

Abbildung 23 zeigt die Verteilung der unterschiedlichen Erkrankungsgruppen in den jeweiligen Altersgruppen. Anteilig fanden sich Atemwegserkrankungen am häufigsten in der Gruppe der Kinder bis 10 Jahre vorwiegend bedingt durch Infektionen, insbesondere Pseudokrupp. Mit zunehmendem Alter sank der Anteil der Atemwegserkrankungen in den Altersgruppen, um dann von der Lebensmitte bis zum Lebensende wieder anzusteigen, wobei hier Infektionen und COPD dominierten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen nahmen bereits in der Gruppe der 11- bis 20-Jährigen einen relevanten Anteil ein, stiegen dann in den weiteren Altersgruppen sehr deutlich an und stellten in allen Altersgruppen ab 41 Jahren den weitaus dominantesten Anteil dar. ZNS-Erkrankungen fanden sich anteilig am häufigsten in der Gruppe der bis 10-Jährigen, verursacht durch die in dieser Altersgruppe häufigen Fieberkrämpfe. Mit zunehmendem Lebensalter nahm der Anteil der ZNS-Erkrankungen an allen Erkrankungsgruppen kontinuierlich ab. Psychiatrische Erkrankungen, zu denen auch Intoxikationen zählen, zeigten ihren Zenit in den Altersgruppen der 11- bis 20- und 21- bis 40-Jährigen. Mit zunehmendem Alter wurden Erkrankungen aus dieser Gruppe immer weniger.

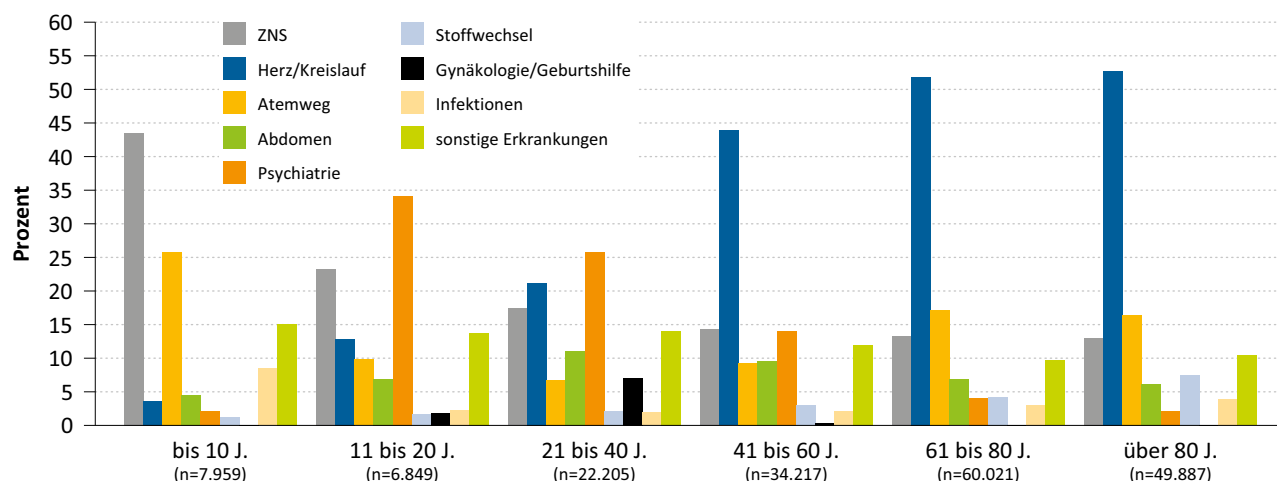


Abbildung 23: Notarzteinsätze: Erkrankungsgruppen/Altersgruppen

Extremitätenverletzungen bildeten in fast allen Altersgruppen mehr als die Hälfte der Verletzungsregionen ab, wobei sich die Relation zwischen oberer und unterer Extremität mit zunehmendem Alter fast kontinuierlich umkehrte. Auch hier zeichnete sich die Gruppe der 11- bis 20-Jährigen einerseits mit dem höchsten Anteil an Verletzungen und andererseits einem besonders hohen Anteil an Extremitätenverletzungen beider Lokalisationen aus. Den höchsten Anteil nach den Extremitätenverletzungen nahmen Schädel-Hirn-Verletzungen ein. Im Gegensatz zu den letzten Jahren, in denen die Altersgruppe der bis 10-Jährigen den höchsten Anteil an Schädel-Hirn-Verletzungen aufwies, fand sich 2025 der Gipfel bei den 61- bis 80-Jährigen sowie bei den über 80-Jährigen (siehe Abbildung 24).

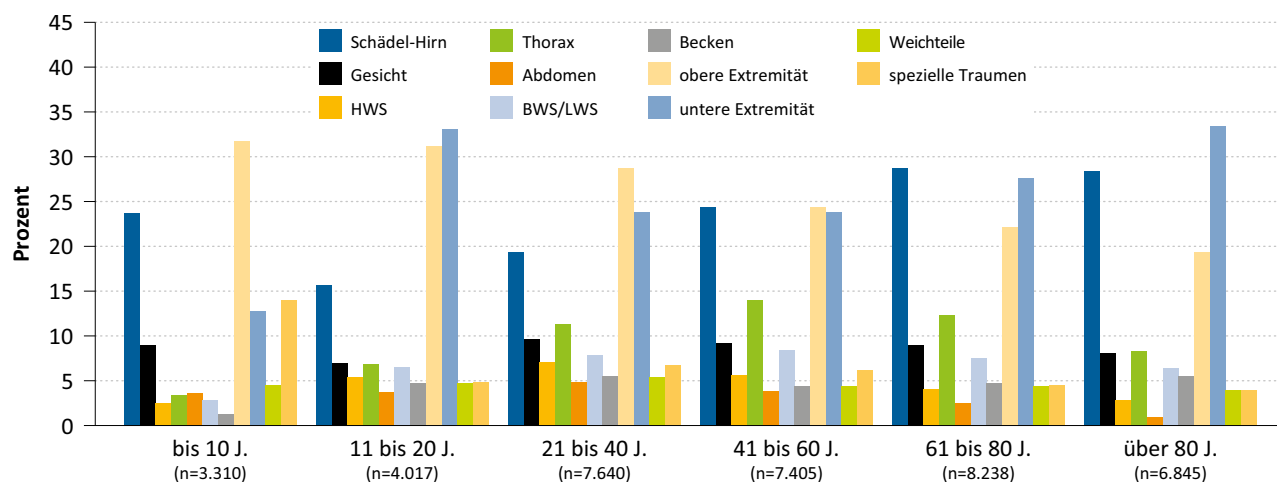


Abbildung 24: Notarzteinsätze: Verletzungsgruppen/Altersgruppen

1.2.3 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

Tabelle 10 sind ausgewählte Einsatzmerkmale der RTW-Dokumentation für Fälle ohne Notarztbeteiligung zu entnehmen. Im Gegensatz zu den Datensätzen notarztbesetzter Rettungsmittel hat die Zahl von RTW-Datensätzen um fast 72.000 und damit um 9 % zugenommen. Dieser Anstieg war ausschließlich durch Primäreinsätze verursacht, Verlegungsfahrten sind um 732 bzw. 3,6 % zurückgegangen. Die relativen Anteile von Patiententransporten, ambulanten Behandlungen und Fehleinsätzen waren gegenüber 2024 fast unverändert. Deutlich zugenommen haben sowohl absolut als auch relativ Einsätze, bei denen therapeutische Maßnahmen wie das Legen einer Verweilkanüle oder die Verabreichung einer Infusion oder von Medikamenten dokumentiert wurden. Dies ist mit hoher Wahrscheinlichkeit Ausdruck einer Kompetenzerweiterung von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern. Erstmals in der Tabelle dargestellt werden Anzahl und Anteil von Tracerdiagnosen. Auch wenn der Anteil der Tracerdiagnosen am Gesamt-Einsatzgeschehen von RTW ohne Notarztbeteiligung identisch ist zum Vorjahr, hat die absolute Zahl doch um ca. 10.000 Fälle zugenommen. In gleicher Größenordnung nahmen Einsätze mit Tracerdiagnosen bei Notarzteinsätzen ab, hier machte sich also eine Verschiebung der Einsatzschwerpunkte von früher notärztlich beschickten Fällen bemerkbar.

Einsatzmerkmal	Anzahl	Anteil (%)
Datensätze insgesamt	852.271	100,0
Primäreinsätze	832.717	97,7
Sekundäreinsätze	19.554	2,3
Patiententransporte	590.154	69,2
ambulante Versorgungen vor Ort	146.079	17,1
Fehleinsätze	60.637	7,1
Erkrankungsfälle (eindeutige Erkrankungen)	488.109	57,3
unklare Erkrankungen	45.946	5,4
Verletzungsfälle (eindeutige Verletzungen)	195.267	22,9
Fälle mit Tracerdiagnose	97.934	11,5
sonstige Verletzungen	6.200	0,7
parenteralen Zugang gelegt	204.781	24,0
Infusion verabreicht	198.857	23,3
Medikament verabreicht	83.569	9,8
Temperaturmessung	758.378	89,0
verzögerte Patientenübergabe	6.040	0,7
nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit	6.332	0,7
kein Notarzt in angemessener Zeit verfügbar	321	0,0
Patientin/Patient lehnt indizierte Therapie ab	6.982	0,8
bewusster Therapieverzicht	2.715	0,3

Tabelle 10: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Einsatzmerkmale

Patientenkollektiv

Die Geschlechterverteilung zeigte bei Fällen ohne Notarztbeteiligung in den letzten Jahren nur kleine Schwankungen: 52 % der Einsätze galten Patientinnen, 48 % Patienten. In 0,04 % der Fälle wurde als Geschlecht divers angegeben. Die Verteilung der Einsätze auf die unterschiedlichen Altersgruppen folgte in etwa der gleichen Systematik wie bei Notarzteinsätzen (siehe Abbildung 25).

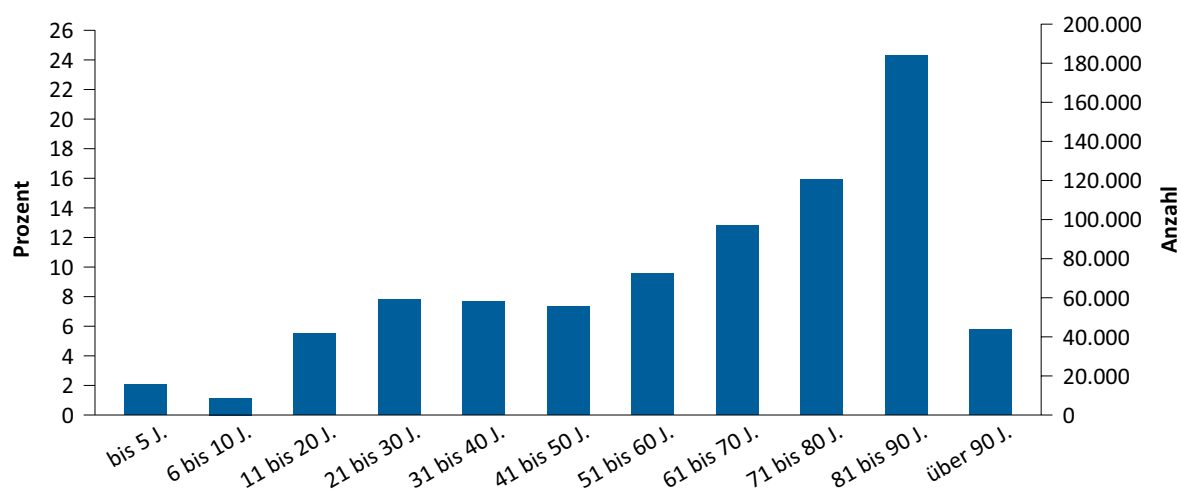


Abbildung 25: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Altersgruppen

Korrespondierend zu der im Kapitel 1.2.2 beschriebenen Entwicklung wies die Verteilung der M-NACA-Kategorien eine Entwicklung hin zu schwerer erkrankten bzw. verletzten Patientinnen und Patienten auf (siehe Abbildung 26). Der relative Anteil mit den Kategorien M-NACA 2 oder 3 ging um 2 % zurück, solche mit den M-NACA-Kategorien 4 und 5 nahmen hingegen um je 1 % zu.

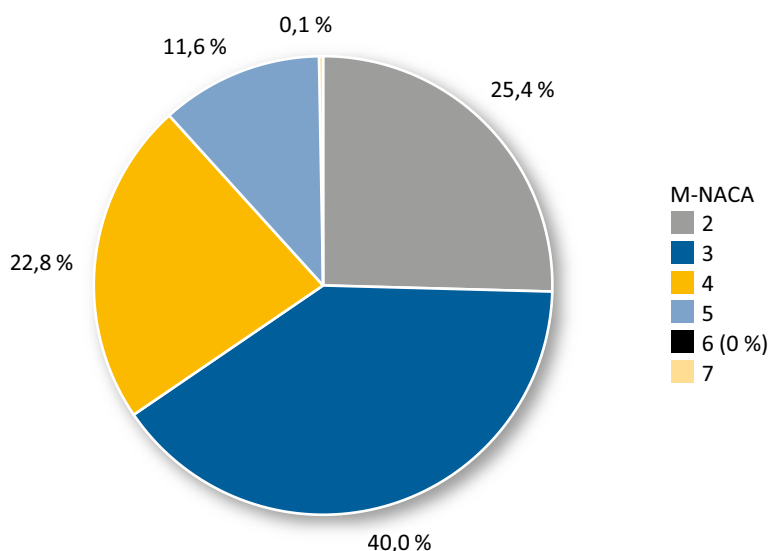


Abbildung 26: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: M-NACA

In den Abbildungen 27 und 28 finden sich die jeweiligen Diagnose- und Verletzungsgruppen. Der Vergleich mit den korrespondierenden Abbildungen der Notarzteinsätze (siehe Abbildungen 16 und 17) zeigte deutliche Unterschiede im Patientenkollektiv zwischen den Einsätzen mit und ohne Notarztbeteiligung: Während Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung mit 43 % den deutlich höchsten Anteil einnahmen, war dies zwar auch ohne Notarztbeteiligung noch der Fall, stellten jedoch hier einen Anteil von nur 29 % dar. Atemwegserkrankungen waren unter den Notarzteinsätzen ebenfalls deutlich höher repräsentiert

als bei Einsätzen von RTW ohne notärztliche Beteiligung (14 % versus 10 %), bei Abdominalerkrankungen war das Verhältnis umgekehrt (9 % versus 14 %). Auch die Infektions- und sonstigen Erkrankungen hatten bei Fällen ohne Notarztbeteiligung einen höheren Anteil am Einsatzgeschehen.

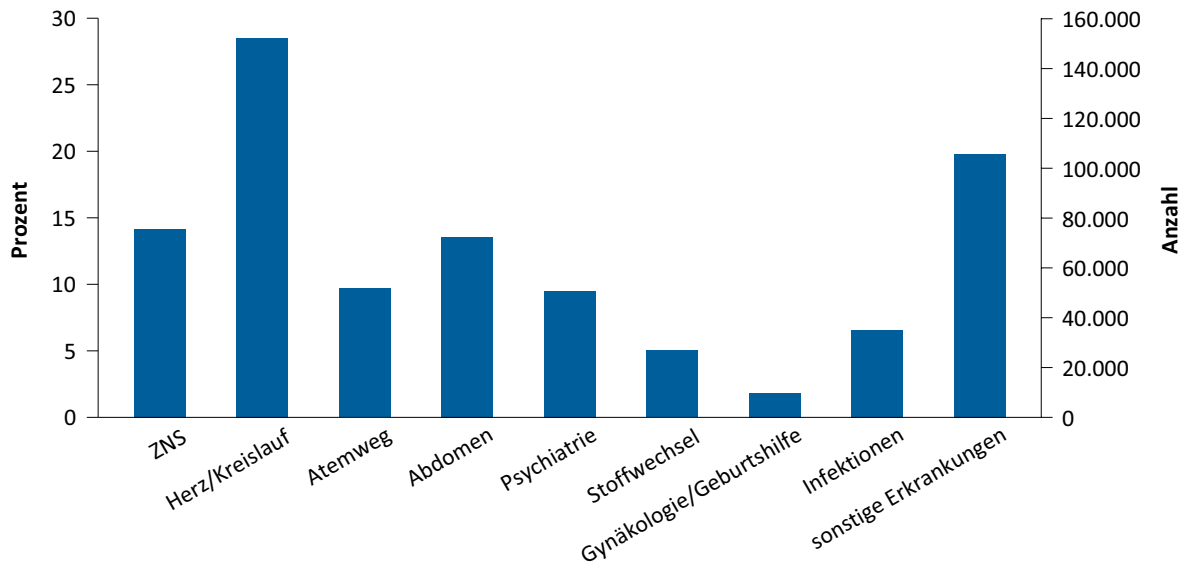


Abbildung 27: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungsgruppen

Das Verhältnis von Verletzungen wies bei Einsätzen mit und ohne notärztliche Beteiligung geringere Unterschiede auf als die Relationen der Erkrankungen. Hier war nur eine deutlich höhere Repräsentanz von Gesichtsverletzungen bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung zu erkennen. Schädel-Hirn- und Extremitätenverletzungen waren sowohl bei Einsätzen mit als auch ohne Notarztbeteiligung am häufigsten vertreten.

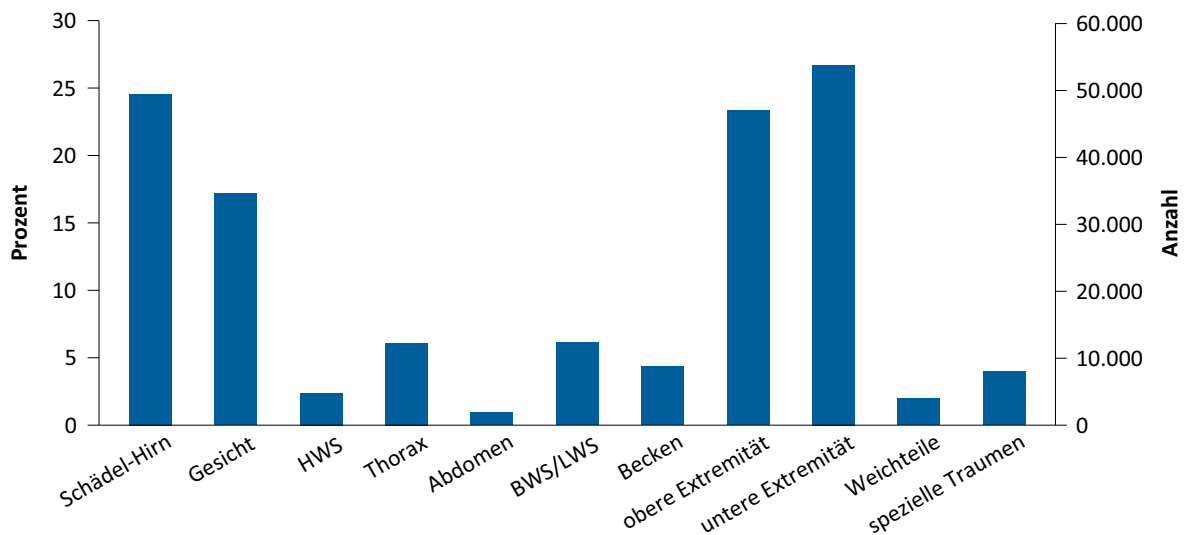


Abbildung 28: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Verletzungsgruppen

Die Verteilung der häufigsten Diagnosegruppen und Verletzungen im Tagesverlauf (siehe Abbildung 29) ähnelte sehr dem Verlauf bei Notarzteinsätzen, wobei die traumabedingten Einsätze ohne Notarztbeteiligung eher eine zweigipfelige Form als einen kontinuierlichen Anstieg aufwiesen.

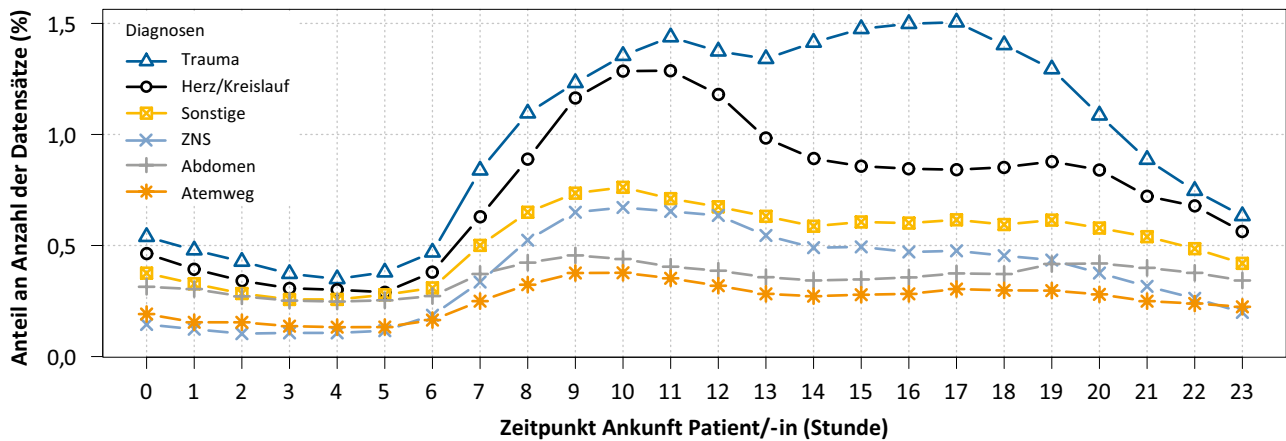


Abbildung 29: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: tageszeitliche Einsatzverteilung – Diagnosen

Korrespondierend zu dem insgesamt höheren Anteil mit einer geringeren Erkrankungs-/Verletzungsschwere (M-NACA 2) im Vergleich zu Fällen mit notärztlicher Beteiligung (siehe Abbildung 20) fand sich auch bei der Betrachtung einzelner Erkrankungsgruppen ein deutlich höherer Anteil dieser Graduierungen (siehe Abbildung 30). In Übereinstimmung mit Notarzteinsätzen waren solche Fälle besonders häufig bei abdominalen oder sonstigen Erkrankungen. Den höchsten Anteil mit lebensbedrohlichen Störungen hatten Erkrankungen der Atemwege und Stoffwechselerkrankungen. Hier waren Hypoglykämie und Exsikkose die häufigsten Diagnosen. Ähnlich wie bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung waren Verletzungen von Thorax, Abdomen und Becken die Verletzungsgruppen mit dem höchsten Anteil lebensbedrohlicher Situationen (siehe Abbildung 31).

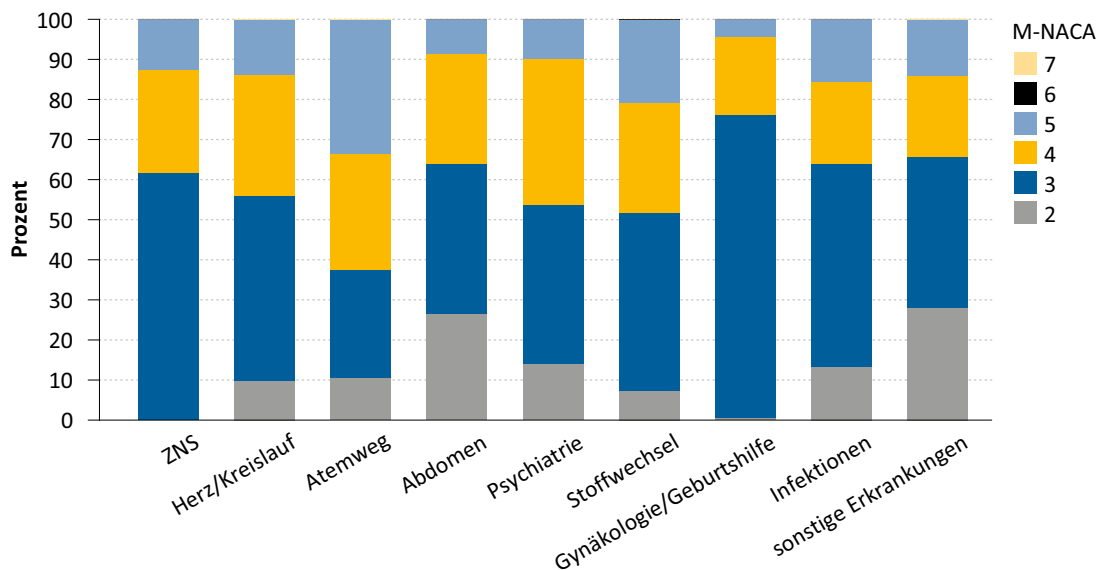


Abbildung 30: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungsgruppen/M-NACA

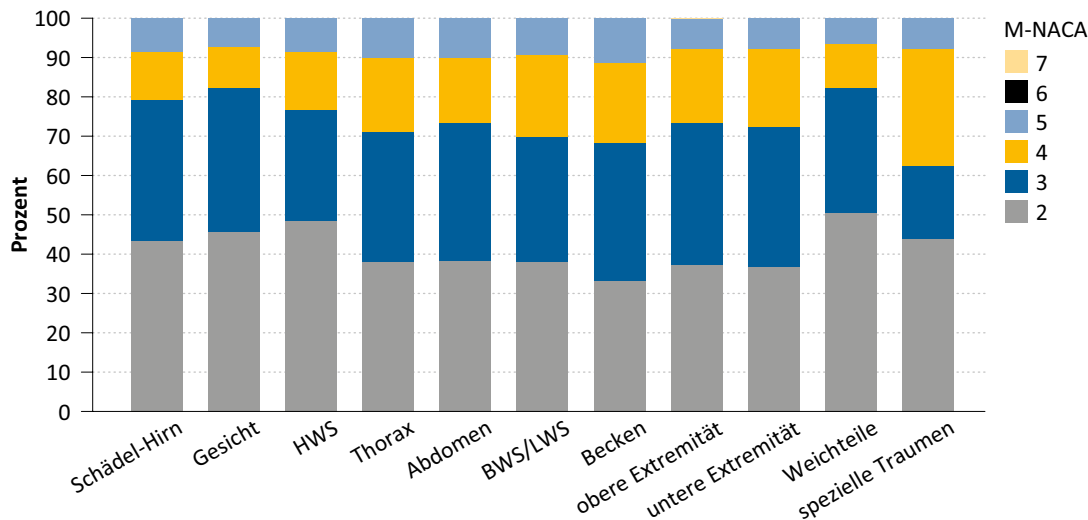


Abbildung 31: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Verletzungsgruppen/M-NACA

Bei der Betrachtung des Verhältnisses von Erkrankungen und Verletzungen in den unterschiedlichen Altersstufen fiel auf, dass die Kurve im Vergleich zu den Notarzteinsätzen einen deutlich anderen Verlauf bei der jüngsten und ältesten Gruppe bildete (siehe Abbildung 32). Hier waren die Verletzungen in der Relation deutlich stärker repräsentiert als bei Fällen mit notärztlicher Beteiligung. Offensichtlich lagen mehr leichtere Verletzungen vor, die auch ohne eine notärztliche Beteiligung ausreichend behandelt werden konnten. Wie aus Abbildung 34 ersichtlich wird, fanden sich bei der Gruppe der bis 10-Jährigen besonders häufig Schädel-Hirn- und Gesichtsverletzungen, der gleiche Verletzungsschwerpunkt dominierte bei den über 80-Jährigen. Dort zeigte sich zusätzlich ein hoher Anteil an Verletzungen der Extremitäten.

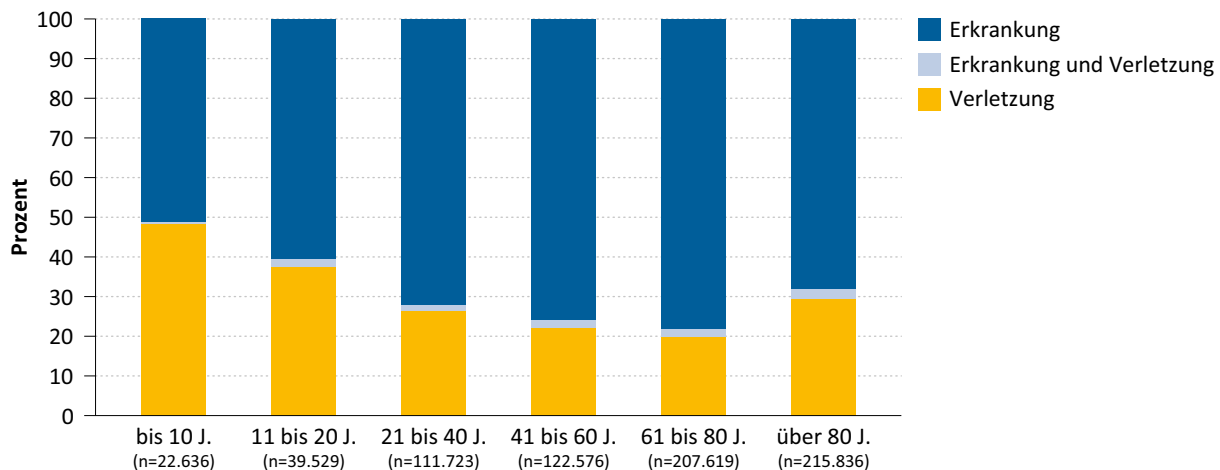


Abbildung 32: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungen und Verletzungen/Altersgruppen

Klare Altersabhängigkeiten bestimmter Erkrankungsgruppen bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung fanden sich insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen und psychiatrischen Erkrankungen (siehe Abbildung 33). Während die Herz-Kreislauf-Erkrankungen ähnlich wie bei Notarzteinsätzen mit zunehmendem Alter an Häufigkeit gewannen, stieg die Zahl der psychiatrischen Erkrankungen von der Altersgruppe der bis 10-Jährigen zur Altersgruppe der 11- bis 20-Jährigen sprunghaft an – bedingt durch den hohen Anteil von Vergiftungsfällen in dieser Gruppe. Mit zunehmendem Alter nahm der Anteil dann kontinuierlich ab. Die gynäkologischen/ geburtshilflichen Fälle, deren Anteil deutlich höher war als bei Notarzteinsätzen, nahm zunächst kontinuierlich zu, um in der Gruppe der 21- bis 40-Jährigen ihr Maximum zu erreichen. Hauptursache hierfür waren Transporte zur Geburt in die Klinik sowie vaginale Blutungen.

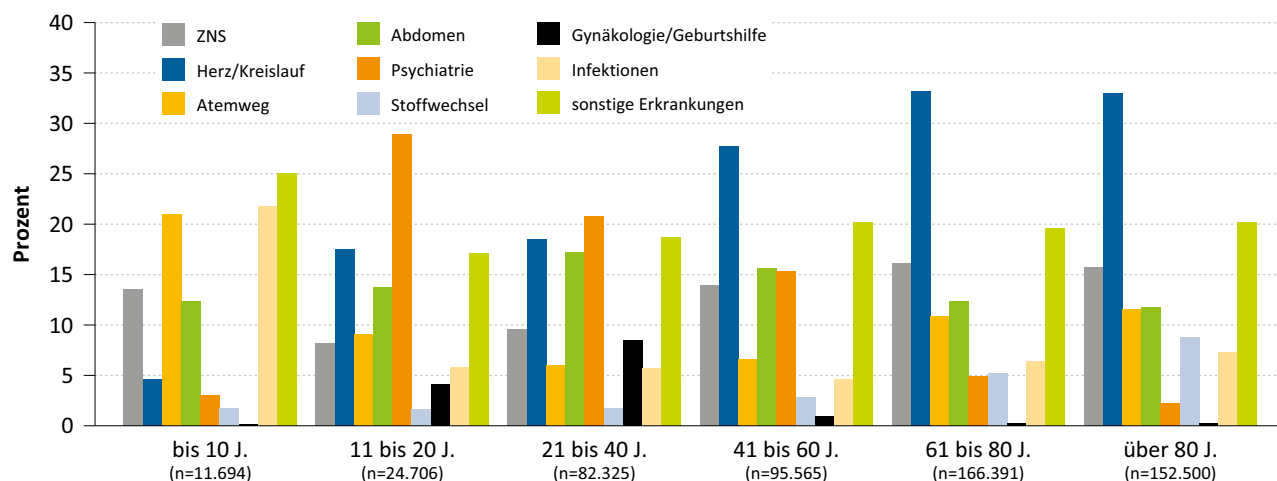


Abbildung 33: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungsgruppen/Altersgruppen

Im Gegensatz zu Fällen mit Notarztbeteiligung (siehe Abbildung 24) kamen RTW alleine anteilig deutlich häufiger bei Verletzungen von Schädel-Hirn bzw. Gesicht zum Einsatz, dies galt für alle Altersgruppen (siehe Abbildung 34). In der Altersgruppe der bis 10-Jährigen betrug der Anteil dieser Verletzungen fast 65 % und lag damit doppelt so hoch wie bei Notarzteinsätzen. Bei Verletzungen der Extremitäten war der Anteil bei Notarzt- und RTW-Einsätzen in allen Altersstufen in etwa gleich hoch – außer bei den bis zu 10-Jährigen, die einen größeren Anteil bei Notarzteinsätzen aufwiesen.

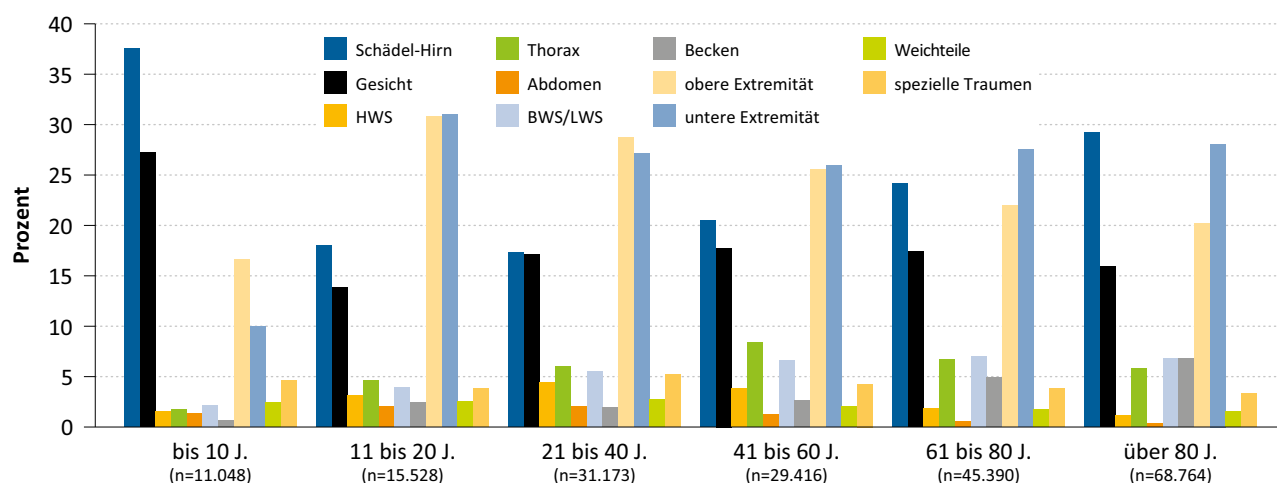


Abbildung 34: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Verletzungsgruppen/Altersgruppen

Kapitel 2

Ergebnisse

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg

2.1 Qualitätsindikatoren

Für jeden Indikator werden einführend kompakte Hinweise zur methodischen Grundlage der Berechnung vorangestellt. Sie enthalten die wesentlichen Informationen der auf der Internetpräsenz der SQR-BW verfügbaren Datenblätter und ergänzen diese in Teilen. Diese Basisinformationen sind – sofern keine Änderungen an den Indikatoren vorgenommen wurden – identisch mit dem Vorjahr. Aufgrund von Rückmeldungen zum Qualitätsbericht wurden diese Informationen zur Abgrenzung von den eigentlichen inhaltlichen Indikatorergebnissen durch einen grau gefärbten Hintergrund markiert. Leserinnen und Leser, denen die Basisinformationen zu den Indikatoren bereits bekannt sind, können diesen Abschnitt jeweils überspringen, um gleich zu den Ergebnissen zu gelangen. Änderungen der Rechenregeln haben unterschiedliche Auswirkungen auf einzelne Indikatorberechnungen und die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit den Vorjahren – dies wird an entsprechender Stelle näher erläutert.

Die Auswertungsergebnisse der einzelnen Indikatoren werden gemeinsam mit deren Vorjahresergebnissen in den entsprechenden Unterkapiteln tabellarisch und grafisch dargestellt. Dabei gilt:

Ist das Indikatorergebnis ein Prozentwert, stellt es den Anteil der Fälle innerhalb der Grundgesamtheit (Fallzahl) dar, der die Indikatorkriterien erfüllt. Ist das Indikatorergebnis ein Zeitwert, so wird es als Median oder 95. Perzentil, für einen einzigen Indikator auch als 90. Perzentil dargestellt. Grundsätzlich gelten fehlende Angaben zu erforderlichen Maßnahmen als nicht erfüllt.

Für die Ermittlung des Landeswertes werden die jeweiligen Rechenregeln auf alle Daten der jeweiligen Datenquelle(n) angewendet. Darüber hinaus werden einige Indikatorergebnisse für verschiedene inhaltlich relevante Subgruppen dargestellt. Hier enthält die Grundgesamtheit nur eingeschlossene Fälle der entsprechenden Subgruppe.

In der Vergangenheit galt als Maßstab zur Erkennung rechnerisch auffälliger Ergebnisse der Vergleich des jeweiligen Standortergebnisses mit dem Landeswert als Referenz. Da sich das Ergebnis des Landeswertes jährlich ändert, änderte sich damit auch der Referenzwert von Jahr zu Jahr. Für einzelne ratenbasierte Qualitätsindikatoren war in den letzten Jahren allerdings zu beobachten, dass nach einem kontinuierlichen Trend zur Verbesserung der Ergebnisse in den Vorjahren nun eine Verschlechterung eintrat. Standorte, die im Vorjahr als „auffällig“ eingestuft werden mussten, erhielten trotz unverändert schlechtem Ergebnis aufgrund eines absinkenden Landeswertes plötzlich eine Einstufung als „unauffällig“. Das widerspricht dem Prinzip eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, welches allen Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Systemen zugrunde liegt. Daher wurde erstmals für das Datenjahr 2024 für einige wenige ratenbasierte Qualitätsindikatoren ein fester Referenzwert eingeführt, der die Orientierung am Landeswert immer dann ablöst, wenn der Landeswert ein schlechteres Ergebnis darstellt als der feste Referenzwert. Ist der Landeswert besser, gilt weiterhin der Landeswert als Referenz. Für die zeitbasierten Qualitätsindikatoren **Ausrückzeit** und **Gesprächsannahmezeit** gibt es im Rettungsdienstplan verbindliche Zeitvorgaben. Diese Zeitvorgaben sind ebenfalls als feste Referenzwerte dieser Indikatoren in das Set der Qualitätsindikatoren übernommen worden, hier spielt das Ergebnis des Landeswertes keine Rolle mehr. Für die **Gesprächsannahmezeit** wird seit 2024 daher auch das 90. Perzentil dargestellt. Weiterhin wurde durch einen Beschluss des Beirats der SQR-BW für die **Ausrückzeit** der Luftrettung bei Primäreinsätzen im Gestuften Dialog für den Median der feste Referenzwert 3 Minuten und 30 Sekunden festgelegt.

Sofern es für einzelne Indikatoren feste Referenzwerte gibt, sind diese in den Ergebnisgrafiken jeweils als durchgehende horizontale gelbe Linie erkennbar. Diese Referenzwertlinie wird sich in den allermeisten Fällen vom Ergebnis des Landeswertes unterscheiden. Dort, wo es keine festen Referenzwerte gibt, bildet nach wie vor der Landeswert den Vergleichsmaßstab. Dieser ist in den folgenden Abbildungen jeweils als graue Säule auf der linken Seite oder als horizontale graue Linie dargestellt.

Hinweis: Zwischen Gesamtergebnissen und Summen der einzelnen Subgruppen können Fallzahldifferenzen bestehen, die durch nicht errechenbare Teilmengen aufgrund von fehlenden, unvollständigen oder nicht verknüpfbaren Daten verursacht sind.

Im Falle nicht dokumentierter Datenfelder bei Notarzteinsätzen können diese ggf. anhand weiterer Datenquellen ergänzt werden. Seit 2019 fließen auch Daten aus der RTW-Dokumentation in die Analysen ein.

Die Datenqualität und damit auch die Validität der Auswertungsergebnisse wurden auch im Datenjahr 2025 durch verschiedene Probleme negativ beeinflusst: So bestanden weiterhin gravierende Einschränkungen durch den fehlenden Export von Angaben aus optionalen Feldern an die SQR-BW. Damit standen – wie in den Vorjahren – wesentliche Informationen zu Abschlussbefunden und IDs der Zielkliniken nicht für die Auswertung zur Verfügung. Da dies bei Notarzteinsätzen auftrat, bei denen kein Patiententransport stattfand oder der Transport ohne notärztliche Begleitung erfolgte, mussten diese Einsätze weiterhin aus der Auswertung ausgeschlossen werden, sodass die Grundgesamtheit einiger notärztlicher Indikatoren künstlich verkleinert war. Bei RTW-Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung kam dieses Problem nicht zum Tragen, da in diesen Fällen die Abschlussbefunde Pflichtfelder und keine optionalen Felder sind. Auch die Gestaltung der Dokumentationsoberfläche kann die Dokumentationsqualität beeinflussen: Die auffällig geringe Dokumentationshäufigkeit eines 12-Kanal-EKGs bei einem Dokumentationssystem war laut Rückmeldungen u. a. aus dem Gestuften Dialog darauf zurückzuführen, dass zur Dokumentation des 12-Kanal-EKGs Untermenüs geöffnet werden müssen. Häufig wird dann das 12-Kanal-EKG stattdessen im Freitextfeld dokumentiert, welches jedoch kein Bestandteil des MIND ist und durch die SQR-BW nicht ausgewertet werden kann. Weitere Probleme resultieren aus einer fehlenden Dokumentierbarkeit bestimmter Bestandteile des MIND und aus einer systematischen Übermittlung falscher Werte durch die Dokumentationssoftware (bei einem Dokumentationssystem standen bei den Einsatzbesonderheiten zeitweise „bewusster Therapieverzicht“ und „Pat. lehnt Transport ab“ nicht zur Auswahl, bei einem anderen Dokumentationssystem wurde der erste gemessene Blutzuckerwert nicht übermittelt, wenn im gleichen Feld mit einem früheren Zeitstempel „nicht gemessen“ dokumentiert worden war, u. v. m.). Obwohl diese Probleme teilweise bereits vor Jahren an die Softwarehersteller gemeldet wurden, sind sie immer noch nicht vollständig behoben oder erneut aufgetaucht. Hieraus resultierte eine teilweise massive Verfälschung einiger Indikatorergebnisse, sodass zahlreiche Indikatoren für das Datenjahr 2025 nicht zur Messung der Qualität geeignet sind.

Wie in den vergangenen Jahren werden für ausgewählte Indikatoren Rangsummen der einzelnen Rettungsdienstbereiche dargestellt. Bei der Rangermittlung werden die Rettungsdienstbereiche nach ihrem rechnerischen Indikatorergebnis in aufsteigender Reihenfolge sortiert, sodass der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis den höchsten Punktwert von 35 und der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch schlechtesten Ergebnis den niedrigsten Punktwert erhält. Fehlende Ergebnisse haben keinen Punktwert. Die jeweilige Rangsumme ergibt sich aus der Addition der einzelnen Punktwerte.

Qualitätsindikator	Nr.
Zeiten im Einsatzablauf	
Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen	3-4
Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle	3-1
Ausrückzeit	3-2
Fahrzeit	3-3
Prähospitalzeit	3-5
Dispositionsqualität	
Richtige Einsatzindikation	4-1
Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel	4-2
Notarztindikation	4-3
Diagnostik und Monitoring	
Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung	5-1
Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten	5-2
Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten	5-9
Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung	5-3
Versorgung und Transport	
ST-Hebungsinfarkt – 12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz	5-12
ST-Hebungsinfarkt – ASS-Gabe	5-11
ST-Hebungsinfarkt – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.	5-6-1
ST-Hebungsinfarkt – Primärer Transport: Klinik mit PCI	6-1-1
Polytrauma/schwerverletzt – Leitliniengerechte Versorgung	5-4-2
Polytrauma/schwerverletzt – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.	5-6-2
Polytrauma/schwerverletzt – Primärer Transport: regionales/überregionales Traumazentrum	6-1-2
Akutes zentral-neurologisches Defizit – Leitliniengerechte Versorgung	5-4-4
Akutes zentral-neurologisches Defizit – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.	5-6-4
Akutes zentral-neurologisches Defizit – Primärer Transport: Klinik mit Schlaganfalleinheit	6-1-4
Atemnot – Leitliniengerechte Versorgung	5-4-3
Sepsis – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.	5-6-6
Herz-Kreislauf-Stillstand – Reanimationserkennung durch die Leitstelle	3-7
Herz-Kreislauf-Stillstand – Kapnografie bei Reanimation	5-10
Herz-Kreislauf-Stillstand – ROSC bei Klinikaufnahme	7-2
Herz-Kreislauf-Stillstand – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.	5-6-5
Schmerzreduktion	7-3
Patientenanmeldung Zielklinik	6-6

Tabelle 11: Qualitätsindikatoren der SQR-BW

2.2 Zeiten im Einsatzablauf

Der zeitliche Ablauf eines Rettungsdiensteinsatzes ist in einzelne Zeitintervalle unterteilbar (siehe Abbildung 35). Patientinnen und Patienten mit akuten Verletzungen und Erkrankungen profitieren von einer zeitnahen rettungsdienstlichen und anschließend klinischen Behandlung. Demzufolge sind angemessen kurze Teilzeiten anzustreben.

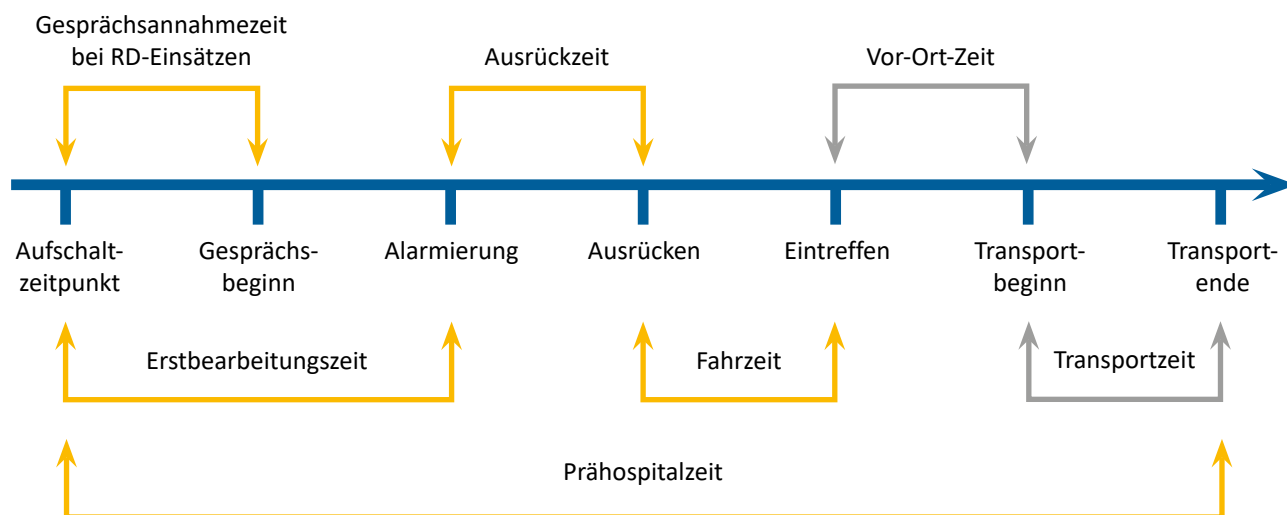


Abbildung 35: Zeiten im Einsatzablauf: zeitbasierte Qualitätsindikatoren und weitere Intervalle

2.2.1 Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen

► Datenquelle: Leitstellendaten

► Methodik: Der Indikator bildet die Wartezeit von Anrufern auf Notrufleitungen zwischen Herstellen der Telefonverbindung und Entgegennahme des Gesprächs ab. Die Berechnung erfolgt einsatzbezogen auf Basis der Leitstellenzuständigkeit.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- alle Rettungsmittel eines Einsatzes haben dieselbe eindeutige Einsatznummer
- pro Einsatz ist ein zum initialen Anruf gehöriger Leitungstyp (siehe Kapitel 1.2.1) vorhanden
- plausible Zeitdifferenzen (siehe Tabelle 12)

Prüfung	Zeitdifferenz
Aufschaltzeitpunkt bis Gesprächsbeginn	≥ 0 Sek. und ≤ 85 Sek.

Tabelle 12: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Gesprächsannahmezeit

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	862.273	814.175
► Ergebnis (Median/90. Perz./95. Perz. in mm:ss):	00:05/00:12/00:17	00:05/00:13/00:17
► Referenzbereich:	90. Perzentil ≤ 15 Sekunden	

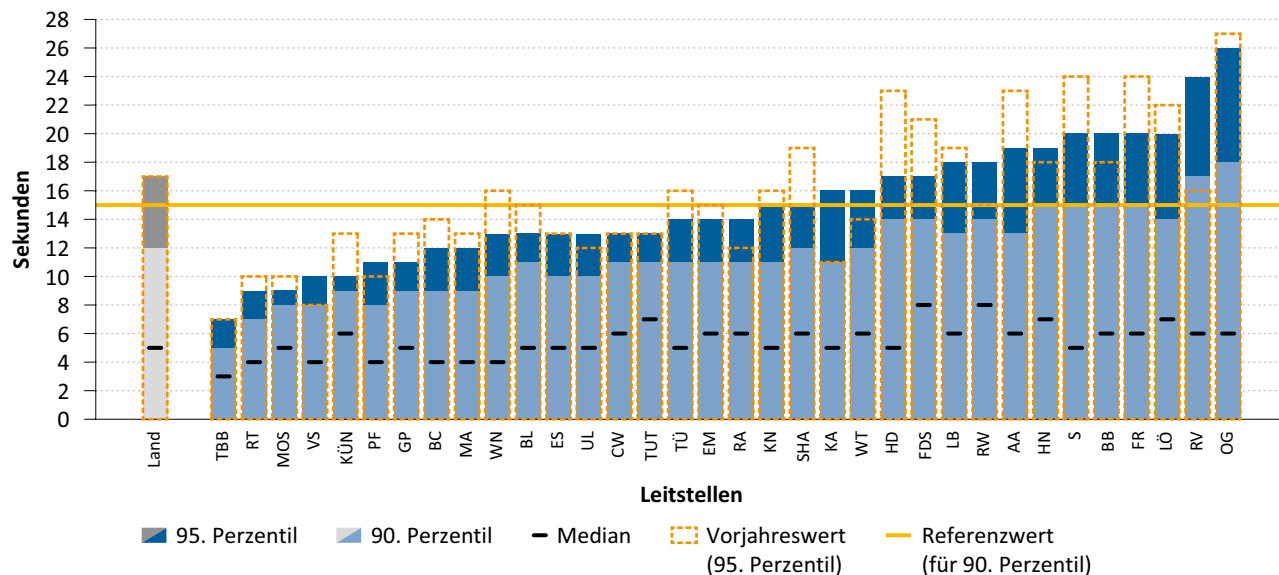


Abbildung 36: Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdienstseinsätzen

(Anmerkung: Aufgrund des [neuen] fixen Referenzwerts von 15 Sekunden, der für das 90. Perzentil Gültigkeit hat, sind in der Grafik neben den Ergebnissen für das 95. Perzentil [dunkelgraue/dunkelblaue Säulen] auch die Ergebnisse für das 90. Perzentil [hellgraue/hellblaue Säulen] dargestellt.)

2.2.2 Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle

► Datenquelle: Leitstellendaten

► Methodik: Der Indikator bildet den Zeitraum vom Anrufeingang bis zur ersten Rettungsmittelalarmierung ab. Die Berechnung erfolgt einsatzbezogen auf Basis der Leitstellenzuständigkeit.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- alle Rettungsmittel eines Einsatzes haben dieselbe eindeutige Einsatznummer
- für das erstalarmierte Rettungsmittel ist Sondersignal bei Anfahrt erkennbar
- keine nachträgliche Sondersignal-Hochstufung
- plausible Zeitdifferenzen (siehe Tabelle 13)

Prüfung	Zeitdifferenz
Aufschaltzeitpunkt bis Initialalarmierung	> 45 Sek. und ≤ 15 Min.

Tabelle 13: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Erstbearbeitungszeit

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis bei Notarzteinsätzen
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Einsatzart
- Indikatorergebnis bei Gesprächsannahme vor/nach Alarmierung
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Leitungstyp
- Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	615.274	607.280
▶ Ergebnis (Median/95. Perz. in mm:ss):	02:19/04:45	02:18/04:43
▶ Referenzbereich:	≤ Median Landeswert	

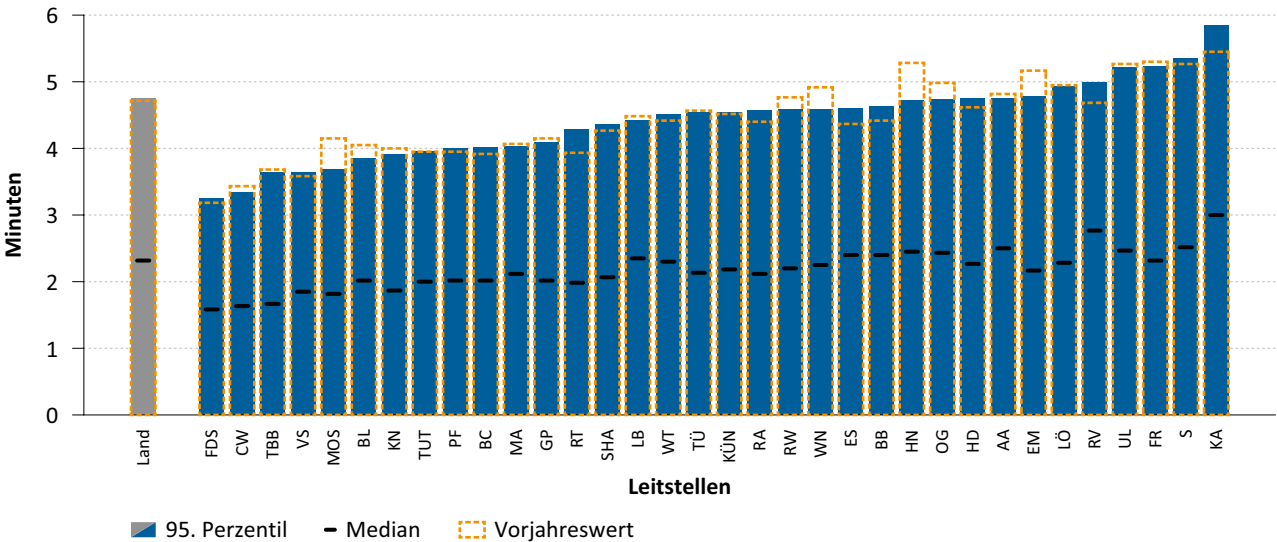


Abbildung 37: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle

Indikatorberechnung in Subgruppen

Notarzteinsatz	Fallzahl	Median	95. Perz.
ja	200.872	02:09	04:23
nein	414.402	02:24	04:54

Tabelle 14: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis bei Notarzteinsatz (in mm:ss)

Einsatzart	Fallzahl	Median	95. Perz.
Primäreinsatz	598.319	02:19	04:43
Sekundäreinsatz	16.955	02:32	05:42

Tabelle 15: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Einsatzart (in mm:ss)

Gesprächsende vor oder nach Alarmierung	Fallzahl	Median	95. Perz.
Gesprächsende und Alarmierung zeitgleich	3.629	01:51	03:34
Gesprächsende vor Alarmierung	446.794	02:27	04:59
Gesprächsende nach Alarmierung	163.128	01:58	03:59

Tabelle 16: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis bei Gesprächsannahme vor/nach Alarmierung (in mm:ss)

Leitungstyp	Fallzahl	Median	95. Perz.
Notrufleitung	467.025	02:20	04:41
Krankentransport	57.274	02:27	05:11
Kassenärztlicher Notfalldienst	16.184	02:23	05:15
sonstige Leitung	74.761	02:04	04:40
keine Angabe	30	02:02	03:28

Tabelle 17: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Leitungstyp (in mm:ss)

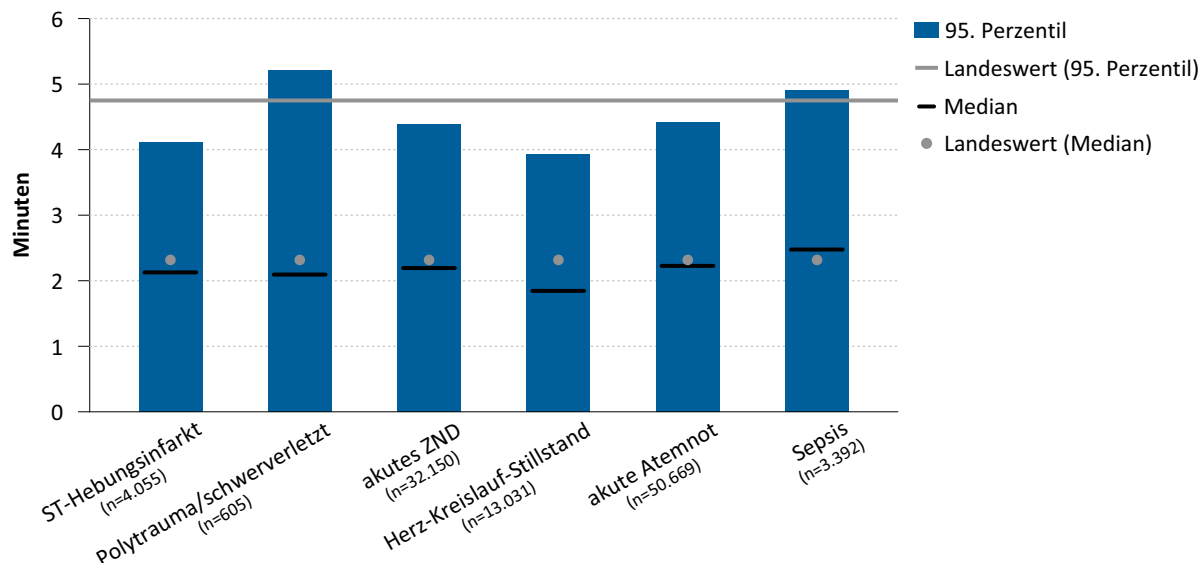


Abbildung 38: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen

2.2.3 Ausrückzeit

► Datenquelle: Leitstellendaten

► Methodik: Der Indikator bildet den Zeitraum zwischen der Alarmierung und dem Ausrücken, also der Abfahrt/dem Abflug des komplett besetzten Rettungsmittels in Richtung des Einsatzortes ab. Die Ausrückzeit wird jeweils separat für RTW, Hubschrauber und bodengebundene notarztbesetzte Rettungsmittel ermittelt. Die Berechnung erfolgt auftragsbezogen, sodass es bei Einsätzen mit mehr als einem Rettungsmittel mehrere Ausrückzeiten geben kann, die in die Auswertung einbezogen werden. Bei bodengebundenen Rettungsmitteln werden alle Sondersignalalarmierungen eigener Fahrzeuge einbezogen (Bereichszuständigkeit). Für die Auswertung der Ausrückzeit von Luftrettungsmitteln werden die Hubschrauber aus Baden-Württemberg in einem gemeinsamen Datenpool zusammengeführt.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Differenzierung von Sondersignal bei Anfahrt und Sondersignal bei Transport
- Erkennbarkeit von nachträglich angeordnetem Sondersignal
- korrekte Übermittlung des Rettungsmitteltyps
- plausible Zeitdifferenzen (siehe Tabelle 18)

Hinweis: Die jeweiligen Grenzen für die Zeitdifferenzen sind aus vorliegenden Daten empirisch abgeleitet. Die ggf. redundant wirkenden Kriterien sind erforderlich, weil nicht alle Datensätze sämtliche Status-Zeit-

stempel aufweisen. Liegt ein Zeitintervall eines Datensatzes außerhalb der Plausibilitätsgrenzen, wird dieser aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.

Prüfung	Zeitdifferenz
Alarmierung bis Ausrücken	> 0 Sek. und ≤ 10 Min.
Ausrücken bis Eintreffen	> 5 Sek. und ≤ 60 Min.
Ausrücken bis Transportbeginn	> 3 Min. und ≤ 2 Stunden
Ausrücken bis Transportende	> 10 Min. und ≤ 3 Stunden
Eintreffen bis Transportbeginn	> 30 Sek. und ≤ 90 Min.
Eintreffen bis Transportende	> 3 Min. und ≤ 2 Stunden

Tabelle 18: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Ausrückzeit

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung
- Indikatorergebnis im Tagesverlauf (Stundenintervalle)

Hinweis: Aufgrund der unterschiedlichen Betriebszeiten der Hubschrauber erfolgt diese Darstellung nur für bodengebundene Rettungsmittel.

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit der Tageszeit

Hinweis: Diese Analyse erfolgt nur für die Luftrettung.

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 9

Hinweis: Diese Analyse erfolgt nur für bodengebundene notarztbesetzte Rettungsmittel.

2.2.3.1 Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden)

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	229.068	274.007
► Ergebnis (Median/95. Perz. in mm:ss):	01:51/03:54	01:55/04:07
► Referenzbereich:	Median ≤ 90 Sekunden	

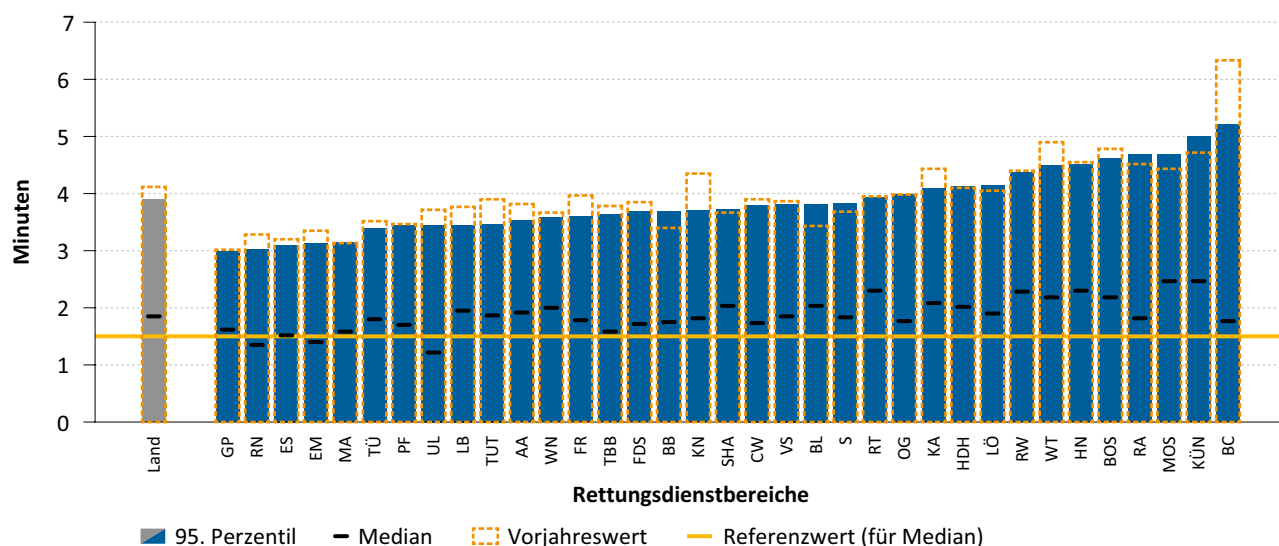


Abbildung 39: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden)

Indikatorberechnung in Subgruppen

Status 2 bei Alarm	Fallzahl	Median	95. Perz.
ja	192.104	01:55	03:56
nein	36.963	01:11	03:46
keine Angabe	1	00:24	00:24

Tabelle 19: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung (in mm:ss)

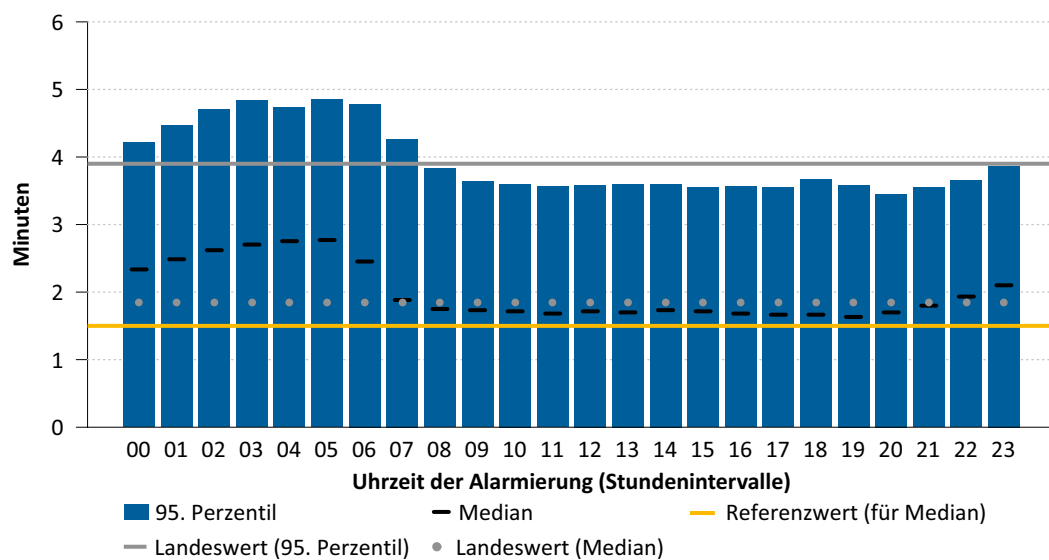


Abbildung 40: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis im Tagesverlauf (Stundenintervalle)

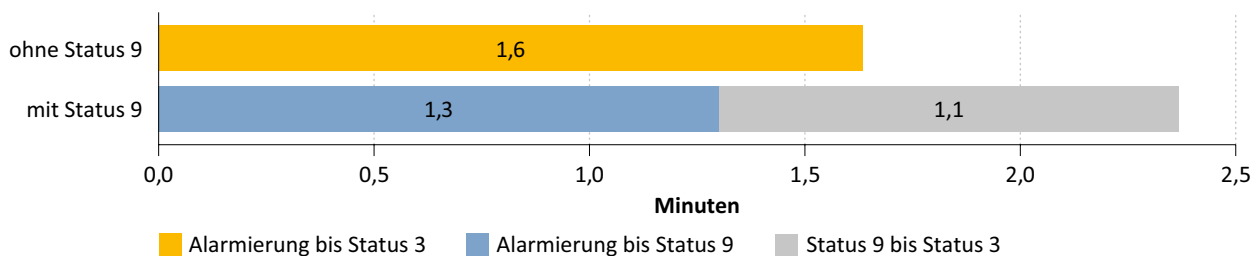


Abbildung 41: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 9 (Median)

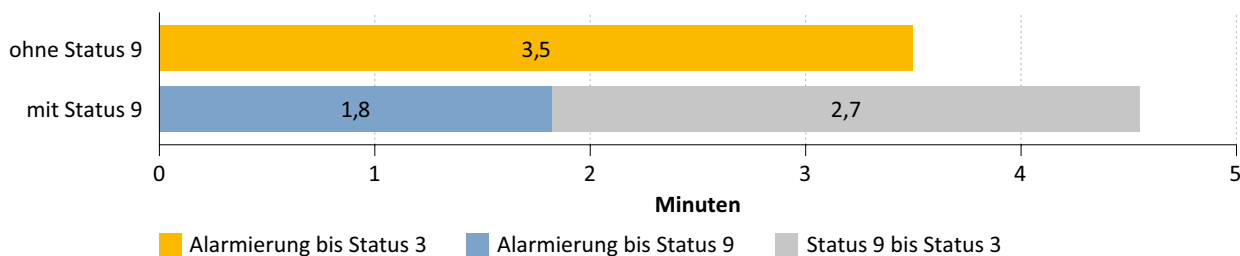


Abbildung 42: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 9 (95. Perzentil)

2.2.3.2 Ausrückzeit RTW

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	711.904	689.079
▶ Ergebnis (Median/95. Perz. in mm:ss):	01:12/02:49	01:13/02:51
▶ Referenzbereich:	Median ≤ 60 Sekunden	

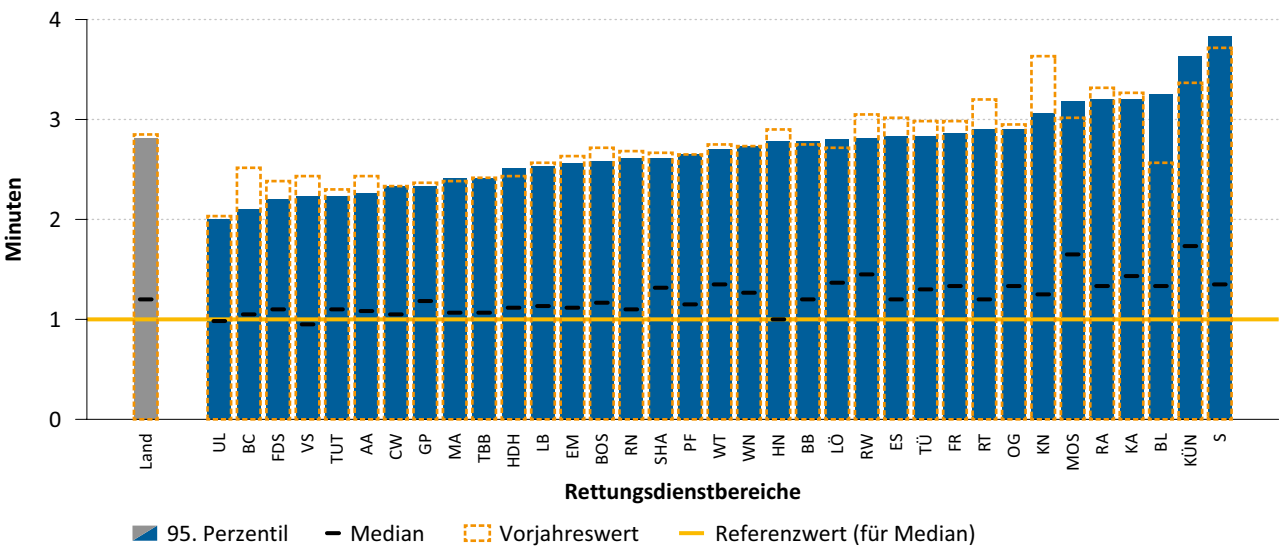


Abbildung 43: Ausrückzeit RTW

Indikatorberechnung in Subgruppen

Status 2 bei Alarm	Fallzahl	Median	95. Perz.
ja	500.936	01:18	02:41
nein	210.955	00:39	03:22
keine Angabe	13	02:01	07:17

Tabelle 20: Ausrückzeit RTW: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung (in mm:ss)

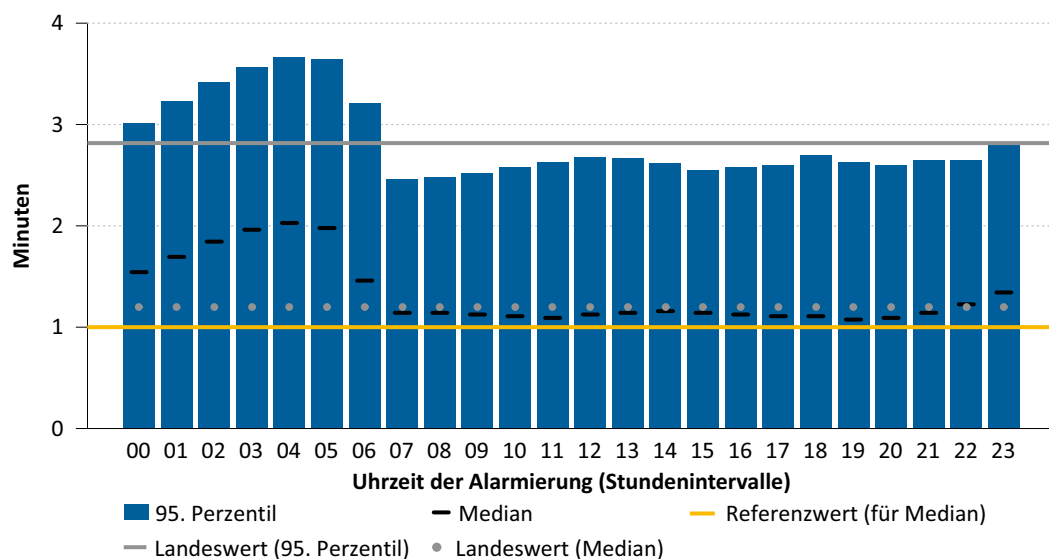


Abbildung 44: Ausrückzeit RTW: Indikatorendergebnis im Tagesverlauf (Stundenintervalle)

2.2.3.3 Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze)

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	6.790	7.048
▶ Ergebnis (Median/95. Perz. in mm:ss):	03:18/06:02	03:17/06:04
▶ Referenzbereich:	Median ≤ 3:30 Minuten	

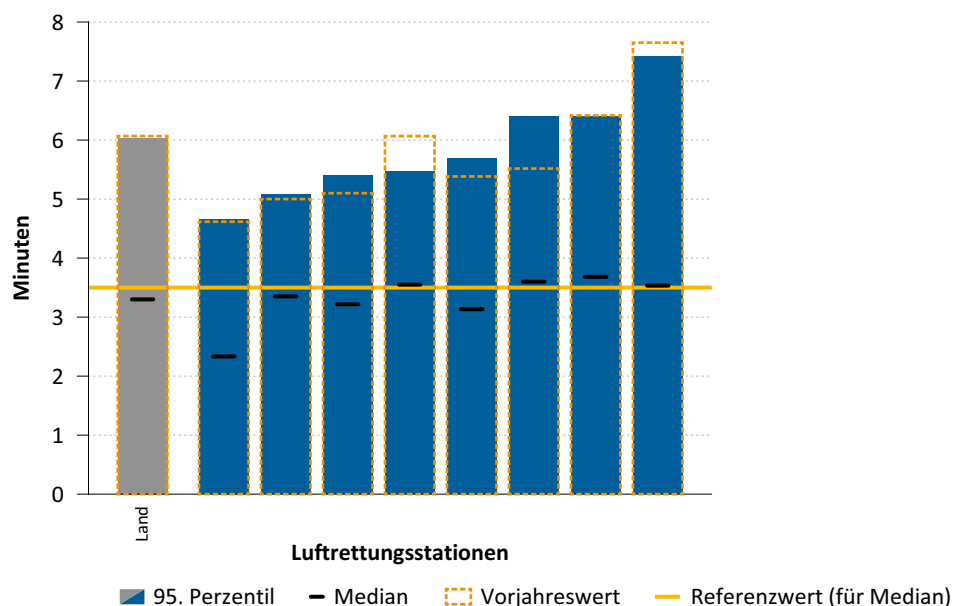


Abbildung 45: Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze)

Indikatorberechnung in Subgruppen

Tageszeit	Fallzahl	Median	95. Perz.
8 – 17 Uhr	4.966	03:16	05:48
17 – 8 Uhr	1.824	03:21	06:40

Tabelle 21: Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Tageszeit (in mm:ss)

Status 2 bei Alarm	Fallzahl	Median	95. Perz.
ja	5.332	03:22	05:58
nein	1.458	02:21	06:13

Tabelle 22: Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung (in mm:ss)

2.2.4 Fahrzeit

► Datenquelle: Leitstellendaten

► Methodik: Der Indikator bildet für bodengebundene Rettungsmittel den Zeitraum zwischen dem Ausrücken und der Ankunft am Einsatzort ab. Nur Einsätze von eigenen Rettungsmitteln mit Einsatzort innerhalb des Rettungsdienstbereichs werden einbezogen (Bereichszuständigkeit). Die Berechnung erfolgt auftragsbezogen, sodass bei Einsätzen mit mehr als einem Rettungsmittel auch mehrere Fahrzeiten in die Auswertung einfließen können.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Differenzierung von Sondersignal bei Anfahrt und Sondersignal bei Transport
- Erkennbarkeit von nachträglich angeordnetem Sondersignal
- korrekte Übermittlung des Rettungsmitteltyps
- plausible Zeitdifferenzen (siehe Tabelle 23)

Hinweis: Die jeweiligen Grenzen für die Zeitdifferenzen sind aus vorliegenden Daten empirisch abgeleitet. Die ggf. redundant wirkenden Kriterien sind erforderlich, weil nicht alle Datensätze sämtliche Status-Zeitstempel aufweisen. Liegt ein Zeitintervall eines Datensatzes außerhalb der Plausibilitätsgrenzen, wird dieser aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen.

Prüfung	Zeitdifferenz
Ausrücken bis Eintreffen	> 5 Sek. und ≤ 60 Min.
Ausrücken bis Transportbeginn	> 3 Min. und ≤ 2 Stunden
Ausrücken bis Transportende	> 10 Min. und ≤ 3 Stunden
Eintreffen bis Transportbeginn	> 30 Sek. und ≤ 90 Min.
Eintreffen bis Transportende	> 3 Min. und ≤ 2 Stunden

Tabelle 23: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Fahrzeit

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung

2.2.4.1 Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	204.375	244.744
▶ Ergebnis (Median/95. Perz. in mm:ss):	06:16/13:26	06:22/13:33

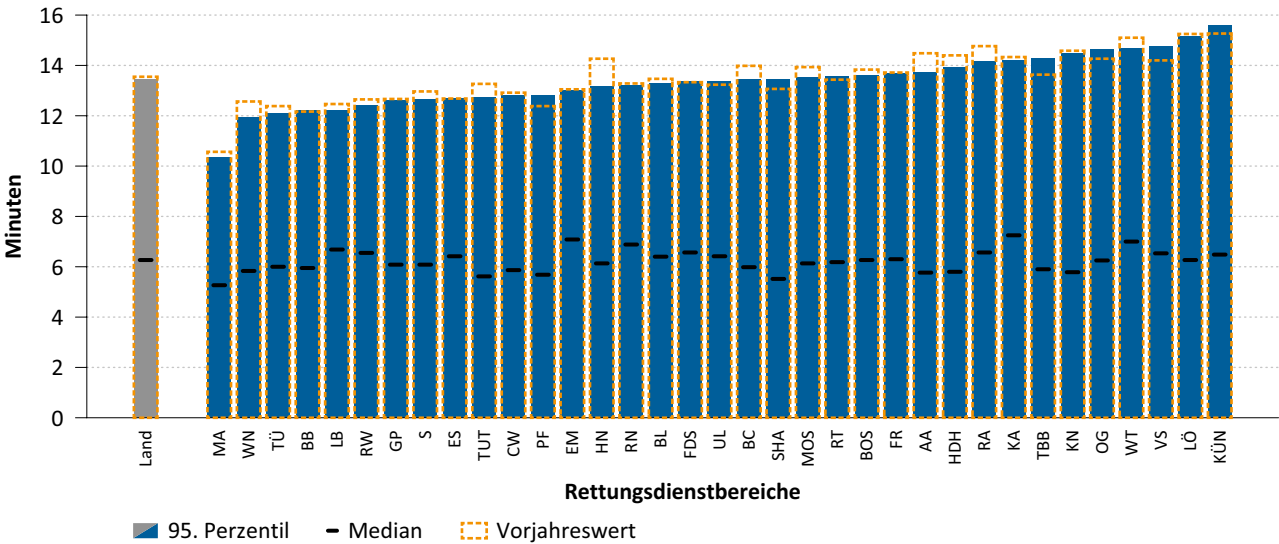


Abbildung 46: Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel

Indikatorberechnung in Subgruppen

Status 2 bei Alarm	Fallzahl	Median	95. Perz.
ja	171.246	06:13	13:19
nein	33.128	06:28	13:54
keine Angabe	1	04:25	04:25

Tabelle 24: Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung (in mm:ss)

2.2.4.2 Fahrzeit RTW

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	646.419	624.429
► Ergebnis (Median/95. Perz. in mm:ss):	06:18/14:06	06:17/14:08

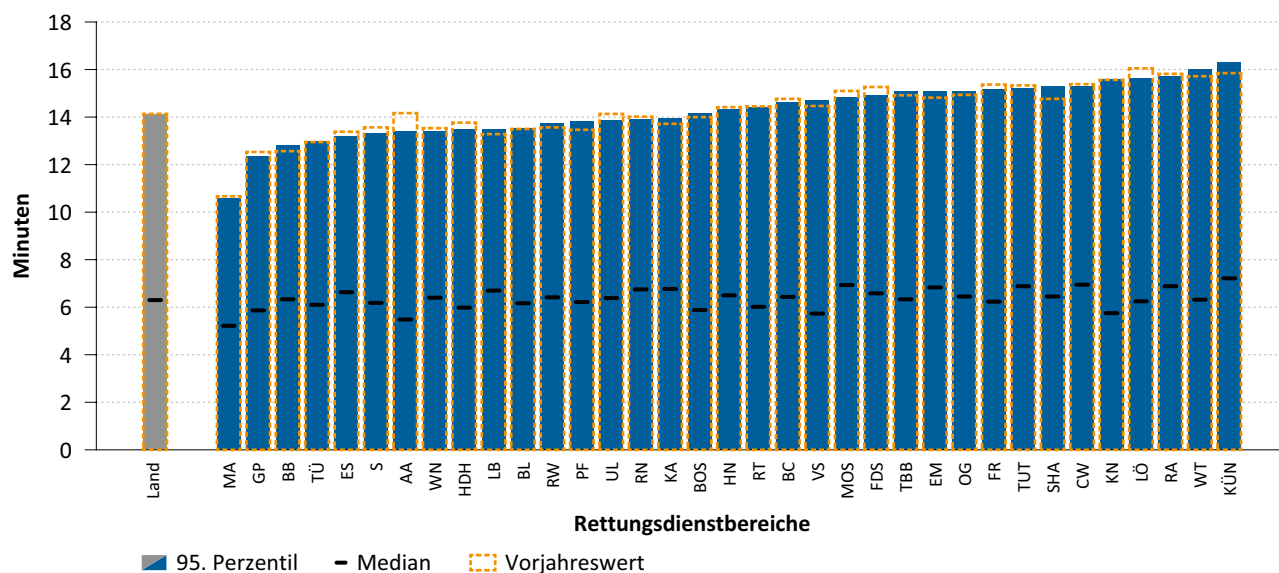


Abbildung 47: Fahrzeit RTW

Indikatorberechnung in Subgruppen

Status 2 bei Alarm	Fallzahl	Median	95. Perz.
ja	451.739	06:20	14:02
nein	194.667	06:13	14:14
keine Angabe	13	05:20	13:24

Tabelle 25: Fahrzeit RTW: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung (in mm:ss)

2.2.5 Prähospitalzeit

- Datenquellen: Leitstellendaten, für einige Stratifizierungen MIND-Daten (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- Methodik: Der Indikator bildet den Zeitraum zwischen dem Anrufeingang in der Leitstelle und dem Erreichen des Transportziels ab. Die Berechnung erfolgt auftragsbezogen und für alle an einem Primäreinsatz im eigenen Rettungsdienstbereich beteiligten transportierenden Rettungsmittel der Notfallrettung (RTH/ITH, NAW, RTW). Die Darstellung erfolgt getrennt nach Einsätzen mit und ohne Notarztbeteiligung.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Differenzierung von Sondersignal bei Anfahrt und Sondersignal bei Transport
- plausible Zeitdifferenzen (siehe Tabelle 26)

Prüfung	Zeitdifferenz
Aufschaltzeitpunkt bis Transportende	$\geq 15 \text{ Min. und } \leq 2,5 \text{ Stunden}$
Aufschaltzeitpunkt bis Einsatzannahmeende	$> 45 \text{ Sek. und } \leq 10 \text{ Min.}$

Tabelle 26: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Prähospitalzeit

► Zusätzliche Berechnungen:

- Differenz der Eintreffzeiten zwischen RTW und notarztbesetztem Rettungsmittel (Einsätze mit Notarztbeteiligung)
- Differenz der Eintreffzeiten zwischen RTW und notarztbesetztem Rettungsmittel bei Tracerdiagnosen (Einsätze mit Notarztbeteiligung)
- Indikatorergebnis bei Notarznachforderung (Einsätze mit Notarztbeteiligung)
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp (Einsätze mit Notarztbeteiligung)
- Teilzeiten der Prähospitalzeit (95. Perzentil)
- Indikatorergebnis und Teilzeiten der Prähospitalzeit bei Tracerdiagnosen

2.2.5.1 Prähospitalzeit – Einsätze mit Notarztbeteiligung

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	150.326	187.542
► Ergebnis (Median/95. Perz. in hh:mm:ss):	00:56:45/01:36:20	00:55:31/01:34:09

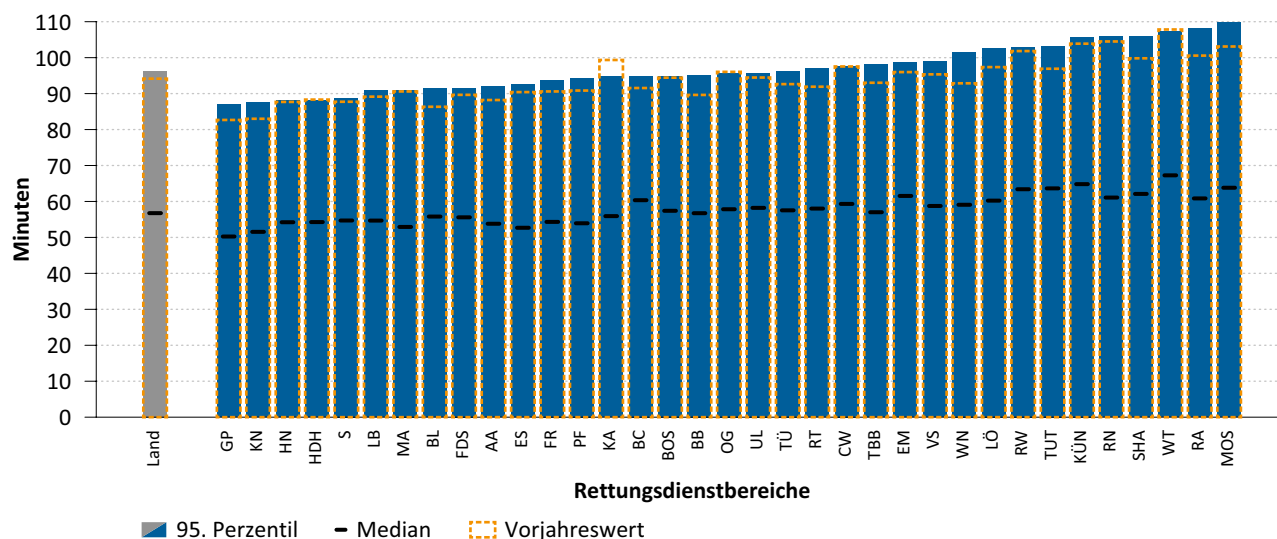


Abbildung 48: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung)

Tabelle 27 zeigt für Einsätze mit mehreren beteiligten Rettungsmittelkategorien, in wie vielen Fällen jeweils der RTW bzw. das notarztbesetzte Rettungsmittel als erstes am Notfallort eingetroffen ist und wie lange das Rettungsmittel auf das jeweils andere Fahrzeug warten musste.

Rettungsmittel	Fallzahl	Median	95. Perz.
RTW vor notarztbesetztem Rettungsmittel	96.293	05:02	35:32
notarztbesetztes Rettungsmittel vor RTW	33.213	01:59	16:33

Tabelle 27: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Differenz der Eintreffzeiten zwischen RTW und notarztbesetztem Rettungsmittel (in mm:ss)

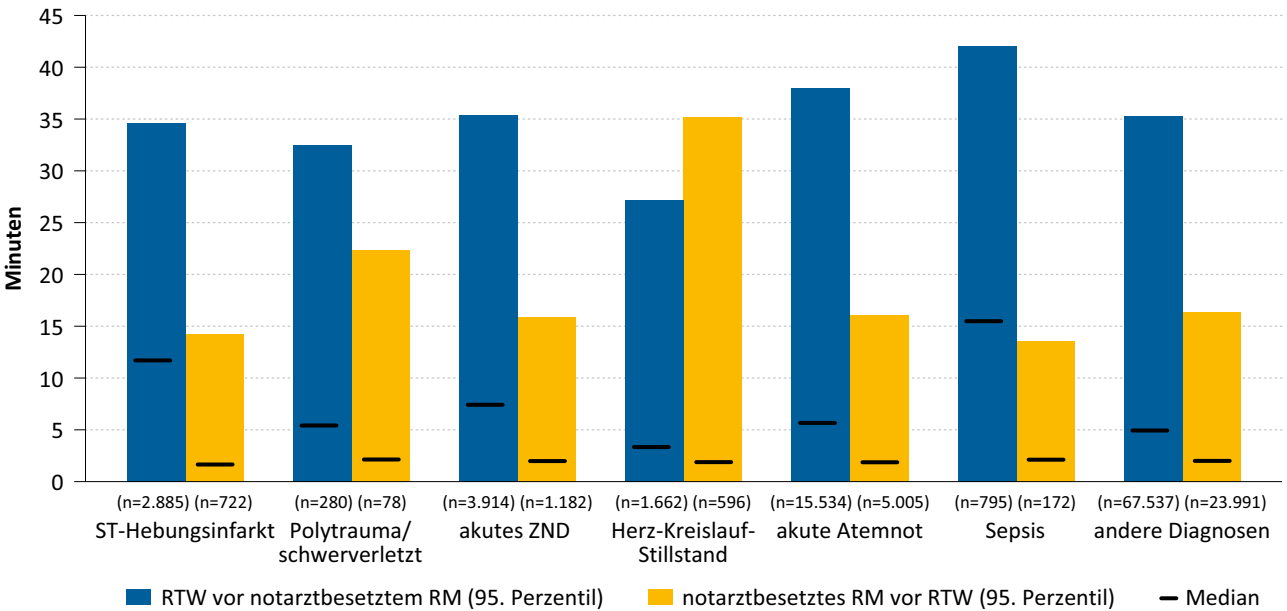


Abbildung 49: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Differenz der Eintreffzeiten zwischen RTW und notarztbesetztem Rettungsmittel bei Tracerdiagnosen

Indikatorberechnung in Subgruppen

Notarznachforderung	Fallzahl	Median	95. Perz.
ja	40.693	01:11:13	01:51:13
nein	100.841	00:51:55	01:22:13
nicht feststellbar	2.470	00:56:07	01:35:33

Tabelle 28: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis bei Notarznachforderung (in hh:mm:ss)

Rettungsmitteltyp	Fallzahl	Median	95. Perz.
RTW mit Notarzt initial alarmiert	97.679	00:51:45	01:21:41
RTW mit Notarzt nachgefordert	39.047	01:10:50	01:50:55
NAW	1.737	00:57:20	01:33:20
RTH initial alarmiert	1.588	00:59:59	01:35:17
RTH nachgefordert	1.648	01:20:00	01:55:20

Tabelle 29: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp (in hh:mm:ss)

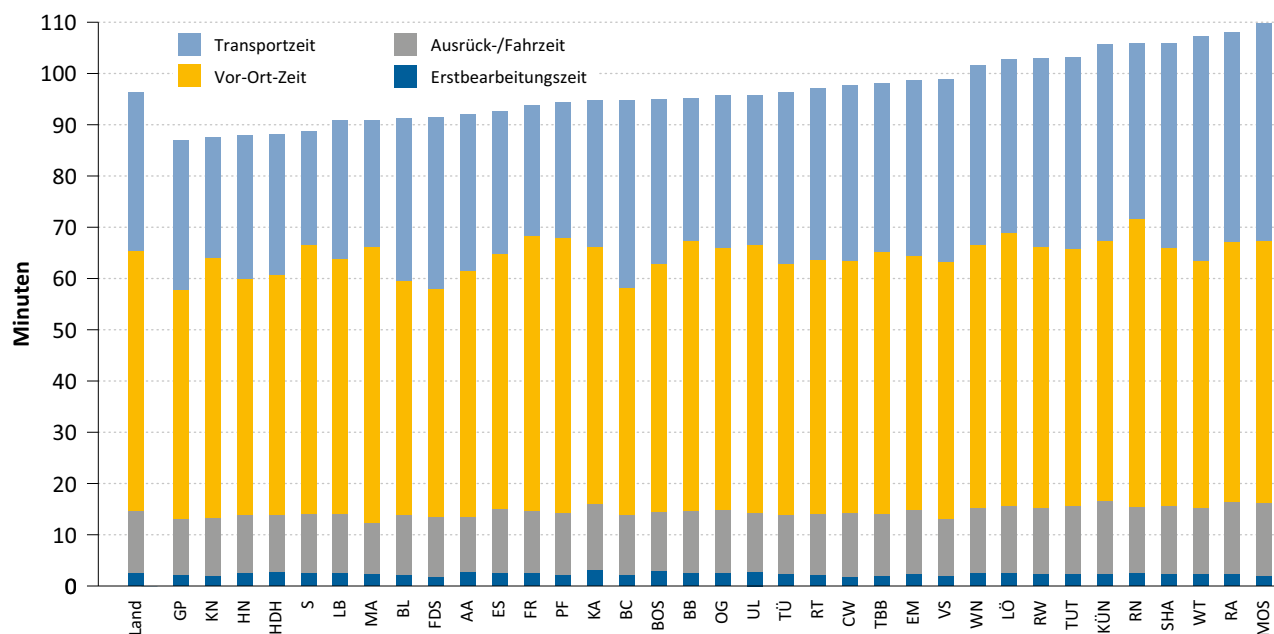


Abbildung 50: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Rettungsdienstbereiche (95. Perzentil)

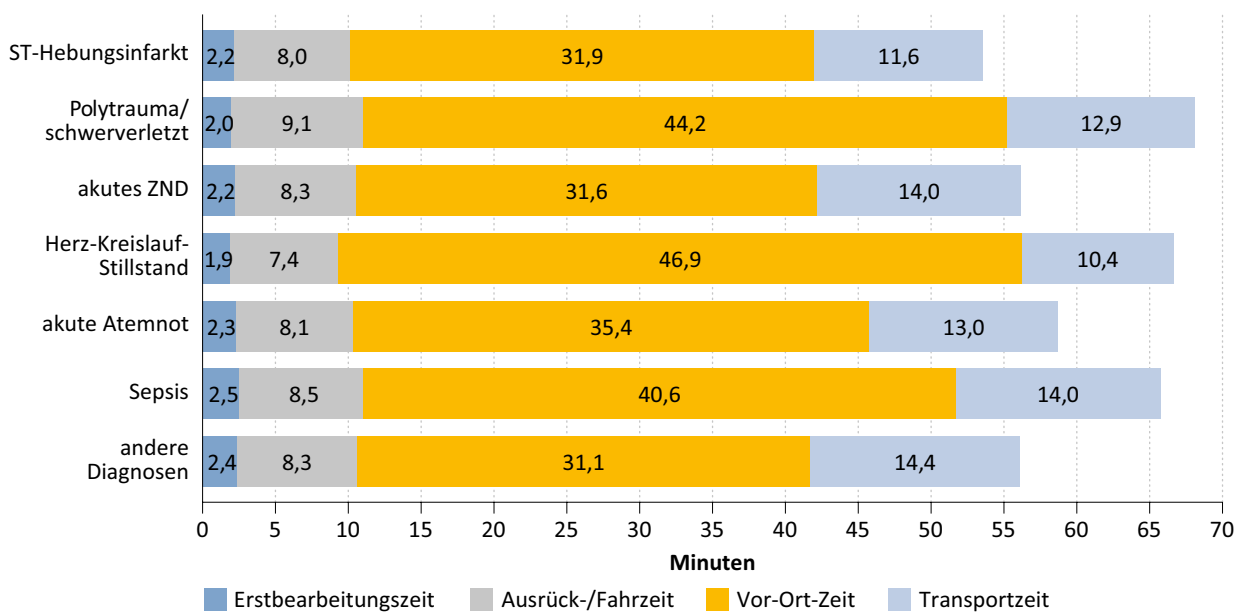


Abbildung 51: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (Median)

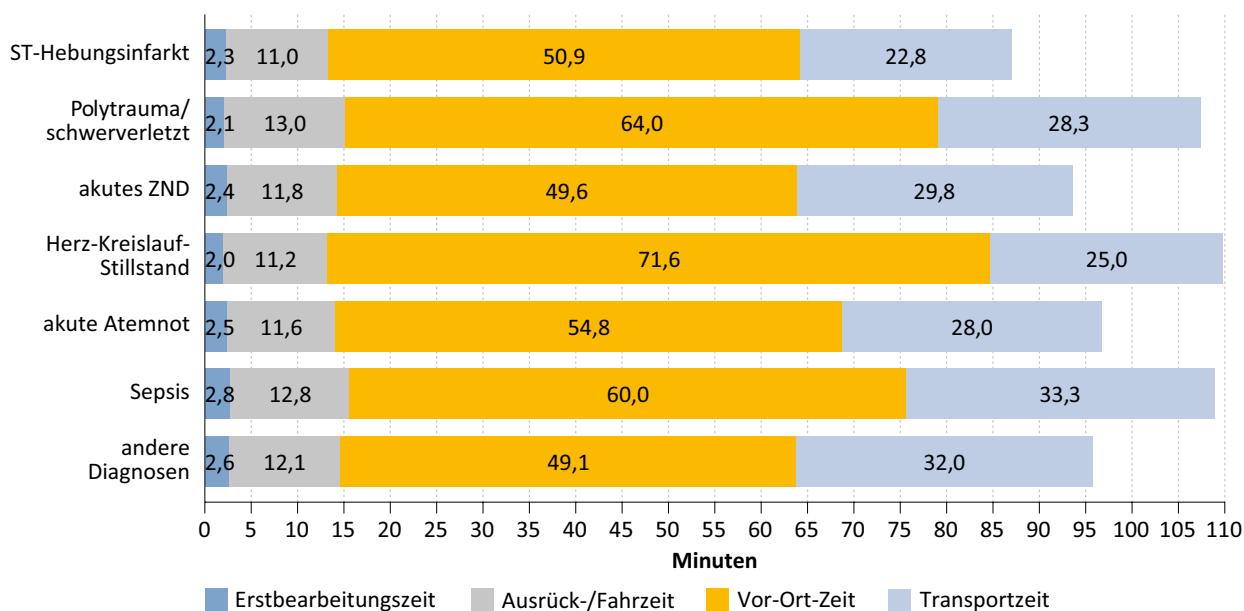


Abbildung 52: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (95. Perzentil)

2.2.5.2 Prähospitalzeit – Einsätze ohne Notarztbeteiligung

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	308.651	268.096
▶ Ergebnis (Median/95. Perz. in hh:mm:ss):	00:51:04/01:23:40	00:49:58/01:23:08

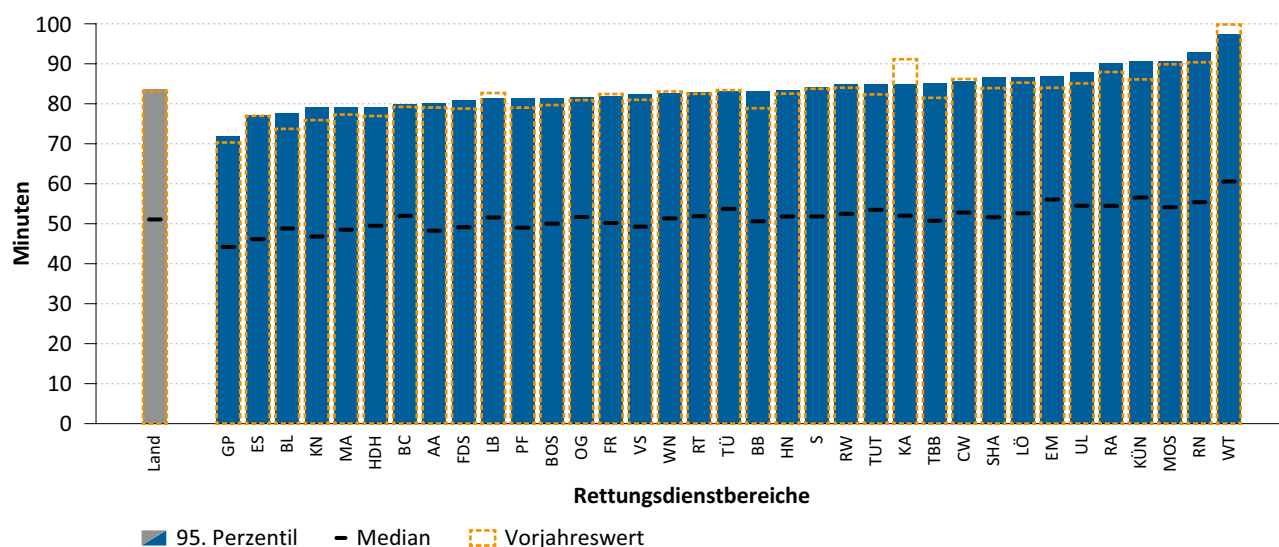


Abbildung 53: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

Indikatorberechnung in Subgruppen

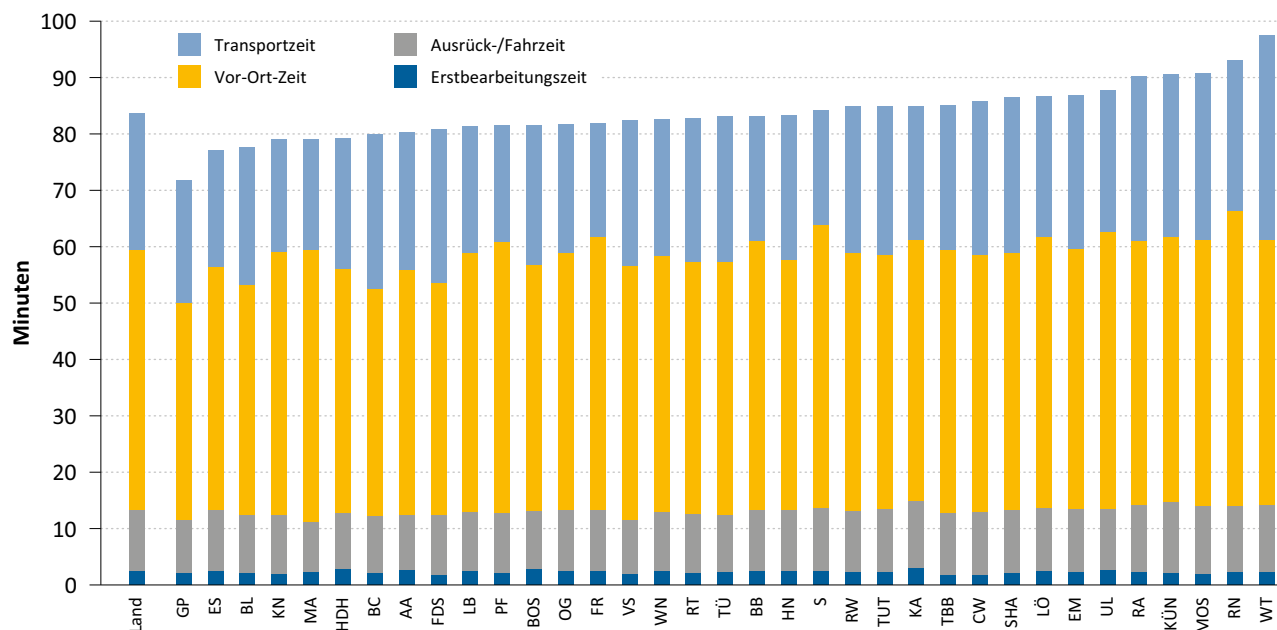


Abbildung 54: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Rettungsdienstbereiche (95. Perzentil)

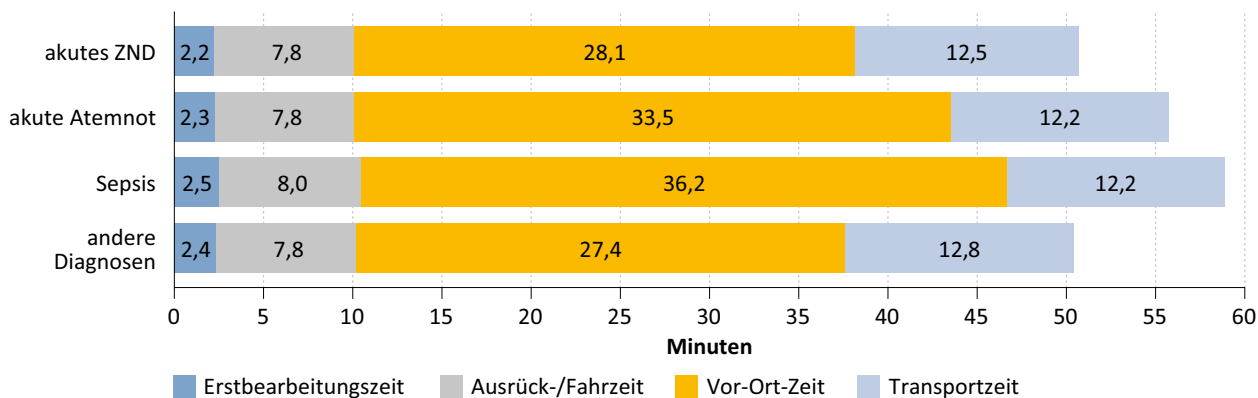


Abbildung 55: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (Median)

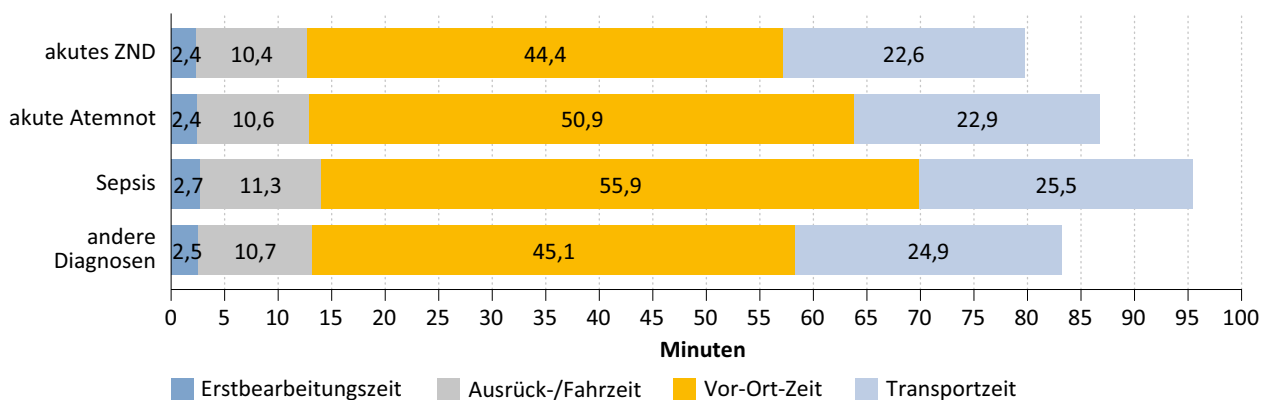


Abbildung 56: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (95. Perzentil)

2.2.6 Bewertung: Zeiten im Einsatzablauf

Die **Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdienstseinsätzen** konnte für das Datenjahr 2025 in mehr als 860.000 Fällen ausgewertet werden, was einer Steigerung von nahezu 6 % bzw. 50.000 Fällen entspricht. Während der Landeswert im Median (5 Sekunden) und im 95. Perzentil (17 Sekunden) im Vergleich zum Vorjahr unverändert war, konnte das 90. Perzentil um 1 Sekunde auf 12 Sekunden verkürzt werden (siehe Abbildung 36). Die **Gesprächsannahmezeit** ist das kürzeste Intervall unter den zeitbasierten Qualitätsindikatoren, dementsprechend lagen die Ergebnisse der Leitstellen mit 3 bis 8 Sekunden im Median, 5 bis 18 Sekunden im 90. Perzentil und 7 bis 26 Sekunden im 95. Perzentil vergleichsweise nahe beieinander, wenn auch mit Unterschieden von etwa dem Dreifachen zwischen jeweils kürzestem und längstem Zeitraum. 32 von 34 Leitstellen konnten den Referenzwert von 15 Sekunden im 90. Perzentil erreichen.

Die Fallzahlen für die **Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle** waren im Vorjahresvergleich nahezu unverändert, es erfolgte eine leichte Zunahme um etwa 1 % auf 615.000 Fälle gegenüber 607.000 Fällen im Vorjahr. Der Median des Landeswertes nahm um 1 Sekunde auf 2 Minuten und 19 Sekunden zu, das 95. Perzentil stieg um 2 Sekunden auf 4 Minuten und 45 Sekunden. Die Werte der einzelnen Leitstellen lagen im Median zwischen 1 Minute und 35 Sekunden bis 3 Minuten sowie im 95. Perzentil zwischen 3 Minuten und 15 Sekunden bis 5 Minuten und 51 Sekunden (siehe Abbildung 37). Die **Erstbearbeitungszeiten** waren wie in der Vergangenheit für Notarzteinsätze kürzer als für Fälle ohne Notarztbeteiligung, im Median um 15 Sekunden, im 95. Perzentil um 31 Sekunden (siehe Tabelle 14). Sekundäreinsätze nahmen in der Grundgesamtheit des Indikators einen Anteil von unter 3 % ein und waren somit für das Gesamtergebnis kaum maßgeblich, hatten jedoch im Median eine um 13 Sekunden, im 95. Perzentil um nahezu eine Minute längere **Erstbearbeitungszeit** als Primäreinsätze (siehe Tabelle 15). Bei Alarmierung vor dem Gesprächsende, wenn die Abfrage also über die Alarmierung hinaus fortgesetzt wird, sind kürzere **Erstbearbeitungszeiten** möglich als bei einer sequenziellen Bearbeitung. Wenn also zunächst das Telefonat zu Ende geführt wird und dann erst die Alarmierung erfolgt, ist die **Erstbearbeitungszeit** länger (siehe Tabelle 16). Wie in den Vorjahren waren die Werte der **Erstbearbeitungszeit** für die Tracerdiagnosen kürzer als der Landeswert, lediglich für die Sepsis und das 95. Perzentil bei Schwerverletzten/Polytraumatisierten zeigten sich gegenüber dem Gesamtwert leicht erhöhte Werte. Hintergründe könnten hier verlängerte Abfragedauern sein, die einerseits in der telefonisch wie präklinisch schwierig zu erkennenden Sepsis, andererseits hinsichtlich der telefonischen Abklärung der Örtlichkeit und der Zugänglichkeit bei Schwerverletzten/Polytraumatisierten begründet sein können (siehe Abbildung 38).

Wie in der Vergangenheit erfolgt eine Darstellung der beiden zeitbasierten Indikatoren für die Leitstellen in einer Rangsummengrafik (siehe Abbildung 57). Dabei werden für die 34 Leitstellen beide Zeiten nach dem Rang des 95. Perzentils sortiert (je kürzer die jeweilige Zeit, desto höher der Rang). Pro Rang wird ein Punkt vergeben und die Punktwerte für beide Zeiten addiert. Ein höherer Punktwert entspricht einem besseren Ergebnis.

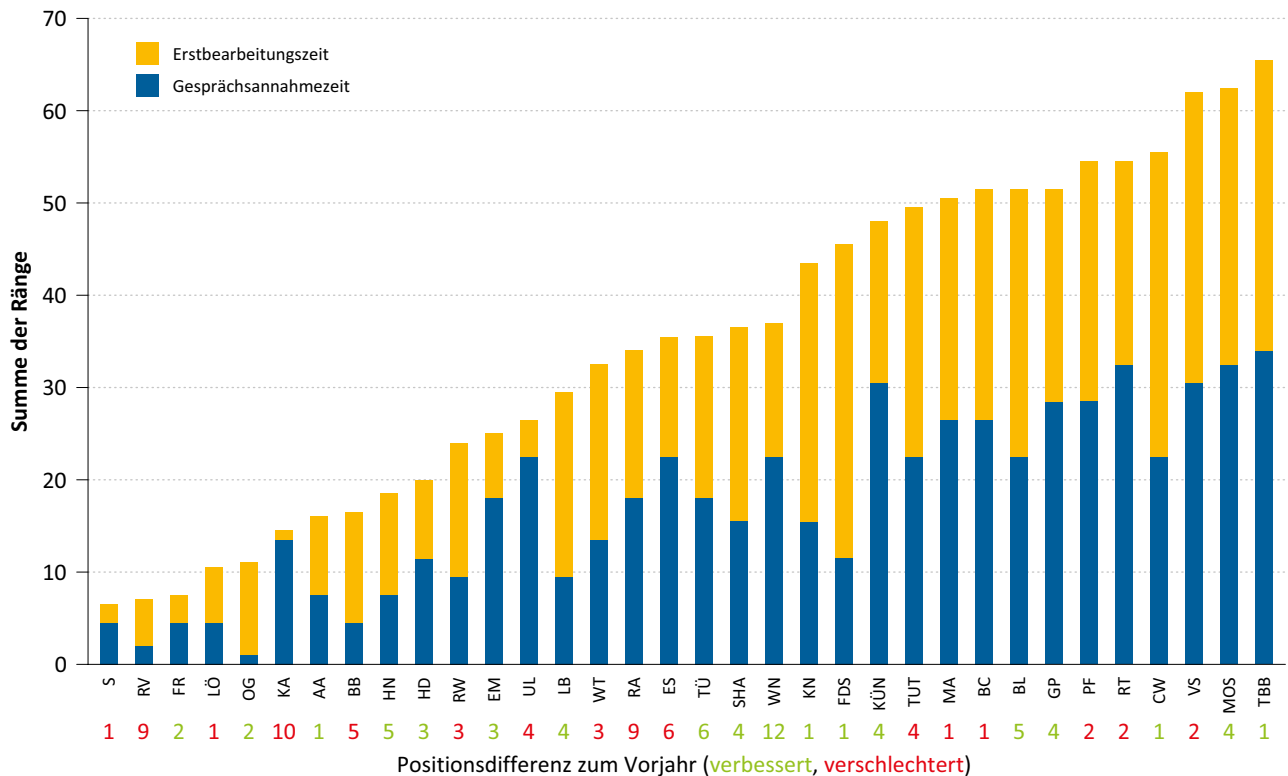


Abbildung 57: Zeiten im Einsatzablauf: Zeitbasierte Leitstellenindikatoren – Rangfolge der Leitstellen (95. Perzentil)

Wie in den Vorjahren zeigte die **Ausrückzeit** bodengebundener Rettungsmittel insgesamt nur eine geringe Verbesserung im Jahresvergleich. Bei notarztbesetzten Rettungsmitteln (siehe Abbildung 39) zeigte sich mit 4 Sekunden im Median eine deutlichere Verbesserung, als dies in den letzten Jahren der Fall war. Auch bei den RTW war nach der letztjährigen Stagnation erneut eine geringe Verkürzung messbar. Mit einem Median von 1 Minute und 51 Sekunden für notarztbesetzte Rettungsmittel bzw. 1 Minute und 12 Sekunden für RTW waren dennoch die Vorgaben des Rettungsdienstplans (Median bodengebundenes notarztbesetztes Rettungsmittel: 90 Sekunden, RTW: 60 Sekunden) nicht erreicht. Die **Ausrückzeit** für RTW war erneut sowohl im Median als auch im 95. Perzentil deutlich kürzer als für notarztbesetzte Rettungsmittel, im Median betrug der Zeitvorteil 39 Sekunden, im 95. Perzentil 1 Minute und 5 Sekunden. Vergleicht man in den einzelnen Rettungsdienstbereichen jeweils die **Ausrückzeiten** von Notarztstandorten und Rettungswachen, benötigten die Notarztstandorte mindestens die 1,2-fache, im ausgeprägtesten Fall die 2,3-fache **Ausrückzeit**. Im langjährigen Vergleich seit 2020 hat sich die **Ausrückzeit** für RTW um insgesamt 7 Sekunden, für notarztbesetzte Rettungsmittel um 12 Sekunden verkürzt. Als Ursache für die Nichteinhaltung der Zielvorgaben für die **Ausrückzeit** wurden immer wieder bauliche Mängel mit teilweise weiten Entfernungen zwischen Unterbringung des Personals und Standort des Fahrzeugs genannt (siehe hierzu auch Kapitel 3.2.1.3 und 3.2.2.3). Bei notarztbesetzten Rettungsmitteln kam darüber hinaus in zahlreichen Fällen ein räumlich getrennter Aufenthalt der Notärztin/des Notarztes zum Tragen. Dies wirkte sich deutlich auf die **Ausrückzeit** aus, wie die Abbildungen 41 und 42 verdeutlichen. Bei korrekter Umsetzung der Vorgaben zur Statusmeldung übermittelt das NEF den Status 9 bei der Abfahrt vom Fahrzeugstandort. Erst wenn das Rettungsmittel komplett besetzt ist, wird der Status 3 übermittelt – dieser Zeitpunkt signalisiert dann das Ende der **Ausrückzeit**. Vergleicht man die Ausrückvorgänge, bei denen ein Status 9 gesetzt wurde, mit solchen, bei denen ein Status 9 fehlt, ergibt sich ein Zeitnachteil durch die Abholung um 44 Sekunden im Median und 63 Sekunden im 95. Perzentil. Die gemeinsame Unterbringung des gesamten NEF-Teams an einem Standort ist daher ein wirkungsvoller Hebel, mit dem die **Ausrückzeit** signifikant verkürzt werden kann. Diesbezügliche Anpassungen an verschiedenen Standorten zeigen, dass das Vermeiden der Abholung bzw. das Einführen des gemeinsamen Aufenthalts dazu geführt hat, dass sich die **Ausrückzeit** um etwa 2 Minuten im Median bzw. um über 3 Minuten im 95. Perzentil verkürzen ließ.

Den Tabellen 19 und 20 lässt sich entnehmen, dass die **Ausrückzeiten** kürzer sind, wenn die Fahrzeuge nicht von der Wache aus (Status 2) alarmiert werden. Bei notarztbesetzten Rettungsmitteln war dies in 16 % der Fälle gegeben und führte zu einer medianen Verkürzung der **Ausrückzeit** um 44 Sekunden. Diese Zeit passte etwa zu der Zeitdifferenz, die für die Abholung des notärztlichen Personals benötigt wurde. Bei RTW war der Zeitvorteil mit 39 Sekunden im Median etwas geringer. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Alarmierung eines einsatzklaren Fahrzeugs – beispielsweise auf der Heimfahrt zur Wache – mit einer deutlich kürzeren **Ausrückzeit** einhergeht, als eine Alarmierung eines Fahrzeugs bei der Übergabe im Krankenhaus. Analog zu den Vorjahren zeigten sich tagsüber durchgängig kürzere **Ausrückzeiten** zwischen 07:00 und 22:00 Uhr, während diese nachts etwas länger waren (siehe Abbildungen 40 und 44). Die längsten **Ausrückzeiten** für beide Rettungsmitteltypen fanden sich in den frühen Morgenstunden.

Bei der Luftrettung lag die mediane **Ausrückzeit** um 1 Sekunde höher als im Vorjahr, im 95. Perzentil zeigte sich eine Verkürzung um 2 Sekunden. Zwischenzeitlich führte eine differenzierte Auseinandersetzung mit den datentechnischen Grundlagen zur **Ausrückzeit** der Luftrettung im Rahmen des Gestuften Dialogs zu der Erkenntnis, dass in einem relevanten Anteil der Einsätze inkonsistente Zeitangaben vorhanden sind. Dies galt insbesondere für bereichsübergreifende Einsätze, bei denen mehrere Leitstellen beteiligt sind und teilweise unterschiedliche Zeitstempel dokumentieren. Da bereichsübergreifende Einsätze in der Luftrettung häufig vorkommen, sind Ergebnisvergleiche zwischen einzelnen Luftrettungsstationen und im Zeitverlauf derzeit nicht belastbar.

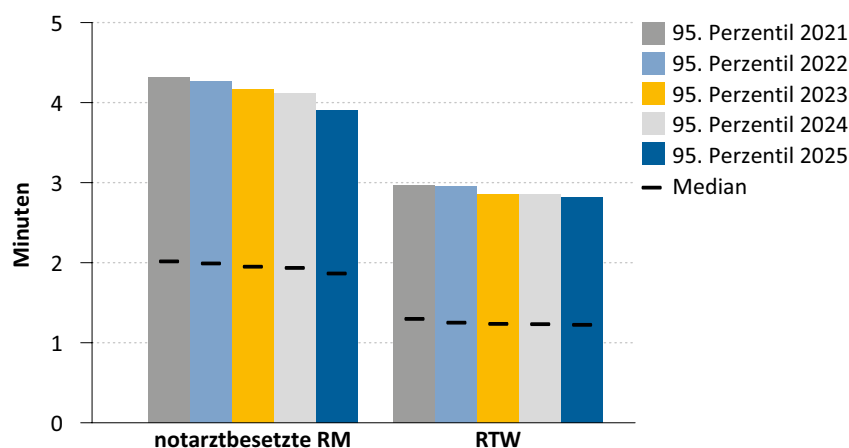


Abbildung 58: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden) und RTW: Ergebnisse 2021 bis 2025

Gegenüber dem Vorjahr sind die **Fahrzeiten** nahezu unverändert. Abbildung 59 zeigt dies im Längsschnitt.

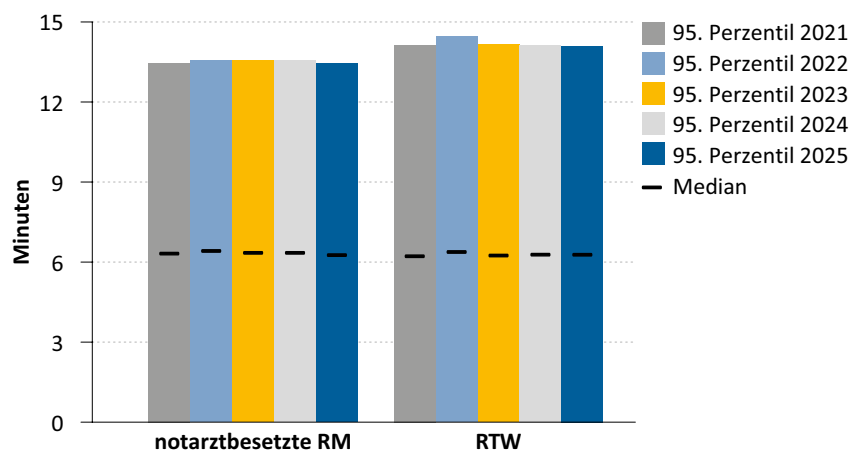


Abbildung 59: Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel und RTW: Ergebnisse 2021 bis 2025

In den letzten fünf Jahren haben sich die **Prähospitalzeiten** – von geringen Gegenbewegungen abgesehen – kontinuierlich verlängert, sowohl im Median als auch im 95. Perzentil. Dies gilt sowohl für Einsätze mit als auch ohne Notarztbeteiligung und betrifft nicht nur die ratenbasiert gemessenen Indikatoren zur **Prähospitalzeit** bei Tracerdiagnosen (siehe hierzu Kapitel 2.5.3, 2.5.6, 2.5.9, 2.5.12 und 2.5.16), sondern auch die zeitbasiert gemessene **Prähospitalzeit** insgesamt. Die mediane **Prähospitalzeit** bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung hat im Verlauf seit 2021 um 1 Minute und 51 Sekunden, bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung um 3 Minuten und 3 Sekunden zugenommen. Die korrespondierenden Verlängerungen im 95. Perzentil betrugen 4 Minuten und 13 Sekunden bzw. 2 Minuten und 32 Sekunden. Ursächlich hierfür sind für beide Gruppen in höherem Maße die Vor-Ort- und in geringerem Maße die Transportzeiten. Auch im Vergleich zu 2024 stieg der Median bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung um 1 Minute und 14 Sekunden auf 56 Minuten und 45 Sekunden. Eine Verlängerung des 95. Perzentils um über 2 Minuten führte zum neuen Höchststand von 1 Stunde, 36 Minuten und 20 Sekunden (siehe Abbildung 48). Bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung lag der Median des Landeswertes nun bei 51 Minuten und 4 Sekunden und somit 66 Sekunden höher als im Vorjahr und auch das 95. Perzentil ist um 32 Sekunden auf 1 Stunde, 23 Minuten und 40 Sekunden gestiegen (siehe Abbildung 53). **Prähospitalzeiten** bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung sind länger als bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung. Wie die Verteilung der M-NACA-Kategorien verdeutlicht, sind Notärztinnen und Notärzte häufiger an Einsätzen mit schwer Erkrankten bzw. Verletzten beteiligt (siehe Abbildungen 15 und 26), die längere **Prähospitalzeit** steht daher im Zusammenhang mit einer aufwendigeren Versorgung. Die Vor-Ort-Zeiten bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung waren 2025 im Median entsprechend ca. 5 Minuten länger (siehe Abbildungen 51 und 55). Eine andere mögliche Erklärung stellen Wartezeiten unterschiedlicher Rettungsmitteltypen aufeinander an den Einsatzstellen dar (siehe Tabelle 27, Abbildung 49). Einsätze, bei denen notärztlich besetzte Rettungsmittel nicht initial mitalarmiert, sondern nachgefordert wurden, zeigten in den letzten Jahren sehr konstant eine Verlängerung der **Prähospitalzeit** um etwa 19 Minuten im Median bzw. 30 Minuten im 95. Perzentil – dies galt unverändert für das Datenjahr 2025. In einer vergleichbaren Größenordnung bewegte sich der Zeitrückstand für Luftrettungsmittel, sofern diese nicht primär alarmiert, sondern für einen Einsatz nachgefordert wurden (siehe Tabelle 28). Im Median und im 95. Perzentil betrug dieser 20 Minuten. Insbesondere bei Einsätzen, bei denen der RTH aufgrund eines Zeitvorteils für den Transport zum Einsatz kommt, sollte dieser frühzeitig alarmiert werden, da der flugbedingte Zeitvorteil ansonsten verloren geht (siehe Tabellen 28 und 29 sowie Kapitel 2.2.5.2).

Der Trend zu längeren **Prähospitalzeiten** bestätigte sich auch bei gemeinsamer Betrachtung von Einsätzen mit und ohne Notarztbeteiligung für Einsätze mit Tracerdiagnosen. Mit Ausnahme vom Herz-Kreislauf-Stillstand, bei dem sich eine Verkürzung der medianen **Prähospitalzeit** um 42 Sekunden zeigte, und der Sepsis, die exakt auf dem gleichen Niveau lag wie im Vorjahr, verlängerten sich die **Prähospitalzeiten** im Median um 26 Sekunden (akutes ZND), 38 Sekunden (akute Atemnot) bzw. 49 Sekunden (ST-Hebungsinfarkt). Die deutlichste Verlängerung zeigte das Polytrauma mit über 6 Minuten im Vergleich zum Vorjahr, wodurch die letztjährige Verbesserung deutlich überkompensiert wurde. Im 95. Perzentil zeigten alle Einsätze bei Tracerdiagnosen im Vorjahresvergleich eine Verlängerung der **Prähospitalzeit**, diese betrug zwischen 9 Sekunden beim Herz-Kreislauf-Stillstand und bis zu über 7 Minuten beim Polytrauma (siehe Abbildung 60). Zu berücksichtigen ist bei der Interpretation dieser Werte, dass einzelne Tracerdiagnosen geringe Fallzahlen aufwiesen und sich daher auch einzel- und zufallsbedingte Einflussfaktoren stärker auswirken konnten.

In der überwiegenden Mehrzahl aller Einsätze treffen RTW und notarztbesetztes Rettungsmittel nicht zeitgleich an der Einsatzstelle ein. 2025 galt dies für 86 % der Einsätze mit Notarztbeteiligung, wobei der RTW wesentlich häufiger vor dem notarztbesetzten Rettungsmittel eintraf (74 %) als umgekehrt (26 %). Die Wartezeit des RTW war im Median mehr als doppelt so lange wie die Wartezeit des notarztbesetzten Rettungsmittels (5 Minuten und 2 Sekunden versus 1 Minute und 59 Sekunden) (siehe Tabelle 27).

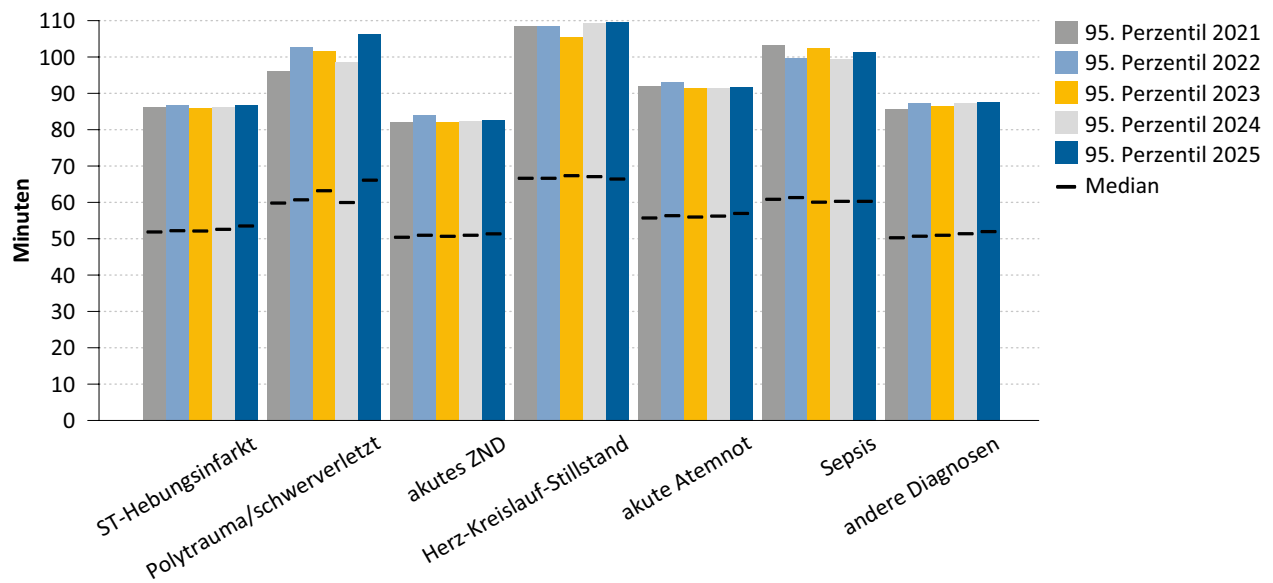


Abbildung 60: Prähospitalzeit bei Tracerdiagnosen (Einsätze mit und ohne Notarztbeteiligung): Ergebnisse 2021 bis 2025

2.3 Dispositionsqualität

Neben rettungsdienstlichen Strukturen und Prozessen sowie den Ergebnissen der Versorgung ist der indikationsgerechte Einsatzablauf ein besonders wesentlicher Aspekt für die Bewertung der Qualität des Rettungsdienstes. Während die **Einsatzindikation** vorrangig auf die Situationserkennung durch die Leitstelle abzielt, beeinflussen sich die **Notarznachforderung** und die **Notarztindikation** gegenseitig und sind teilweise auch von Rahmenbedingungen außerhalb der Leitstelle abhängig. Eine sehr restriktive initiale Notarztentsendung führt in der Regel zu einer höheren **Notarznachforderung**. Umgekehrt ist eine sehr großzügige Notarztentsendung mit einer geringeren Nachforderungsrate verbunden, führt aber häufiger zu nicht indizierten Notarzteinsätzen.

2.3.1 Richtige Einsatzindikation

- ▶ Datenquellen: Leitstellendaten, notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- ▶ Methodik: Der Indikator stellt den Anteil von der Leitstelle initiierte Einsätze dar, deren Einsatzstichworte die tatsächliche vor Ort angetroffene Situation zutreffend beschreiben. Für die Berechnung werden die Einsatzstichworte der Leitstelle mit den Diagnosen und weiteren Felder der Notarzteinsätze im eigenen Rettungsdienstbereich abgeglichen. Sie erfolgt einsatzbezogen auf Basis der Leitstellenzuständigkeit.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- alle Rettungsmittel eines Einsatzes haben dieselbe eindeutige Einsatznummer
- die Verknüpfung von Leitstellendaten und notärztlichen Daten ist möglich
- das exportierte Einsatzstichwort ist spezifisch und Bestandteil des landeseinheitlichen Katalogs
- es findet ein Patientenkontakt statt

Wichtiger Hinweis:

Für das Datenjahr 2025 fanden folgende Anpassungen der Berechnung statt:

Sobald es bei einem Auftrag innerhalb eines Einsatzes eine plausible Übereinstimmung des Einsatzstichworts mit der MIND-Dokumentation gab, galt der Einsatz als erfüllt. (Bisher galt der Einsatz als nicht erfüllt, sobald es bei einem Auftrag keine Übereinstimmung mit der MIND-Dokumentation gab).

Zur Ermittlung des Indikatorergebnisses wurden zusätzliche Kriterien aufgenommen (Befunde), auch im Hinblick auf die im letzten Quartal 2025 teils bereits hinzugekommenen Einsatzstichworte des neuen Einsatzstichwortkatalogs.

Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist daher eingeschränkt.

- ▶ Zusätzliche Berechnungen:
 - Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	188.908	225.494
▶ Ergebnis (%):	75,5	73,2
▶ Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

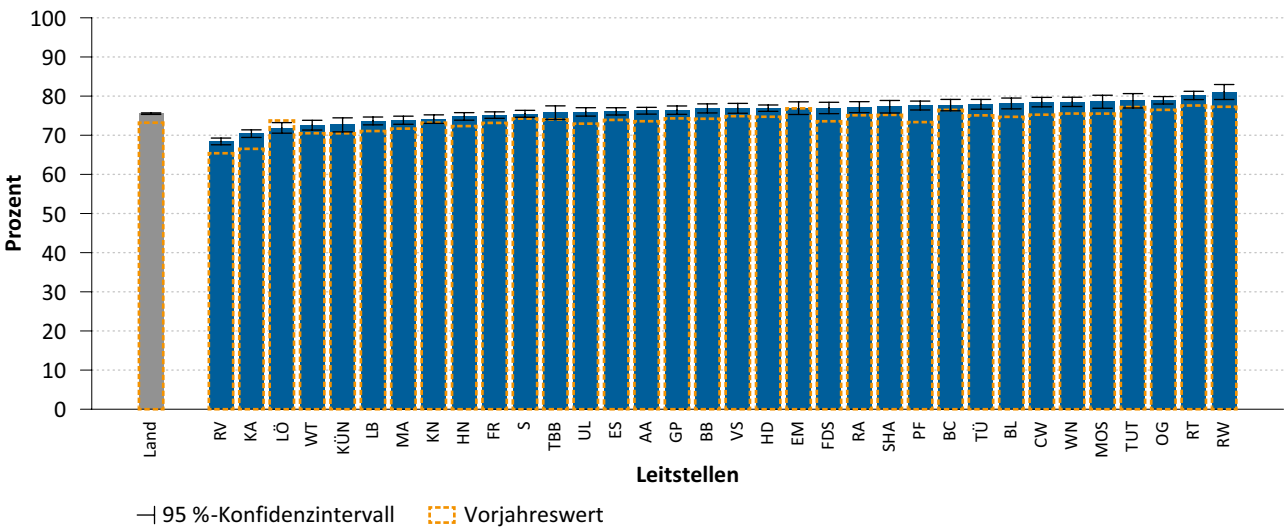


Abbildung 61: Richtige Einsatzindikation

Indikatorberechnung in Subgruppen

Diagnose	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ST-Hebungsinfarkt	4.270	3.950	92,5
Polytrauma/schwer verletzt	734	606	82,6
akutes zentral-neurologisches Defizit	6.806	5.695	83,7
Herz-Kreislauf-Stillstand	13.939	9.657	69,3
Sepsis	1.131	497	43,9
akute Atemnot	26.532	22.362	84,3
andere Diagnosen	134.420	101.440	75,5

Tabelle 30: Richtige Einsatzindikation: Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen

2.3.2 Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel

► Datenquelle: Leitstellendaten

► Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Nachforderungen an allen Notarzteinsätzen im eigenen Rettungsdienstbereich dar. Die Berechnung erfolgt einsatzbezogen auf Basis der Leitstellenzuständigkeit. Pro Einsatz wird die Notarztanachforderung jeweils nur einmal festgestellt. Falls nach dem Eintreffen eines notarztbesetzten Rettungsmittels ein weiteres alarmiert wird, fließt diese Nachforderung nicht in die Berechnung ein. Für NEF oder NASF, die als einziges Rettungsmittel in einem Einsatz geführt werden, kann keine Notarztanachforderung ermittelt werden – diese Einsätze werden von der Berechnung ausgeschlossen.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- alle Rettungsmittel eines Einsatzes haben dieselbe eindeutige Einsatznummer
- korrekte Übermittlung des Rettungsmitteltyps

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis bei Reanimation
- Indikatorergebnis bei initialem Schmerz ≥ 5 (NRS)
- Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit der Gesprächsdauer des initialen Anrufs
- Indikatorergebnis nach Erkrankungs- und Verletzungsgruppen

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	228.234	271.112
► Ergebnis (%):	26,0	22,0

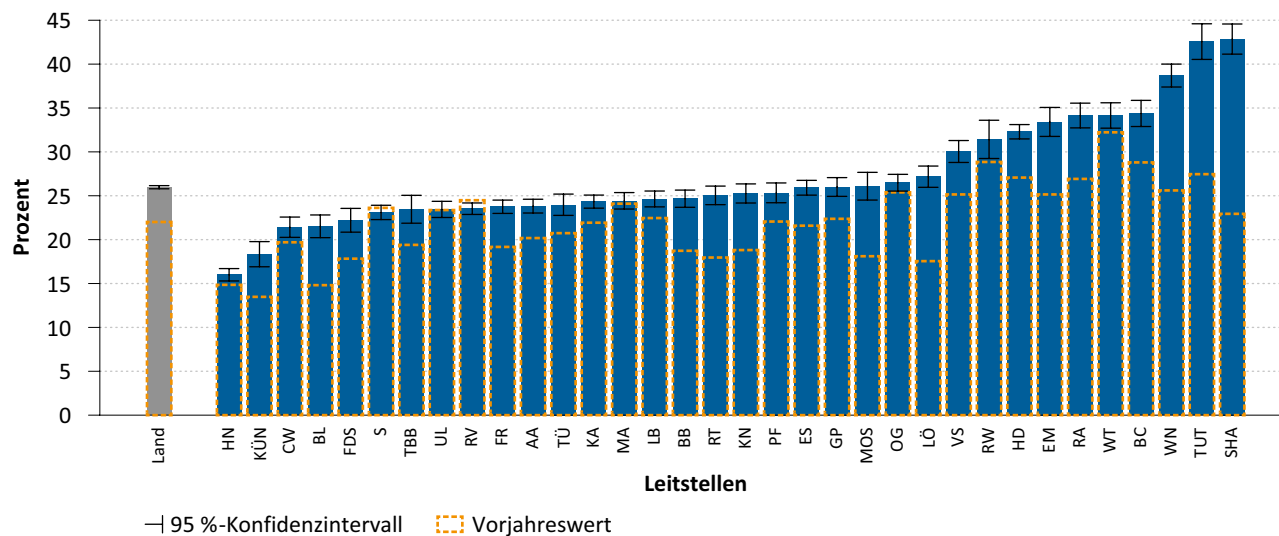


Abbildung 62: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel

Indikatorberechnung in Subgruppen

Reanimationssituation	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
keine	186.723	52.232	28,0
Reanimation durchgeführt	6.222	941	15,1
Todesfeststellung – Reanimation nicht durchgeführt	7.678	686	8,9

Tabelle 31: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis bei Reanimation

Schmerz ≥ 5 (NRS)	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	39.780	15.745	39,6
nein	123.899	29.913	24,1

Tabelle 32: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis bei initialem Schmerz ≥ 5 (NRS)

Diagnose	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ST-Hebungsinfarkt	4.916	1.768	36,0
Polytrauma/schwer verletzt	778	205	26,4
akutes zentral-neurologisches Defizit	8.167	2.533	31,0
Herz-Kreislauf-Stillstand	13.737	1.616	11,8
Sepsis	1.482	669	45,1
akute Atemnot	28.634	8.804	30,8
andere Diagnosen	139.569	38.698	27,7

Tabelle 33: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen

Gesprächsdauer	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
0 – 1 Min.	25.596	4.815	18,8
1 – 2 Min.	90.866	23.763	26,2
2 – 3 Min.	49.466	14.788	29,9
3 – 10 Min.	40.448	10.152	25,1
über 10 Min.	2.222	221	10,0

Tabelle 34: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Gesprächsdauer des initialen Anrufs

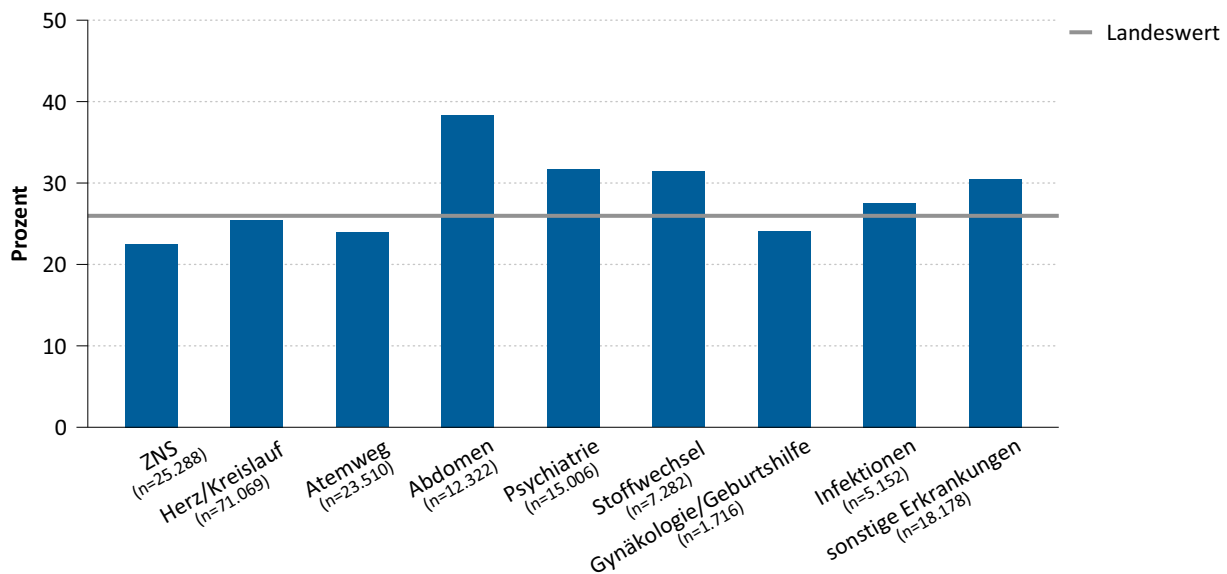


Abbildung 63: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen

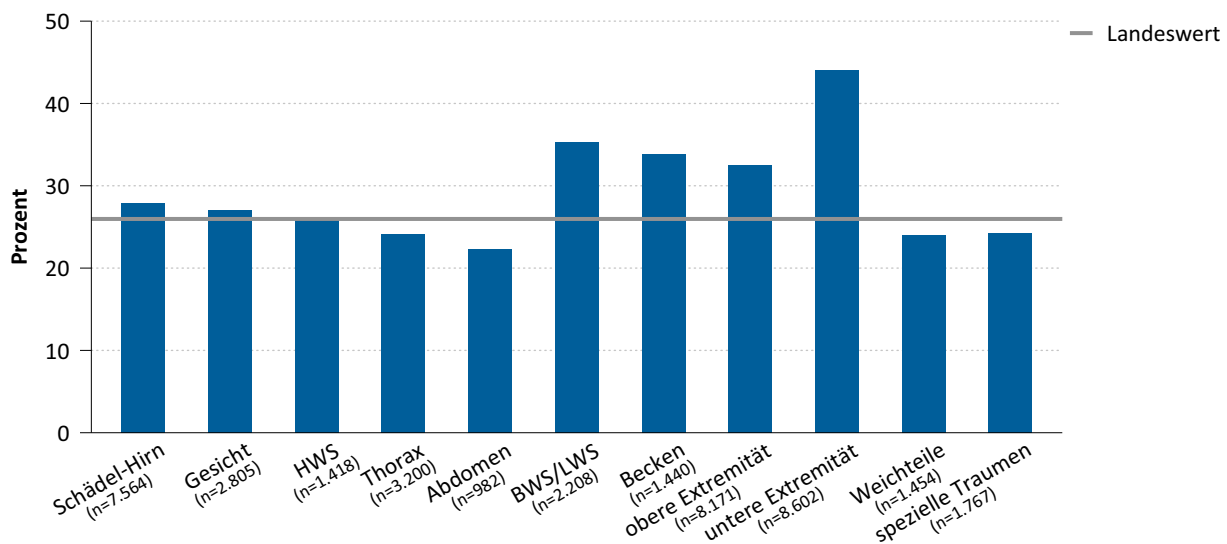


Abbildung 64: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

2.3.3 Notarztindikation

- Datenquellen: Leitstellendaten, notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- Methodik: Bei dem Indikator handelt es sich um einen Ex-Post-Vergleich der Indikationsstellung der Leitstelle für ein notarztbesetztes Rettungsmittel mit dem aus der notärztlichen Dokumentation ermittelten M-NACA-Score. Er stellt den Anteil der Notarzteinsätze mit M-NACA ≥ 4 im eigenen Rettungsdienstbereich dar. Bei der Berechnung wird ausschließlich die erste Notarztentsendung durch die Leitstelle berücksichtigt. Sie erfolgt einsatzbezogen auf Basis der Leitstellenzuständigkeit. Da Nachforderungssituationen der Einschätzung des vor Ort befindlichen Einsatzpersonals obliegen und damit nicht mehr einer Entscheidung der Leitstelle entsprechen, werden sie aus der Indikatorberechnung ausgeschlossen.

Wichtiger Hinweis:

Für das Datenjahr 2025 fanden Anpassungen der M-NACA-Berechnung statt.

Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- alle Rettungsmittel eines Einsatzes haben dieselbe eindeutige Einsatznummer
- die Verknüpfung von Leitstellendaten und notärztlichen Daten ist möglich
- es findet ein Patientenkontakt statt

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis nach Erkrankungs- und Verletzungsgruppen

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	156.650	195.099
► Ergebnis (%):	70,9	69,9
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

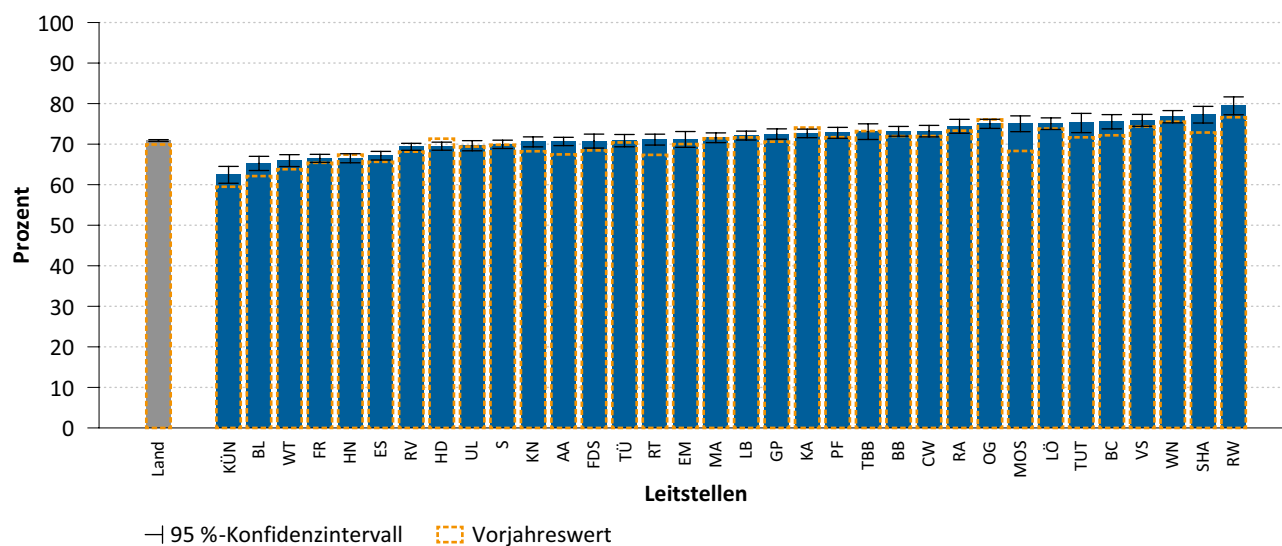


Abbildung 65: Notarztindikation

Indikatorberechnung in Subgruppen

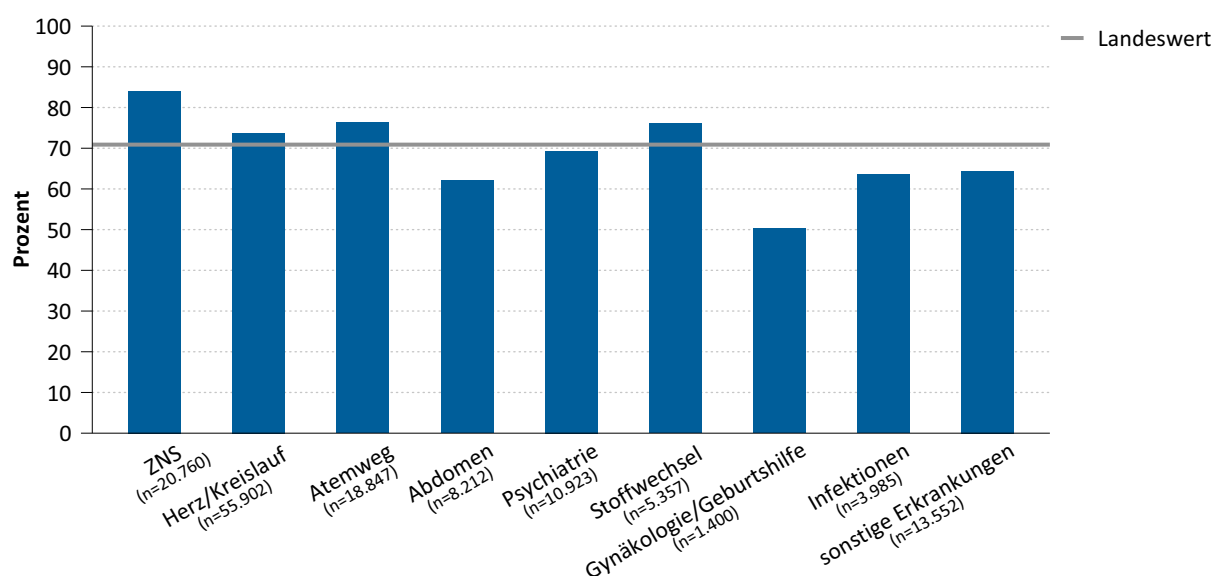


Abbildung 66: Notarztindikation: Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen

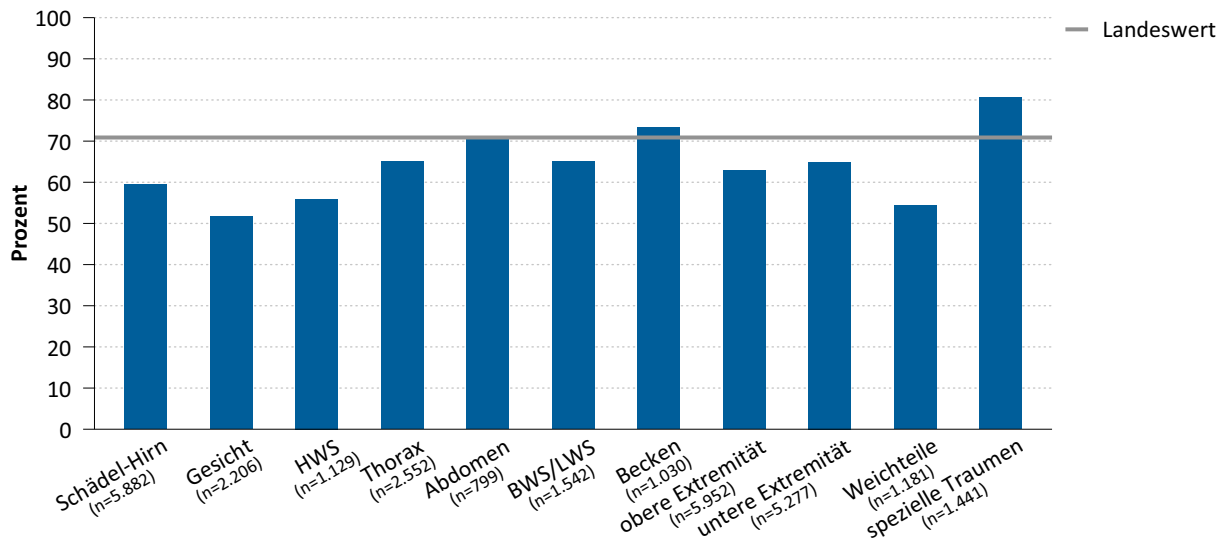


Abbildung 67: Notarztindikation: Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

2.3.4 Bewertung: Dispositionsqualität

Die Ermittlung der **Richtigen Einsatzindikation** erfolgt derzeit durch den Abgleich von Leitstellendaten mit notärztlichen Daten. Durch die sinkende Zahl von Einsätzen mit Notarztbeteiligung ist auch die Grundgesamtheit des Indikators zurückgegangen und liegt nun bei rund 190.000 Fällen, was einen Rückgang im Vergleich zum Vorjahr um etwa 35.000 Fälle bzw. 16 % bedeutet. Das Indikatorergebnis hat sich um über 2 % auf nun 75,5 % verbessert, wobei ein Teil dieser Verbesserung mutmaßlich auch auf die Anpassung der Rechenregeln zurückzuführen ist – der Vergleich mit den Vorjahren unterliegt daher dieser Einschränkung. Die einzelnen Leitstellen erreichten Ergebnisse zwischen 68 % und 81 % und weisen damit eine ähnliche Bandbreite wie im Vorjahr auf – bei einem nun um 2 % bis 3 % erhöhten Gesamtniveau (siehe Abbildung 61). Die Ergebnisse hinsichtlich der meisten Tracerdiagnosen zeigen deutlich höhere Werte als das Gesamtergebnis und auch insgesamt eine positive Ergebnisentwicklung (siehe Tabelle 30). Für den Herz-Kreislauf-Stillstand und für die Sepsis sind die Ergebnisse schlechter als der Gesamtwert, im Vergleich zum Vorjahr haben sie sich jedoch ebenfalls sehr deutlich verbessert (+5,9 % bzw. +13,8 %). Hinsichtlich der Sepsis ist festzuhalten, dass diese telefonisch und präklinisch grundsätzlich schwer erkennbar ist. Zur Erkennung des Herz-Kreislauf-Stillstands sei ergänzend auf das Kapitel 2.5.13 verwiesen.

Im Vergleich zum Vorjahr ist die **Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel** auf 26 % gestiegen (+4 %). Die Grundgesamtheit ist – ähnlich zum vorgenannten Indikator – um etwa 16 % zurückgegangen und liegt nun bei 228.000 Fällen. Analog zum Landeswert haben in 32 von 34 Leitstellen die Nachforderungsraten zugenommen (siehe Abbildung 62). Diese Entwicklung ist im Kontext der Einführung des aktualisierten Notarztindikationskatalogs in Baden-Württemberg ab der 2. Jahreshälfte 2024 zu betrachten, sodass 2025 das erste Datenjahr war, in dem dieser vollumfänglich zur Anwendung kam. Die bereits an anderer Stelle dieses Berichts dargelegten Kompetenzstärkungen und -erweiterungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter könnten ebenfalls dazu beigetragen haben, dass für verschiedene Notfallereignisse eine vorsichtigerer initiale Entsendung notarztbesetzter Rettungsmittel stattfand.

Sowohl bei Reanimationen als auch bei Todesfeststellungen ist die Nachforderungsrate deutlich niedriger als bei der Betrachtung über alle Fälle, was damit erklärbar ist, dass diese Fälle bereits initial weit überwiegend mit notarztbesetzten Rettungsmitteln beschickt wurden (siehe Tabelle 31). Tabelle 32 ist zu entnehmen, dass die Nachforderungsrate bei Patientinnen und Patienten mit einem initialen Schmerz von mindestens 5 auf der NRS mit rund 40 % deutlich höher ist als für solche Fälle, bei denen ein niedrigeres Schmerzniveau vorliegt (rund 24 %). Zumindest ein Teil dieser Nachforderungen dürfte also analgesiebedingt erfolgt sein.

Korrespondierend zur Tabelle 31 ist der Tabelle 33 zu entnehmen, dass bei der Tracerdiagnose Herz-Kreislauf-Stillstand die Nachforderungsrate weit unterhalb des Gesamtwerts lag, während sowohl sonstige Diagnosen als auch die anderen Tracerdiagnosen jenseits des Landeswerts lagen, also eine Nachforderungsrate von über 26 % aufwiesen.

Die Betrachtung der Nachforderungsrate in Abhängigkeit der Gesprächsdauer des initialen Anrufs zeigt, dass bei Gesprächsdauern von bis zu 3 Minuten mit jeder Minute die Nachforderungsrate anstieg, bei einer Überschreitung von 3 Minuten dann jedoch wieder zurückging (siehe Tabelle 34). Dies dürfte sich durch zwei Aspekte erklären lassen: Eindeutige **Notarztindikationen** lassen sich innerhalb einer relativ kurzen Abfragedauer von einer Minute ermitteln. Bei einer Gesprächsdauer jenseits von 3 Minuten ist davon auszugehen, dass hier Anrufende durch die Leitstelle hinsichtlich von Erste-Hilfe-Maßnahmen (beispielsweise Telefonreanimation) oder hinsichtlich von Verhaltenshinweisen unterstützt wurden. Bezüglich zugrunde liegender Erkrankungs- und Verletzungsgruppen (siehe Abbildungen 63 und 64) ist in den meisten Fällen eine ähnliche Verteilung wie im Vorjahr festzustellen, mit einem überwiegenden Anstieg der Nachforderungsrate. Ausnahmen hiervon bilden bei den Erkrankungen nur gynäkologische/geburtshilfliche Fälle sowie bei den Verletzungen Gesichts-, Thorax-, Becken- und Weichteiltraumata, die im Vergleich zum Vorjahr eine stabile oder gesunkene Nachforderungsrate aufweisen.

Grundsätzlich muss berücksichtigt werden, dass die **Notarztnachforderung** isoliert nicht für die Beurteilung der Dispositionsqualität geeignet ist. Es sei daher insbesondere auf die nachfolgenden Ausführungen sowie auf Abbildung 68 verwiesen.

Die **Notarztindikation** wird anhand des M-NACA-Scores ermittelt, wobei bei einem M-NACA von mindestens 4 von einer indizierten Notarztentsendung ausgegangen wird. Dieser Score wird als objektivierbare Kategorisierung des Schweregrads von Einsätzen mit Patientenkontakt benutzt, wobei für die Ermittlung retrospektiv Vitalparameter, Befunde, Diagnosen und weitere Inhalte des MIND herangezogen werden. Aufgrund der bereits an anderer Stelle beschriebenen Kompetenzverschiebungen in der Notfallrettung sind jedoch zunehmend Fälle mit einer M-NACA-Kategorie 4 festzustellen, die von RTW eigenständig suffizient versorgt werden können. Dementsprechend ist der Prozess für die Weiterentwicklung dieses Qualitätsindikators bereits im Gange. Für das Datenjahr 2025 erfolgten bereits Anpassungen an der M-NACA-Ermittlung, sodass die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nicht uneingeschränkt gegeben ist. Das Ergebnis des Indikators ist um 1 % auf nunmehr rund 71 % im Vergleich zum Vorjahr angestiegen (siehe Abbildung 65). Hinsichtlich der Ergebnisse nach einzelnen Erkrankungs- und Verletzungsgruppen (siehe Abbildungen 66 und 67) sind die Veränderungen im Vorjahresvergleich moderat und schwanken in den meisten Fällen um höchstens 3 % Zu- oder Abnahme. Einzig bei den speziellen Traumen war die Abweichung zu den Vorjahren deutlich – dies ist jedoch vorrangig auf die Anpassung der M-NACA-Ermittlung zurückzuführen.

Wie bereits im vorstehenden Abschnitt ausgeführt, beeinflussten sich **Notarztnachforderung** und **Notarztindikation** gegenseitig. Zur Verdeutlichung findet sich wie in der Vergangenheit in Abbildung 68 ein leitstellenbezogener Vergleich beider Qualitätsindikatoren. Grundsätzlich ist eine moderate Nachforderungsrate bei gleichzeitig hoher **Notarztindikation** anzustreben. Dem oberen Teil der Abbildung sind die Ergebnisse der **Notarztindikation** entsprechend M-NACA ≥ 4 zu entnehmen, dabei entspricht ein höherer Prozentwert einem besseren Ergebnis. Der untere Teil der Abbildung zeigt den Anteil an Notarztanforderungen, hier entspricht ein geringerer Wert einem besseren Ergebnis. Eine hohe Rate initial richtig entsendeter notarztbesetzter Rettungsmittel zeigt sich somit in einer Position in der jeweils rechten Hälfte des oberen und unteren Grafikteils.

Zur Erleichterung der Orientierung sind in beiden Grafikteilen die Ergebnissäulen der Leitstellen farblich markiert. Eine grüne Säule bedeutet, dass die Leitstelle bei der **Notarztindikation** ein höheres Ergebnis aufweist als der Landeswert, eine rote Säule weist auf ein niedrigeres Ergebnis hin. Diese Farbgebung wird auch im unteren Grafikanteil beibehalten. Beide Abbildungen zusammen verdeutlichen, dass ein geringer Anteil

indizierter Notarztsätze (rote Säulen links im oberen Grafikteil) häufig mit einer ebenfalls niedrigen Nachforderungsrate (rote Säulen rechts im unteren Grafikteil) einherging, weil dort vermutlich insgesamt großzügiger – und somit auch öfter bei niedrigeren M-NACA-Werten – notarztbesetzte Rettungsmittel entsendet und dementsprechend seltener nachgefordert wurden. Im Gegensatz dazu gab es Bereiche, in denen mutmaßlich eine zurückhaltende initiale Notarztentsendung erfolgte. Hier war zwar die **Notarztindikation** häufiger gegeben, es kam dann aber auch häufiger zu Nachforderungen notarztbesetzter Rettungsmittel. Die höchste Qualität zur korrekten Disposition notarztbesetzter Rettungsmittel zeigten damit die Leitstellen mit grünen Ergebnissäulen, deren Ergebnisse in beiden Grafiken möglichst weit rechts liegen.

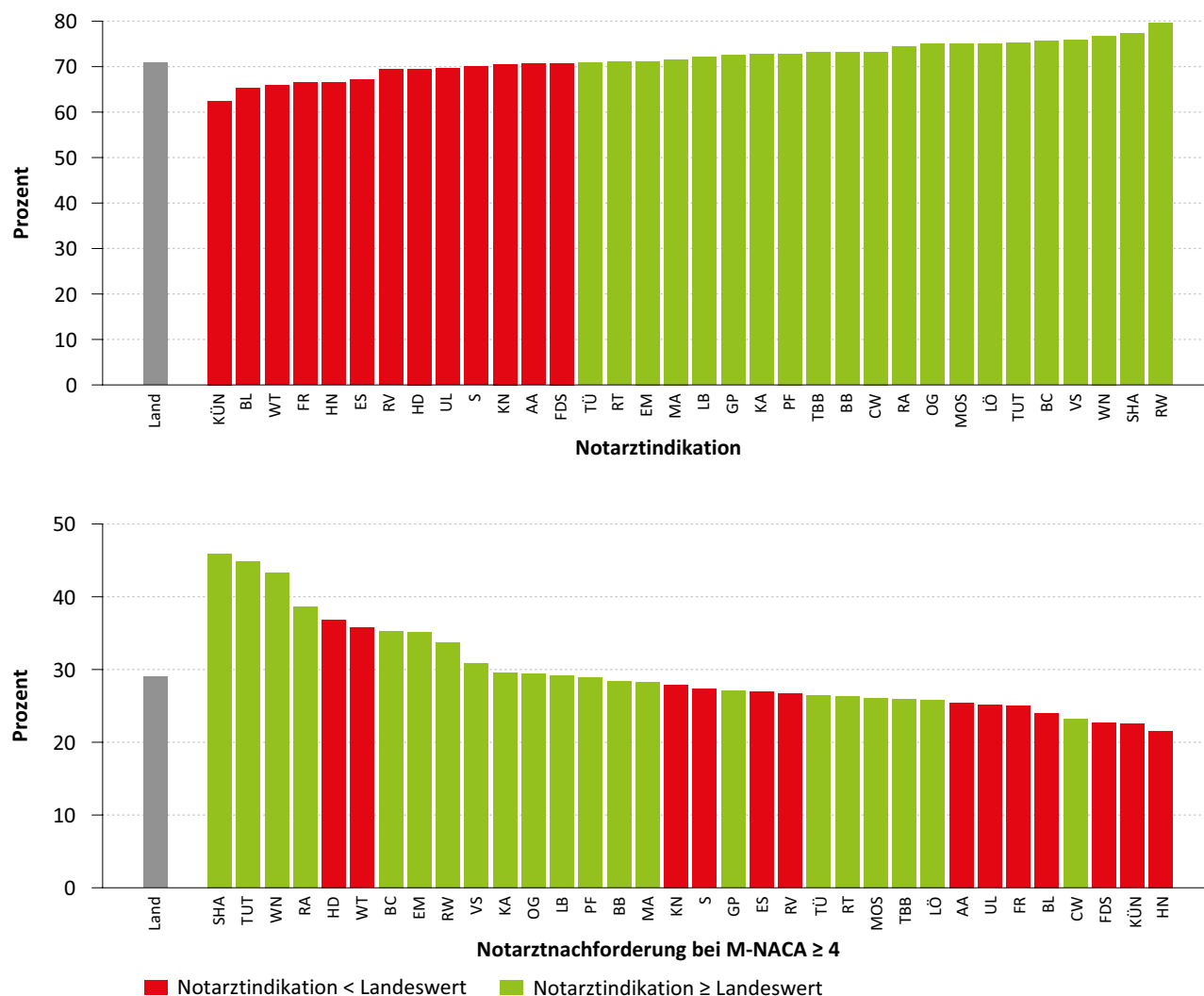


Abbildung 68: Dispositionsqualität: Kombination von Notarztindikation und Notarznachforderung bei M-NACA ≥ 4

2.4 Diagnostik und Monitoring

Für die Berechnung der Qualitätsindikatoren zur Diagnostik und zum Monitoring werden Daten aus der Einsatzdokumentation notarztbesetzter Rettungsmittel und RTW herangezogen. Die Analysen erfolgen auftragsbezogen und auf Basis der Bereichszuständigkeit.

2.4.1 Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

► Methodik: Das Indikatorergebnis stellt den Anteil der Fälle mit Kapnometrie oder Kapnografie an allen Atemwegssicherungen dar. In die Berechnung werden Fälle mit Intubation, supraglottischer Atemwegssicherung und Koniotomie/chirurgischem Atemweg eingeschlossen. Die Erfassung der Kapnometrie/Kapnografie erfolgt über den Eintrag eines Wertes im Datenfeld „etCO₂“.

Wichtige Hinweise:

- Aufgrund eines Exportfehlers bei Fällen ohne notärztlich begleiteten Transport wurden für das Datenjahr 2025 (wie auch in den Vorjahren) nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.
- Aufgrund diverser weiterer Exportfehler bei den Feldern „etCO₂“ und „Airway“ ist die Validität deutlich eingeschränkt (etCO₂-Werte aus dem Verlauf wurden nicht exportiert und Wendl-/Guedel-Tuben wurden als Endotrachealtubus oder supraglottische Atemwegshilfe exportiert).

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Atemwegszugang
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Anzahl der Atemwegssicherungen pro Standort

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	5.011	5.487
► Ergebnis (%):	95,4	94,9
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Validität eingeschränkt (siehe Wichtige Hinweise)

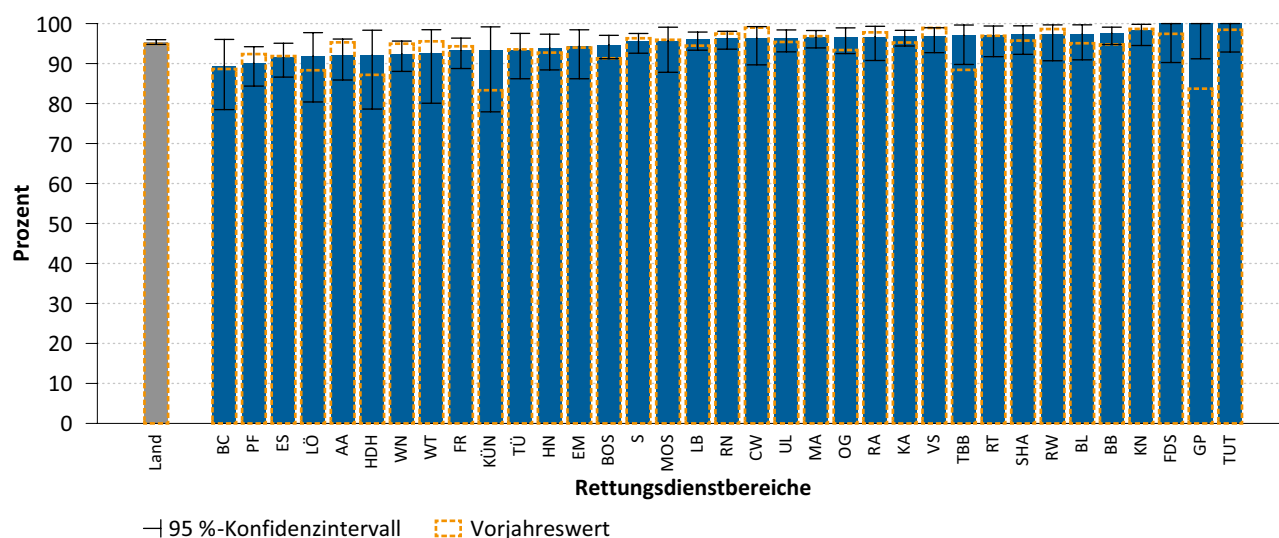


Abbildung 69: Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung

Indikatorberechnung in Subgruppen

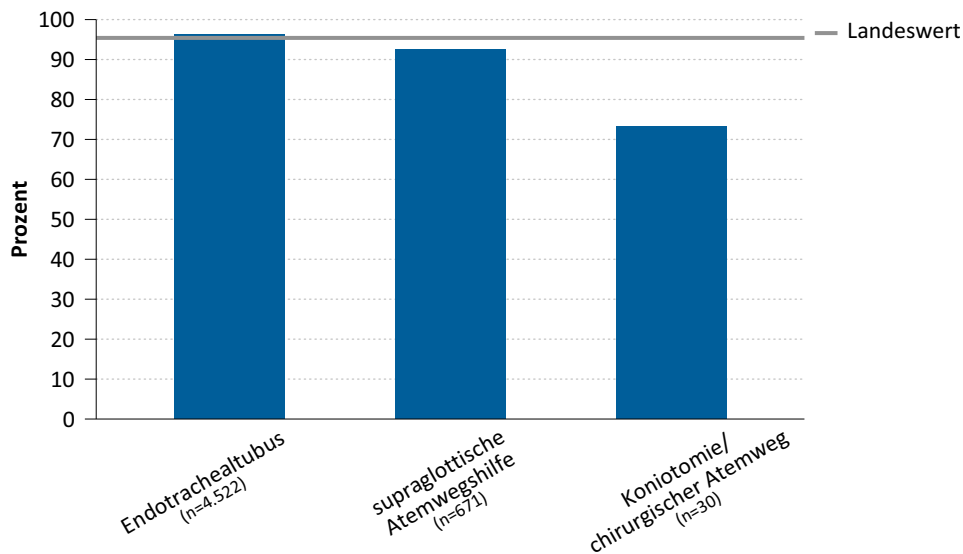


Abbildung 70: Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Atemwegszugang

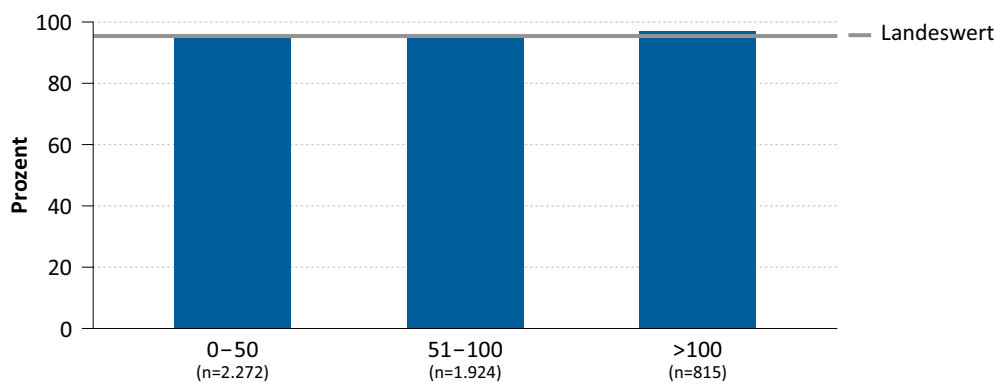


Abbildung 71: Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Anzahl der Atemwegssicherungen pro Standort

2.4.2 Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten

- ▶ Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- ▶ Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Notfallpatientinnen und Notfallpatienten mit EKG-Ableitung, Blutdruck- und SpO₂-Messung dar. Die Erfassung erfolgt jeweils über den Erst- oder Abschlussbefund der entsprechenden Messwerte und des EKG-Befundes. Messwerte, die zwischen Erst- und Abschlussbefund dokumentiert werden, sind nicht Bestandteil des MIND4.0/MIND4.0VMBW und werden nicht übermittelt.

Ausschlusskriterien:

- Kinder vor Vollendung des 5. Lebensjahres – generell (unabhängig vom M-NACA)
- Kinder vor Vollendung des 12. Lebensjahres mit M-NACA < 4, d. h. ohne (potenziell) lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation
- Patientinnen/Patienten, bei denen eine Reanimation durchgeführt wurde, die nie zu ROSC geführt hat

► Zusätzliche Berechnungen:

- Häufigkeit der Einzelmaßnahmen
- Indikatorergebnis nach Altersgruppen
- Indikatorergebnis nach Erkrankungs- und Verletzungsgruppen
- Indikatorergebnis nach M-NACA bei Erkrankungen/Verletzungen

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	197.198	239.311
► Ergebnis (%):	90,2	89,8
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

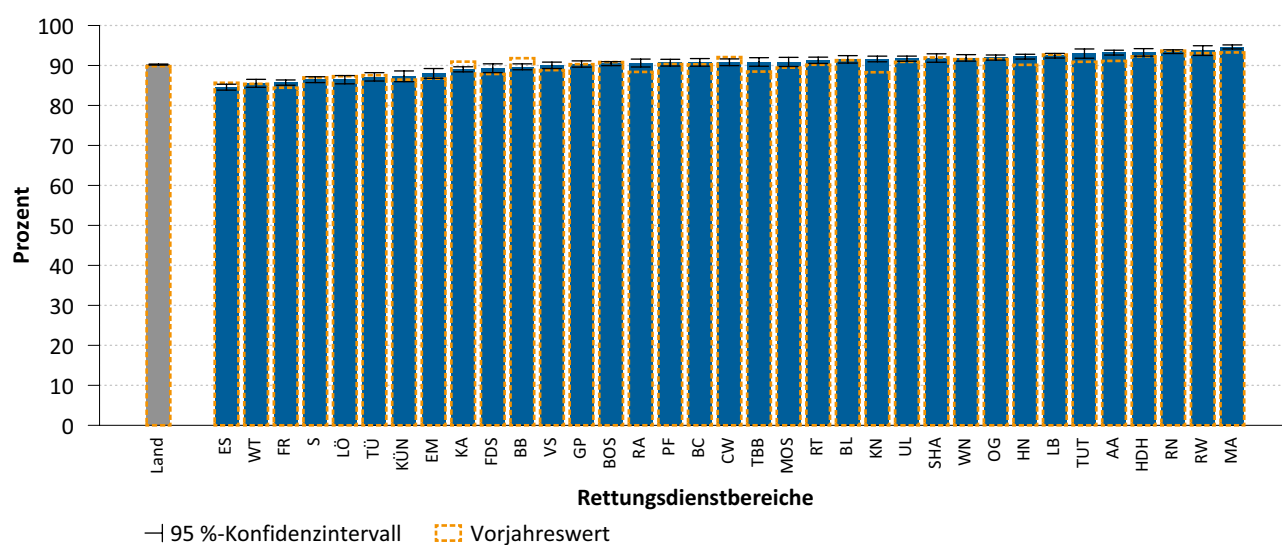


Abbildung 72: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten

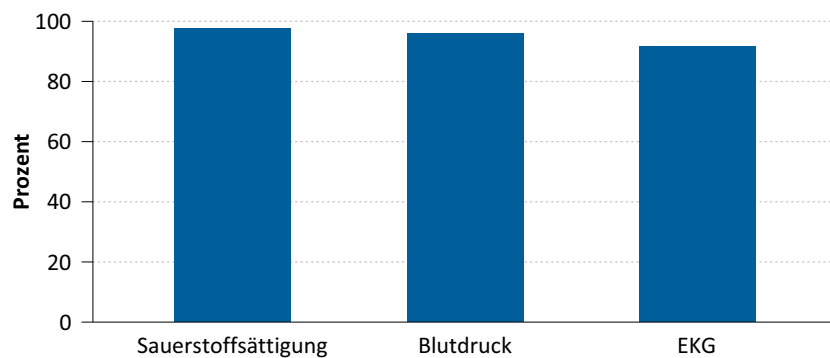


Abbildung 73: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

Indikatorberechnung in Subgruppen

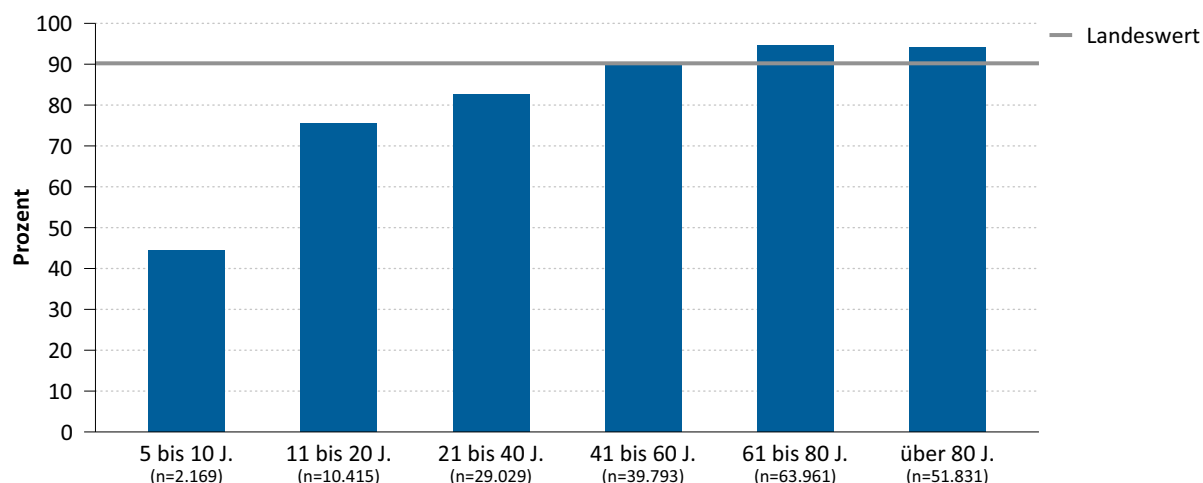


Abbildung 74: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Altersgruppen

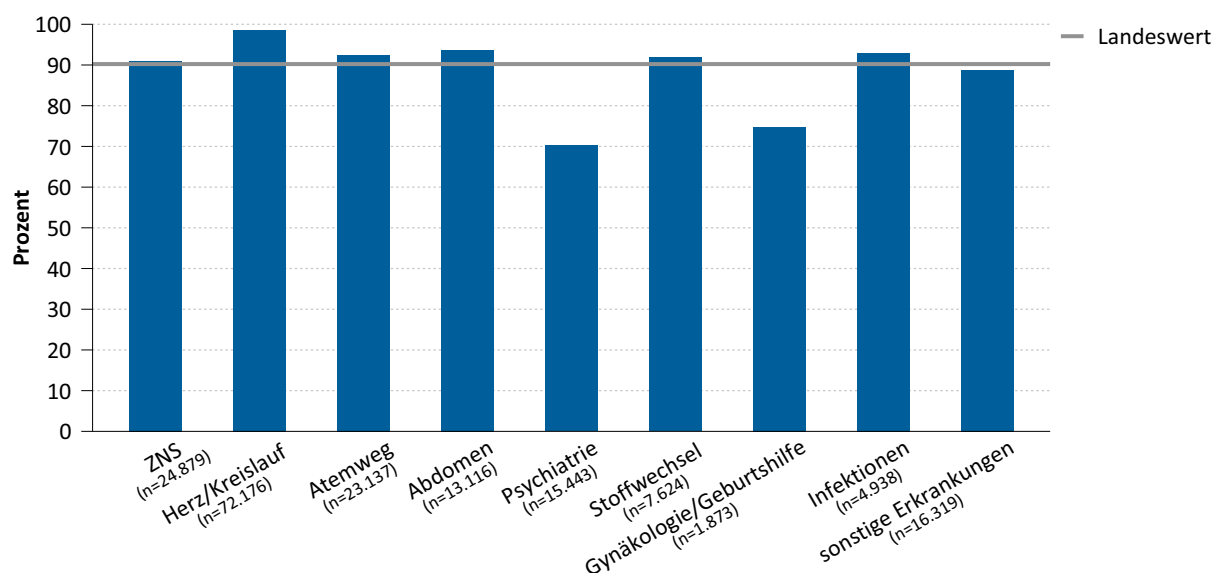


Abbildung 75: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen

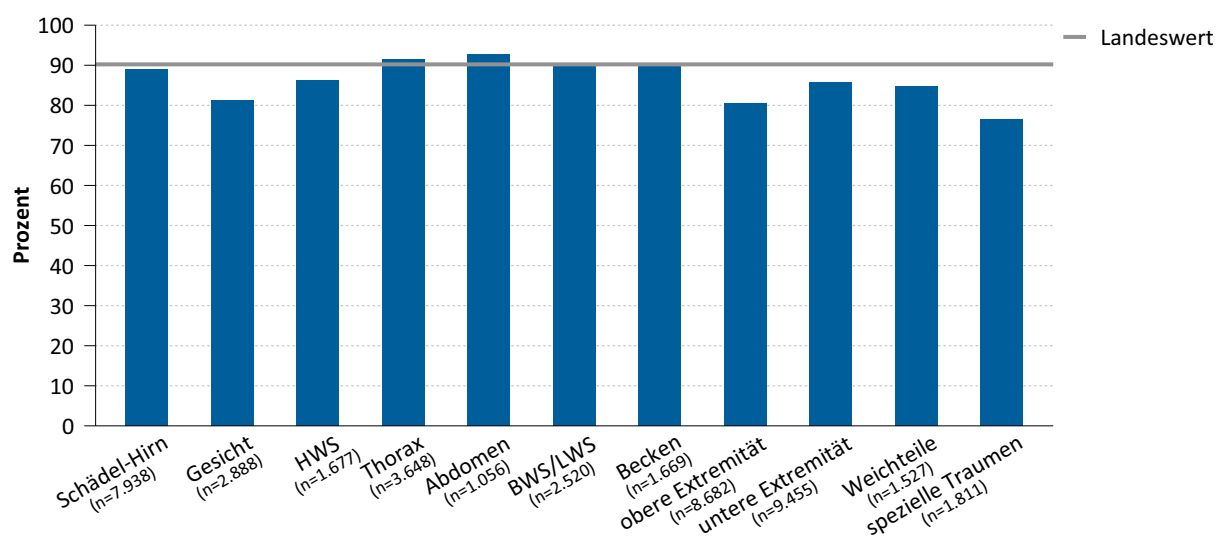


Abbildung 76: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

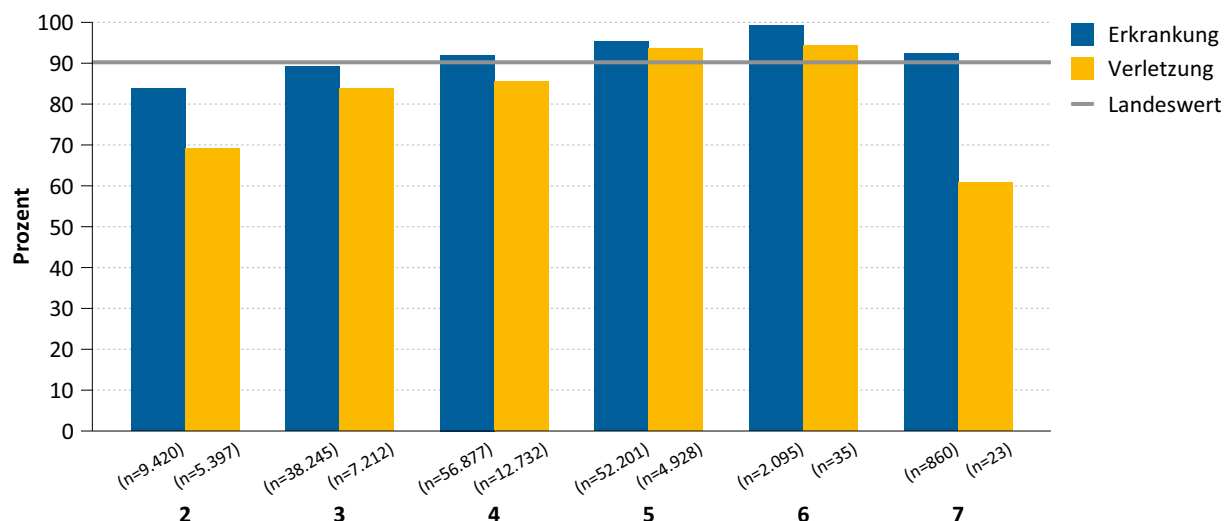


Abbildung 77: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach M-NACA und Erkrankungen/Verletzungen

2.4.3 Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten

- ▶ Datenquelle: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW) – Einsätze ohne Notarztbeteiligung
- ▶ Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der ohne notärztliche Beteiligung durch RTW versorgten Notfallpatientinnen und Notfallpatienten dar, bei denen ein Erstbefund für Bewusstseinslage, Herz-/Pulsfrequenz, Atmung, Haut, Schmerz und Psyche erhoben wurde.

Ausschlusskriterien:

- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- Todesfeststellung/erfolglose Reanimation

Wichtiger Hinweis:

Aufgrund eines Exportfehlers ist die Validität eingeschränkt. Der MIND4.0/MIND4.0VMBW sieht lediglich ein Feld für die Herzfrequenz vor. Auf den Dokumentationssystemen existieren großteils separate Felder für die Herz- und die Pulsfrequenz. Die Information an die Hersteller der Dokumentationssysteme in den MIND-Export- und Ausfüllhinweisen, dass bei fehlender Dokumentation der Herzfrequenz die dokumentierte Pulsfrequenz exportiert werden sollte, wurde jedoch nicht vollumfänglich umgesetzt.

Zusätzliche Berechnungen:

- Häufigkeit der Einzelmaßnahmen
- Indikatorergebnis nach Altersgruppen

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	733.387	663.036
▶ Ergebnis (%):	91,0	89,7
▶ Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Validität eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

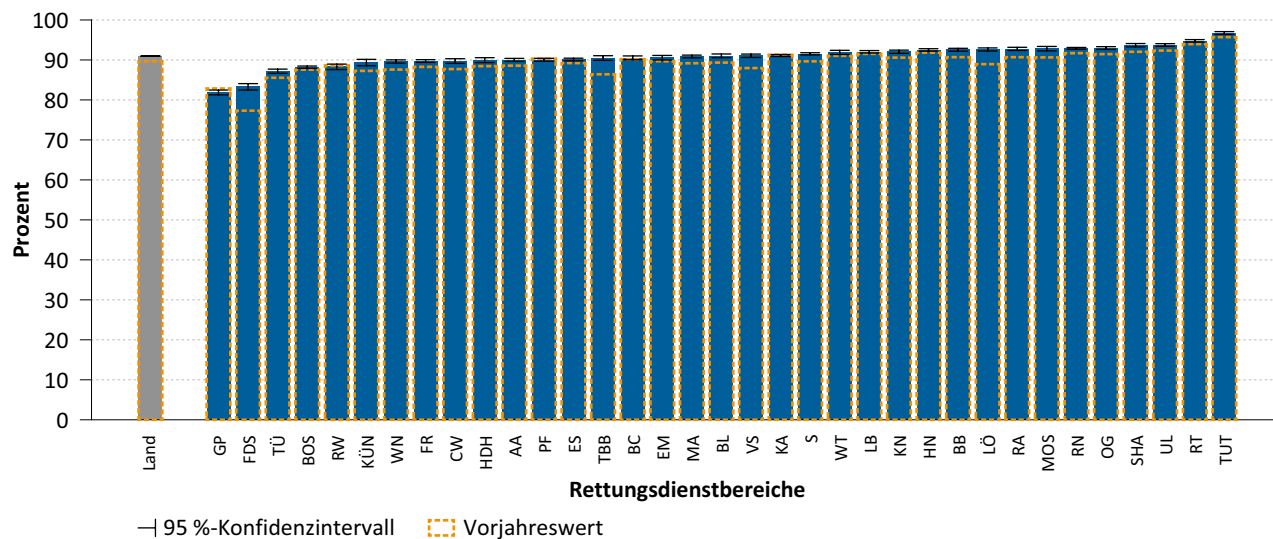


Abbildung 78: Standarderhebung Erstbefund bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten

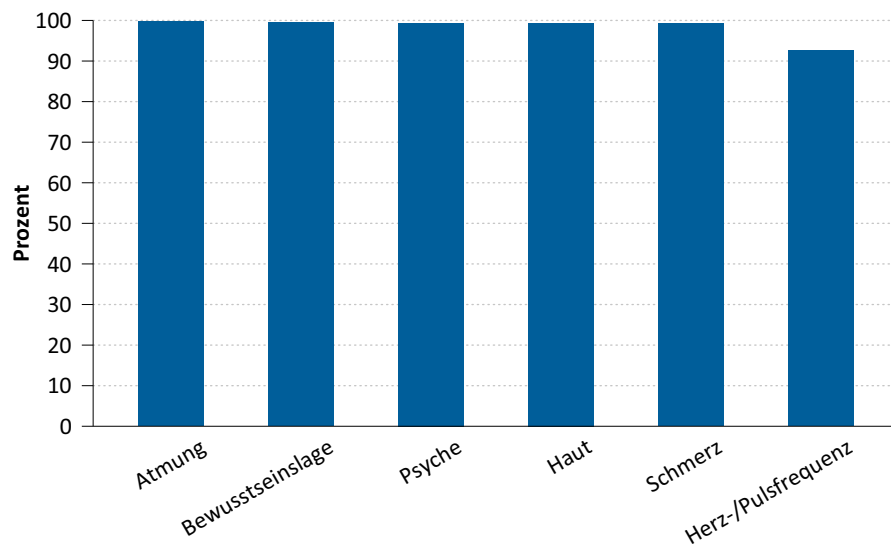


Abbildung 79: Standarderhebung Erstbefund bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

Indikatorberechnung in Subgruppen

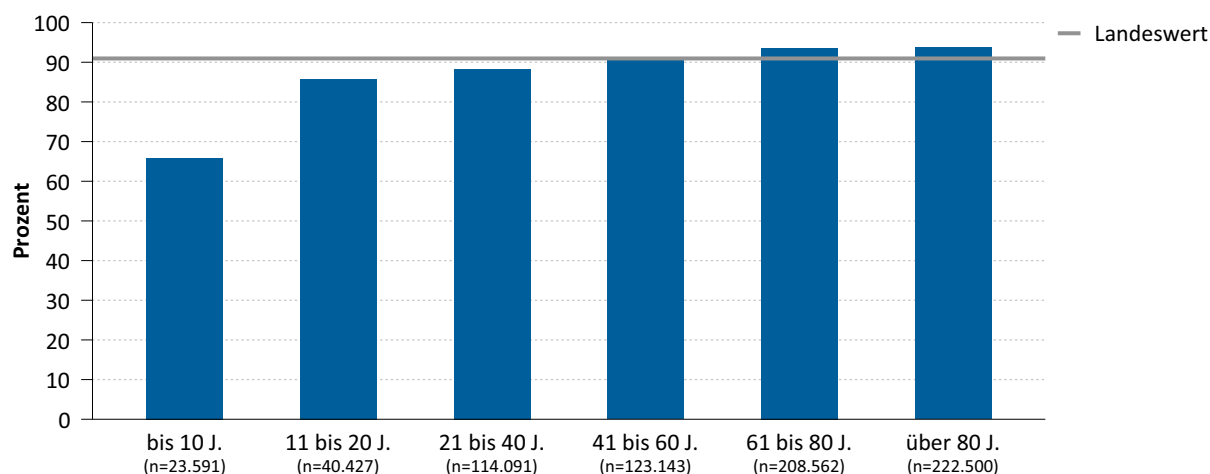


Abbildung 80: Standarderhebung Erstbefund bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Altersgruppen

2.4.4 Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung

► Methodik: Das Indikatorergebnis stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit geminderter Bewusstseinslage im Rahmen von Primäreinsätzen dar, bei denen eine Blutzuckermessung durchgeführt wurde. Bei der Berechnung werden folgende Befunde als Bewusstseinsstörung gewertet:

- GCS < 15 (Erstbefund)
- Bewusstsein (Erstbefund): Reaktion auf Ansprache, Reaktion auf Schmerzreiz, bewusstlos

Ausschlusskriterien:

- primäre Todesfeststellung
- Analgosedierung/Narkose (Erstbefund)
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation

Wichtiger Hinweis:

Aufgrund von Exportfehlern ist die Validität eingeschränkt. Teilweise wurden Werte, die nicht direkt mit den ersten Befunden, sondern im Einsatzverlauf dokumentiert wurden, nicht exportiert.

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einem parenteralen Zugang
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer begonnenen Reanimation (Notarzteinsätze)
- Indikatorergebnis nach initialem GCS
- Indikatorergebnis nach Altersgruppen
- Indikatorergebnis nach Erkrankungs- und Verletzungsgruppen

2.4.4.1 Notarzteinsätze

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	44.719	48.902
► Ergebnis (%):	87,2	87,7
► Referenzbereich:	≥ 90 %	

Achtung: Validität eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

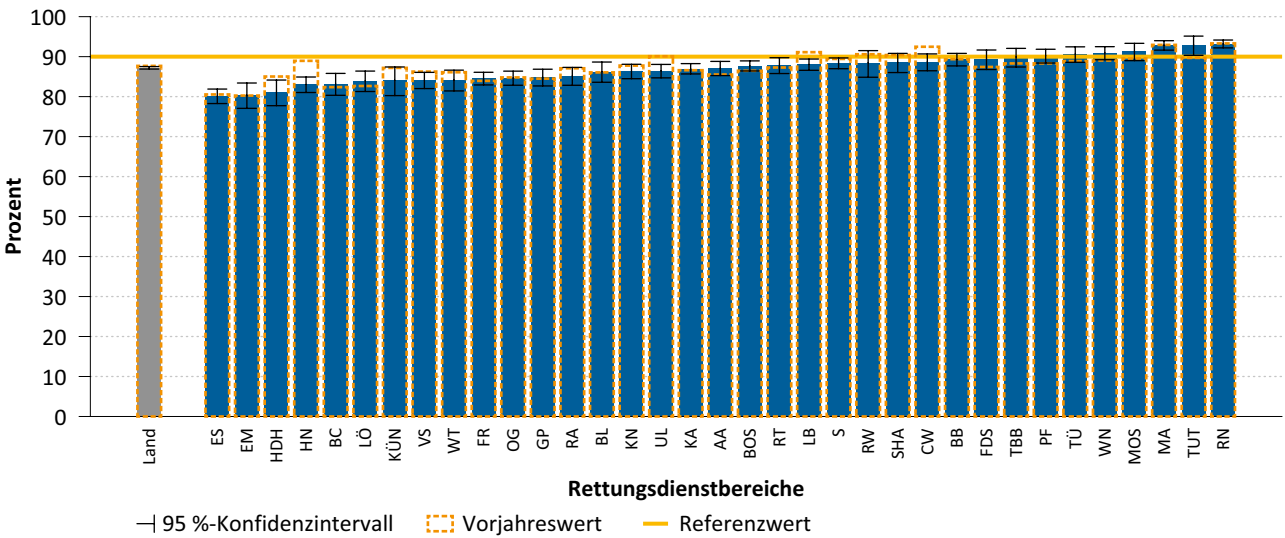


Abbildung 81: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze)

Indikatorberechnung in Subgruppen

Zugang	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	36.014	33.724	93,6
nein	8.705	5.274	60,6

Tabelle 35: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einem parenteralen Zugang

Reanimation	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	5.918	4.123	69,7
nein	38.801	34.875	89,9

Tabelle 36: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer begonnenen Reanimation

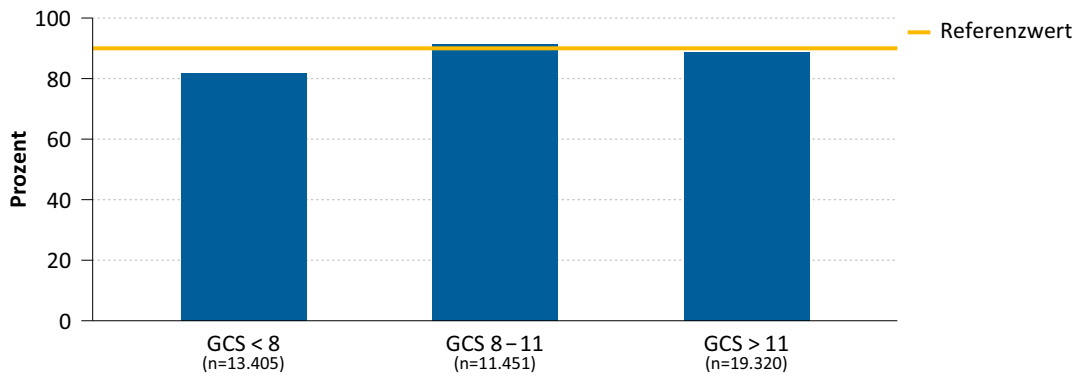


Abbildung 82: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach initialem GCS

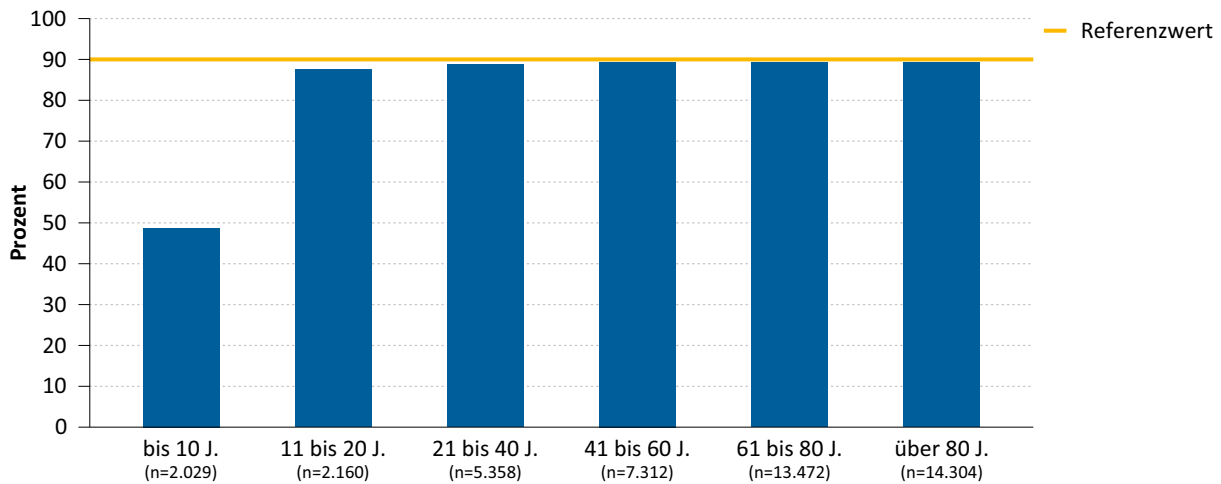


Abbildung 83: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Altersgruppen

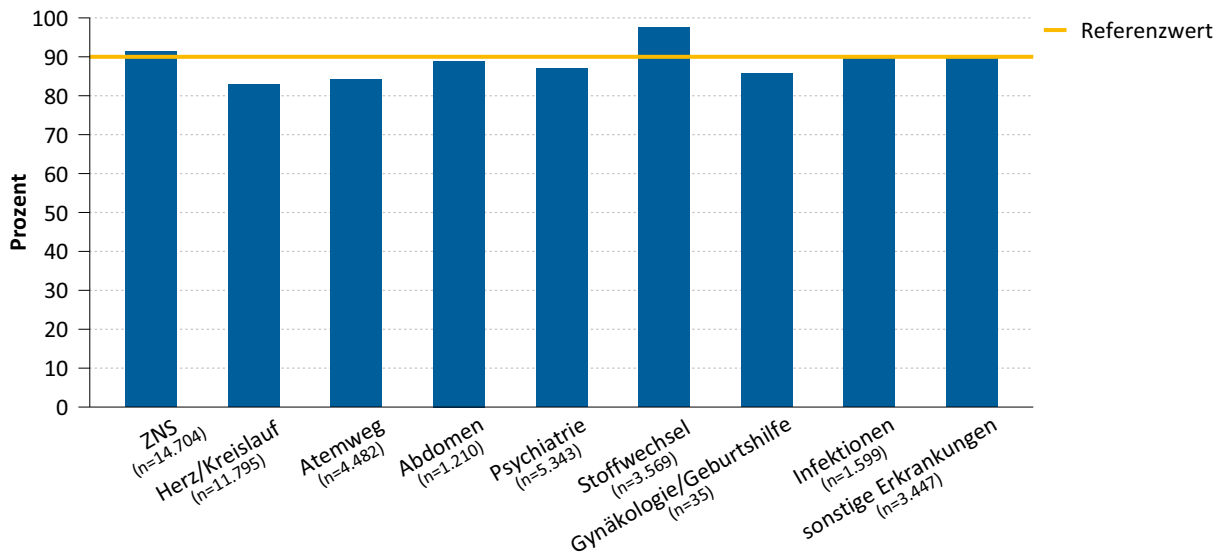


Abbildung 84: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen

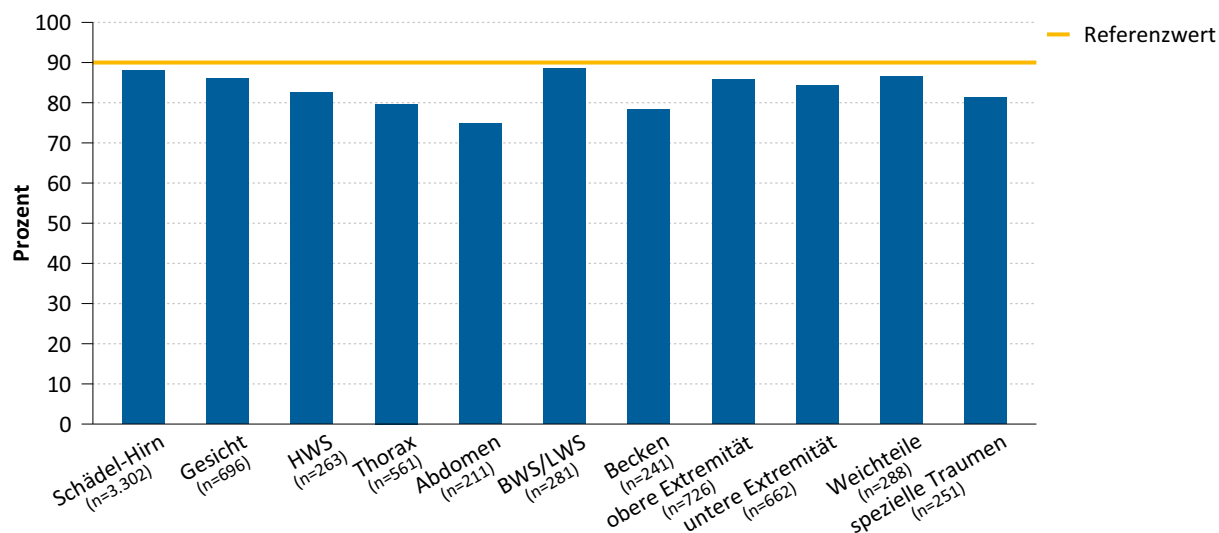


Abbildung 85: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinätze): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

2.4.4.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

► Datenquelle: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	51.491	45.081
► Ergebnis (%):	79,2	78,9
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Validität eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

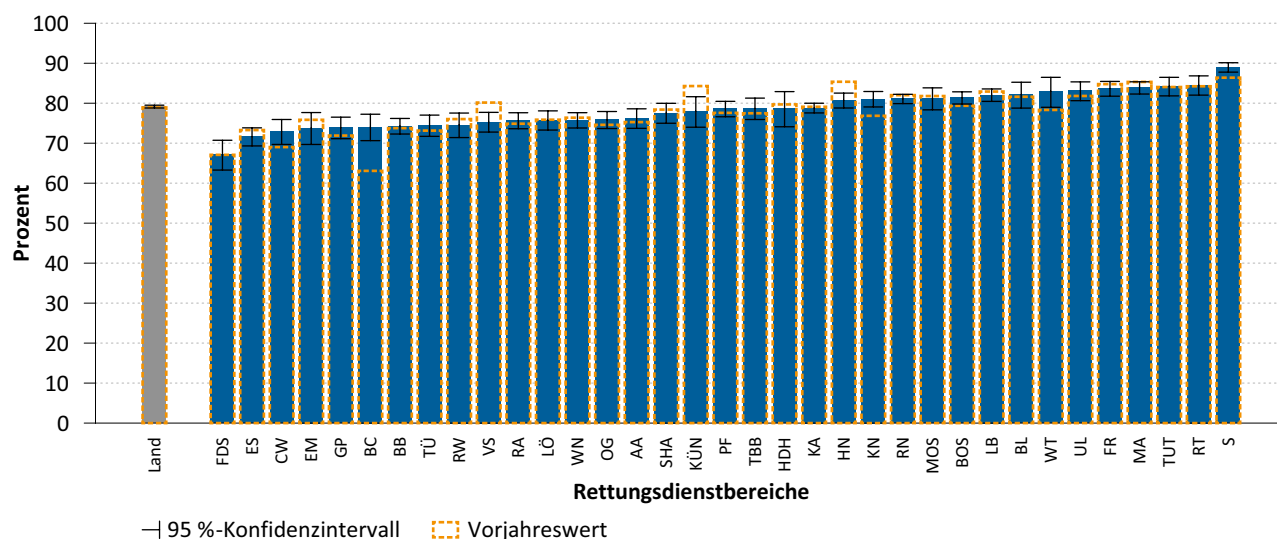


Abbildung 86: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

Indikatorberechnung in Subgruppen

Zugang	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	26.714	25.622	95,9
nein	24.777	15.139	61,1

Tabelle 37: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einem parenteralen Zugang

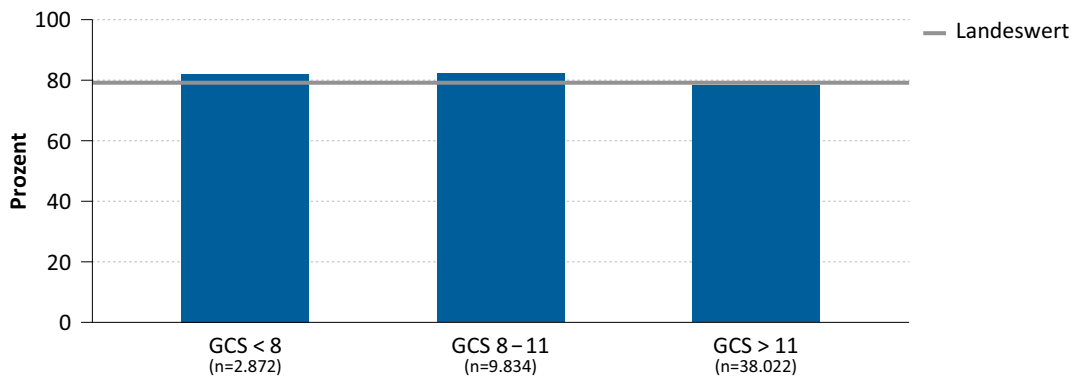


Abbildung 87: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach initialem GCS

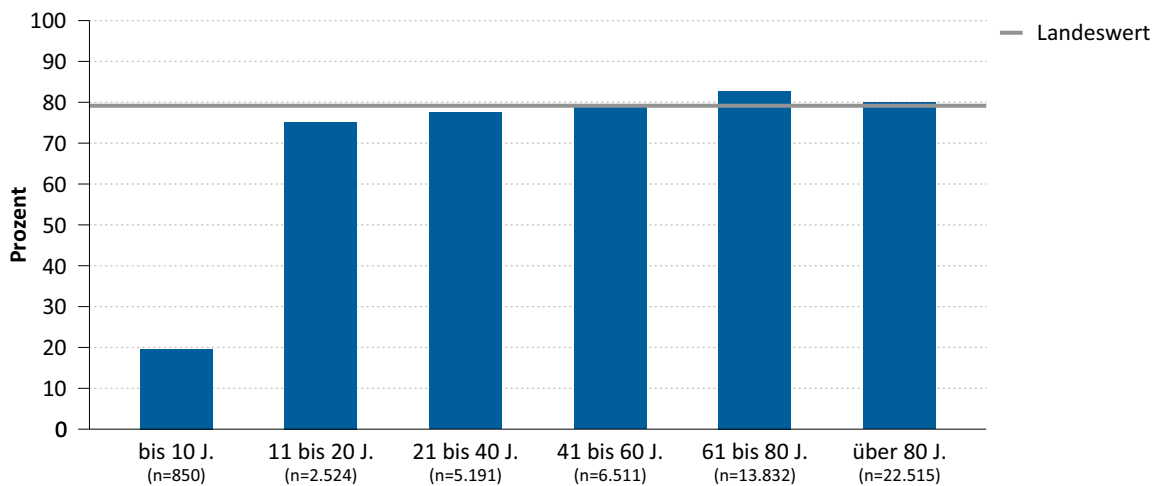


Abbildung 88: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Altersgruppen

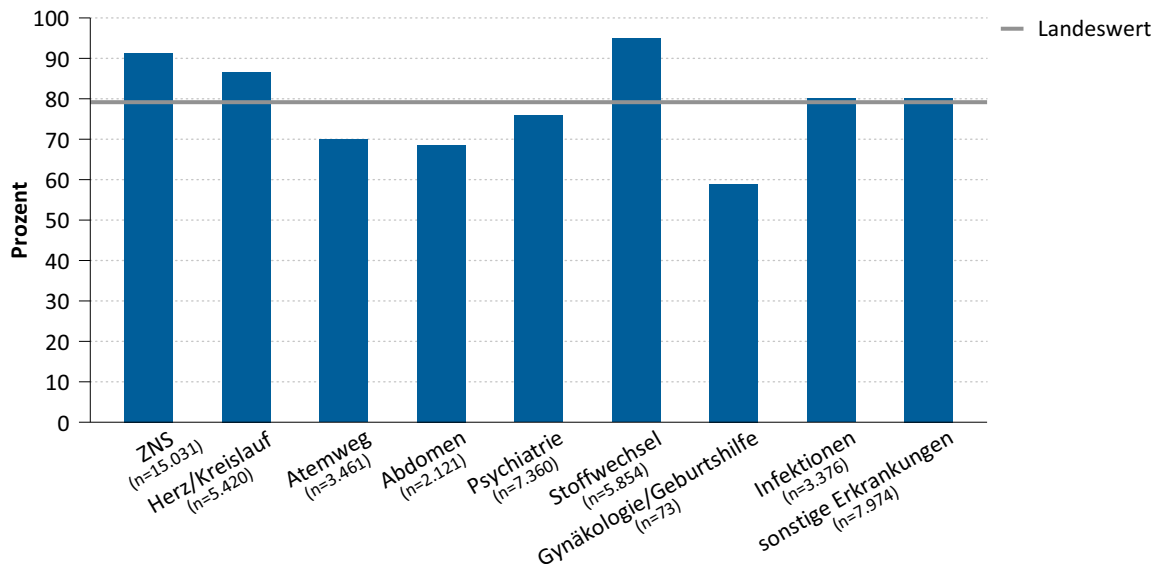


Abbildung 89: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen

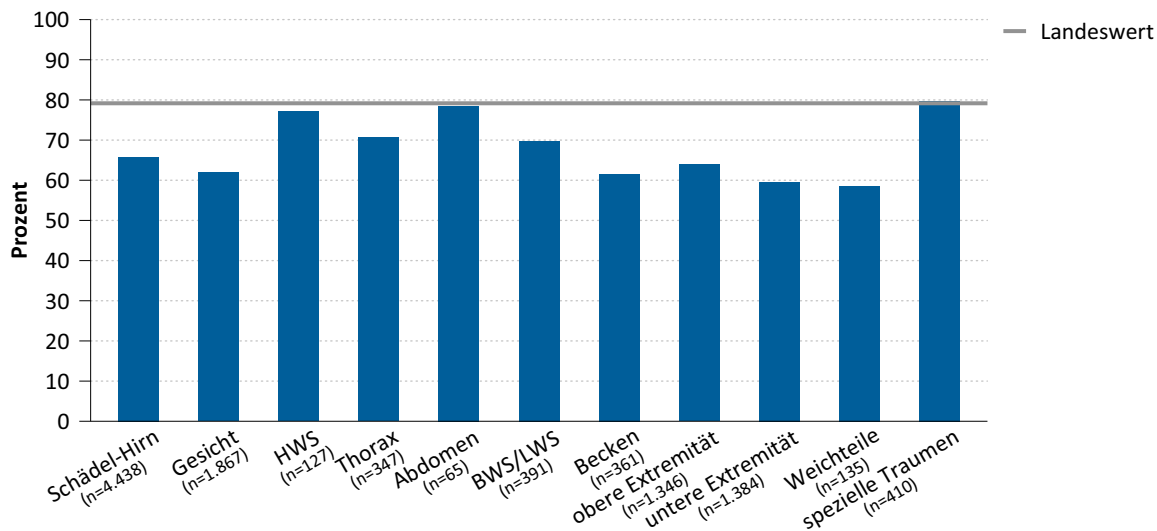


Abbildung 90: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

2.4.5 Bewertung: Diagnostik und Monitoring

Aufgrund des noch nicht behobenen Exportfehlers bei optionalen Feldern, der zur Folge hatte, dass dokumentierte Werte nicht übermittelt wurden, konnten auch für das Datenjahr 2025 – wie bereits in den Vorjahren – beim notärztlichen Indikator **Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung** nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt werden (siehe hierzu auch Qualitätsberichte 2022 bis 2024). Da auch weitere Exportfehler noch nicht vollständig behoben waren, ist die Validität der Ergebnisse bei den Indikatoren **Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung**, **Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** und **Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung** eingeschränkt.

Das Indikatorergebnis zur **Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung** hat mittlerweile mit über 95 % einen erfreulichen Stand erreicht – wenngleich bei jeder Atemwegssicherung eine Überwachung durch Kapnometrie erfolgen sollte. Gegenüber dem Vorjahr zeigte sich, dass die Ergebnisunterschiede zwischen einzelnen Rettungsdienstbereichen im Datenjahr 2025 nicht mehr so ausgeprägt waren. Der Landeswert stieg um 0,5 %, einzelne Rettungsdienstbereiche erzielten jedoch Ergebnisverbesserungen von über 10 %. Die höchsten Kapnometrieraten zeigten sich bei endotrachealer Intubation oder Verwendung von supraglottischen

Atemwegshilfen. Die sehr niedrige Rate im Zusammenhang mit Koniotomie/chirurgischem Atemweg resultierte möglicherweise aus einer nicht MIND-konformen Nutzung dieses Feldes im Zusammenhang mit tracheotomierten Patienten, bei denen der Atemwegszugang vor dem rettungsdienstlichen Einsatz vorbestand. In solchen Fällen ist eine Kapnometrie nicht zwingend medizinisch indiziert, daher sollten solche Situationen nicht als Koniotomie dokumentiert werden. Die Gesamtzahl in dieser Gruppe war jedoch mit landesweit $n = 30$ sehr gering, daher ist eine detailliertere Analyse hier wenig sinnvoll. Die Unterschiede in der Häufigkeit einer Kapnometrie in Abhängigkeit von der Anzahl durchgeführter Atemwegssicherungen zwischen den Standorten haben gegenüber den Vorjahren abgenommen, sind aber weiterhin statistisch signifikant: Standorte, bei denen häufiger Atemwegssicherungen durchgeführt wurden, überwachten diese auch eher durch Messung des etCO_2 (siehe Abbildung 71).

Wie eingangs bereits erwähnt, wurde die Reihenfolge des Qualitätsberichts 2025 ein wenig umstrukturiert. Im Interesse einer zusammenhängenden Darstellung aller in Bezug zu einer Tracerdiagnose stehenden Indikatoren werden die Ergebnisse des Indikators **Kapnografie bei Reanimation** im Kapitel 2.5.14 dargestellt. Ebenso werden die Ergebnisse des neuen Indikators zur Ableitung eines **12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) ACS oder unklarem Thoraxschmerz**, die inhaltlich eigentlich in das Kapitel Diagnostik und Monitoring passen würden, bei der Tracerdiagnose STEMI im Abschnitt 2.5 (Versorgung und Transport) dargestellt.

Das Ergebnis des Indikators **Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** lag 0,4 % über dem Vorjahr und hat 2025 erstmals die 90 %-Marke überschritten. Da der Landeswert damit höher liegt als der auf 90 % festgelegte fixe Referenzwert, gilt für den Gestuften Dialog (siehe Kapitel 3) für das Datenjahr 2025 der Landeswert als Referenz. Der häufigste Grund für die Nicht-Erfüllung der Indikator-Kriterien war mit ca. 8,4 % die fehlende EKG-Ableitung (Rhythmus-EKG), gefolgt von einer fehlenden Blutdruck-Messung in 4 %. Dass bei Kindern Monitoring-Maßnahmen seltener durchgeführt werden als bei Erwachsenen, ist prinzipiell nachvollziehbar, da solche Maßnahmen dazu führen können, dass die teils geringere Kooperationsbereitschaft von Kindern weiter abnimmt. Eine Unvollständigkeit von über 55 % in der Gruppe der 5- bis 10-Jährigen (siehe Abbildung 74) ist allerdings schwer nachvollziehbar unter Berücksichtigung der Tatsache, dass aus dieser Altersgruppe nur Kinder in den Indikator eingeschlossen werden, die eine (potenziell) lebensbedrohliche Erkrankung oder Verletzung aufweisen. Hier zeigte sich in den zwei vergangenen Jahren auch keine Bewegung nach oben. Hinsichtlich der Erkrankungsgruppen wird das **Standardmonitoring** am seltensten bei psychiatrischen Erkrankungen vollständig durchgeführt, dicht gefolgt von gynäkologischen bzw. geburtshilflichen Einsätzen (siehe Abbildung 75). Ebenfalls nicht nachvollziehbar ist die unvollständige Dokumentation des **Standardmonitorings** bei Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen oder Verletzungen, die auf eine bestehende oder potenziell drohende Entgleisung der Vitalparameter hinweisen ($\text{M-NACA} \geq 4$) (siehe Abbildung 77).

Der einzige Indikator, der nur aus Einsätzen ohne Notarztbeteiligung errechnet wird, ist weiterhin die **Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten**. Um aktuelle Entwicklungen hinsichtlich des Einsatzspektrums von RTW ohne Notarztbeteiligung besser abbilden zu können, ist der Indikator in der vorliegenden Form überarbeitungsbedürftig. Der umfangreiche Weiterentwicklungsprozess war bereits 2025 weit fortgeschritten, sodass der Indikator in der bisherigen Form in diesem Qualitätsbericht letztmalig dargestellt wird. Gegenüber dem Vorjahr hat sich das Indikatorergebnis noch einmal leicht verbessert und erstmals die 90 %-Hürde überschritten. Allerdings wurde das Indikatorergebnis durch eine mangelhafte Umsetzung der MIND-Spezifikation potenziell negativ beeinflusst, da nicht alle Hersteller der Dokumentationslösungen eine durch das Personal dokumentierte Pulsfrequenz exportierten. Damit führte die alleinige Dokumentation der Pulsfrequenz anstelle der Herzfrequenz zur ungerechtfertigten Nichterfüllung des Indikators. Demgemäß war erneut das Kriterium „Herz-/Pulsfrequenz“ dasjenige, welches mit knapp 7,4 % am häufigsten zur Nicht-Erfüllung der Indikatorkriterien führte (siehe Abbildung 79). Auch bei diesem Indikator wurden Kinder in der Altersgruppe bis 10 Jahre am seltensten vollständig untersucht (siehe

Abbildung 80). Im Gegensatz zum korrespondierenden notärztlichen Indikator sind hier zwar auch Kinder einbezogen, die gemäß M-NACA-Einstufung keine (potenziell) lebensbedrohlichen Erkrankungen/Verletzungen aufweisen, allerdings sind die geforderten Maßnahmen keineswegs invasiv, sodass eine höhere Vollständigkeitsrate auch in dieser Altersgruppe erwartet werden könnte.

Blutzuckerwerte, die nicht bei Erst- oder Abschlussbefund, sondern als Verlaufswerte in der Dokumentation erfasst werden, werden nach wie vor teilweise nicht exportiert. Daher bleibt der Indikator **Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung** weiterhin mit einem erheblichen Vorbehalt hinsichtlich der Aussagekraft des Indikatorergebnisses versehen. Gegenüber dem letzten Jahr hat sich das Ergebnis weder bei Einsätzen mit (-0,5 %) noch bei Einsätzen ohne (+0,3 %) notärztliche Beteiligung deutlich geändert (siehe Abbildungen 81 und 86). Wie in den Vorjahren war das Indikatorergebnis erheblich besser, wenn ein intravenöser Zugang gelegt wurde. Das im Rahmen der Punktion gewonnene Blut wird offensichtlich routinemäßig für eine **Blutzuckermessung** verwendet. Bei fehlendem Venenzugang muss für die **Blutzuckermessung** separat Blut gewonnen werden, was offensichtlich die Hürde für die **Blutzuckermessung** deutlich erhöht. Diese Ergebnisse galten sowohl für Einsätze mit als auch für Einsätze ohne notärztliche Beteiligung und lagen auf ähnlichem Niveau (siehe Tabellen 35 und 37). Erstaunlich war, dass – zumindest bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung – bei einem niedrigeren GCS-Wert offensichtlich seltener ein Anlass für eine **Blutzuckermessung** gesehen wurde als bei einem höheren GCS-Wert (siehe Abbildung 82). Dieses Ergebnis ist nur schwer erklärbar und zeigte sich bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung nicht (siehe Abbildung 87). In beiden Gruppen wurde eine **Blutzuckermessung** am seltensten bei bewusstseinsgetrübten Kindern bis 10 Jahre durchgeführt (siehe Abbildungen 83 und 88), bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung mit nur 20 % halb so oft wie bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung. Die in dieser Altersgruppe im Zusammenhang mit Bewusstseinsstörung am häufigsten gestellte Diagnose – Fieberkrampf – bietet offensichtlich eine ausreichende Erklärung für die Ursache der Bewusstlosigkeit, sodass eine **Blutzuckermessung** entbehrlich scheint. Ebenso wurde eine **Blutzuckermessung** bei Konstellationen mit Bewusstseinsstörung und Verletzungen deutlich seltener durchgeführt, wenn hierbei keine Notärztin/kein Notarzt beteiligt war (57 % versus 86 % – siehe Abbildungen 85 und 90).

Die Ergebnisse für den Indikator **Schmerzreduktion** werden aus den bereits erwähnten redaktionellen Gründen ab diesem Berichtsjahr im Kapitel 2.5 (Versorgung und Transport) dargestellt.

In Abbildung 91 sind alle Indikatorergebnisse des Kapitels Diagnostik und Monitoring für die einzelnen Rettungsdienstbereiche zusammengefasst. Die Ergebnisse bilden hier Rangsummen und sind in aufsteigender Reihenfolge sortiert, sodass der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis den höchsten Punktwert hat.

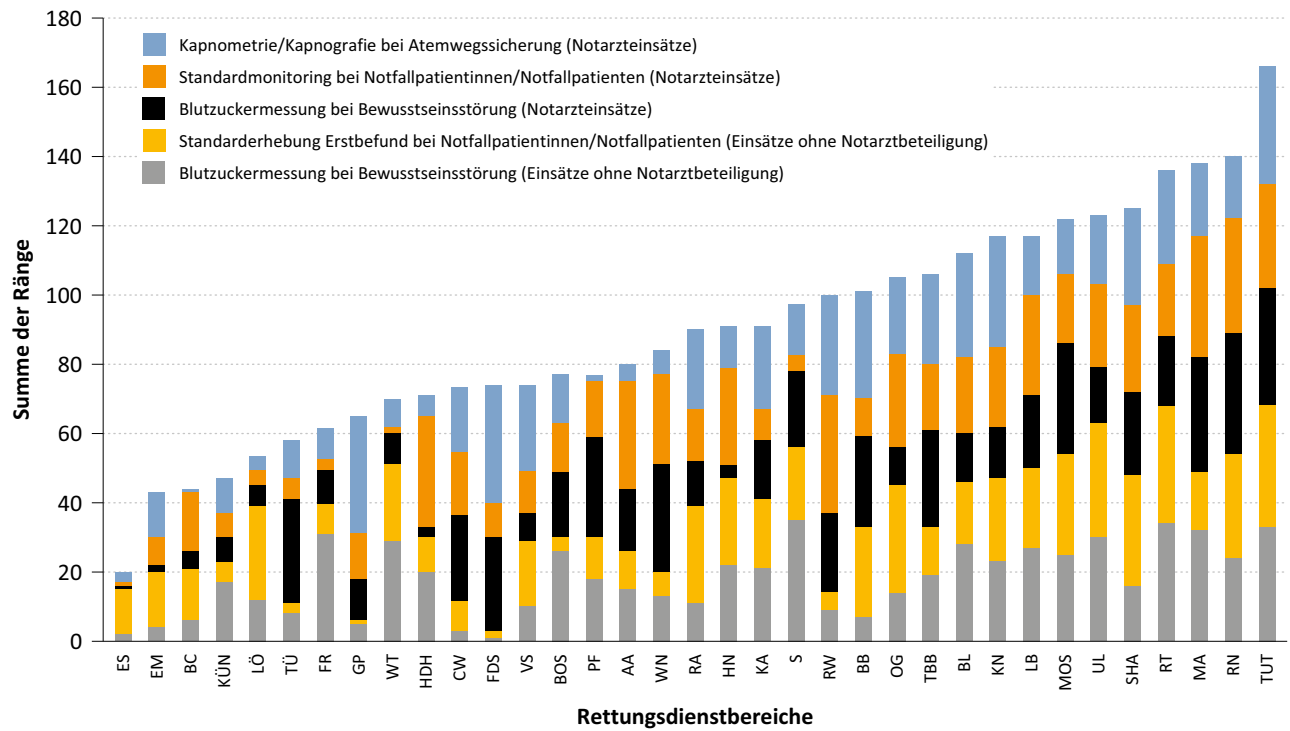


Abbildung 91: Diagnostik und Monitoring: Rangfolge der Rettungsdienstbereiche

2.5 Versorgung und Transport

In diesem Kapitel werden Indikatoren zur Versorgungsqualität von notfallmedizinisch besonders relevanten Krankheitsbildern (ST-Hebungsinfarkt, Polytrauma/schwerverletzt, akutes zentral-neurologisches Defizit, Atemnot, Sepsis, Herz-Kreislauf-Stillstand) sowie zur Behandlung von Schmerzen dargestellt.

Für die Berechnung aller Indikatoren zum primären Transport in eine geeignete Klinik wird ein eigens erstelltes Verzeichnis aller Krankenhäuser in Baden-Württemberg sowie regelmäßig angefahrener Krankenhäuser benachbarter Staaten und Bundesländer mit den dort zur Verfügung stehenden Einrichtungen herangezogen. Fälle mit Angabe eines nicht bekannten Transportziels in den notärztlichen oder RTW-Daten werden (sofern möglich) seit 2019 durch das im zugehörigen Leitstellendatensatz enthaltene Transportziel ergänzt.

Aufgrund mehrerer Leitlinienanpassungen, die der präklinischen Heparinapplikation und der Schmerztherapie mit Morphinen nicht mehr die in der Vergangenheit zugeordnete Bedeutung beimessen, war eine Überarbeitung des bisherigen Indikators **Leitliniengerechte Versorgung: ST-Hebungsinfarkt** erforderlich. Diese hat dazu geführt, dass in Übereinstimmung mit den länderübergreifend konsentierten Qualitätsindikatoren eine Aufteilung des bisherigen Indikators in zwei neue Indikatoren beschlossen wurde: **12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz** und **ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt**. Die Definitionen dieser Indikatoren können Sie den folgenden Ausführungen entnehmen.

2.5.1 12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

► Methodik: Das Indikatorergebnis stellt den Anteil der im Rahmen von Primäreinsätzen versorgten Patientinnen und Patienten mit Diagnose ACS, STEMI VW, STEMI HW oder unklarer Thoraxschmerz dar, bei denen ein 12-Kanal-EKG abgeleitet wurde.

Ausschlusskriterien:

- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation
- Todesfeststellung/Reanimationssituation

Wichtige Hinweise:

- Der in der Vergangenheit dargestellte Indikator zur leitliniengerechten Versorgung des ST-Hebungsinfarkts wird von diesem Indikator und dem Indikator ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt (siehe 2.5.2.) abgelöst. Ein Vergleich der Ergebnisse mit dem Vorjahr ist daher nicht möglich.
- Für die Zuordnung zu der Tracerdiagnose ST-Hebungsinfarkt werden ab dem Datenjahr 2025 nur noch die Diagnosen STEMI (VW/HW) und nicht mehr der EKG-Befund verwendet.
- Die Validität der Ergebnisse war aufgrund der mangelhaften Dokumentationsqualität eingeschränkt (signifikant seltenere Dokumentation des 12-Kanal-EKGs bei einer bestimmten Dokumentationslösung aufgrund der Gestaltung der Dokumentationsoberfläche).

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Einsatzort
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Diagnose

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	25.776	-
▶ Ergebnis (%):	69,5	-
▶ Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Validität eingeschränkt (siehe Wichtige Hinweise)

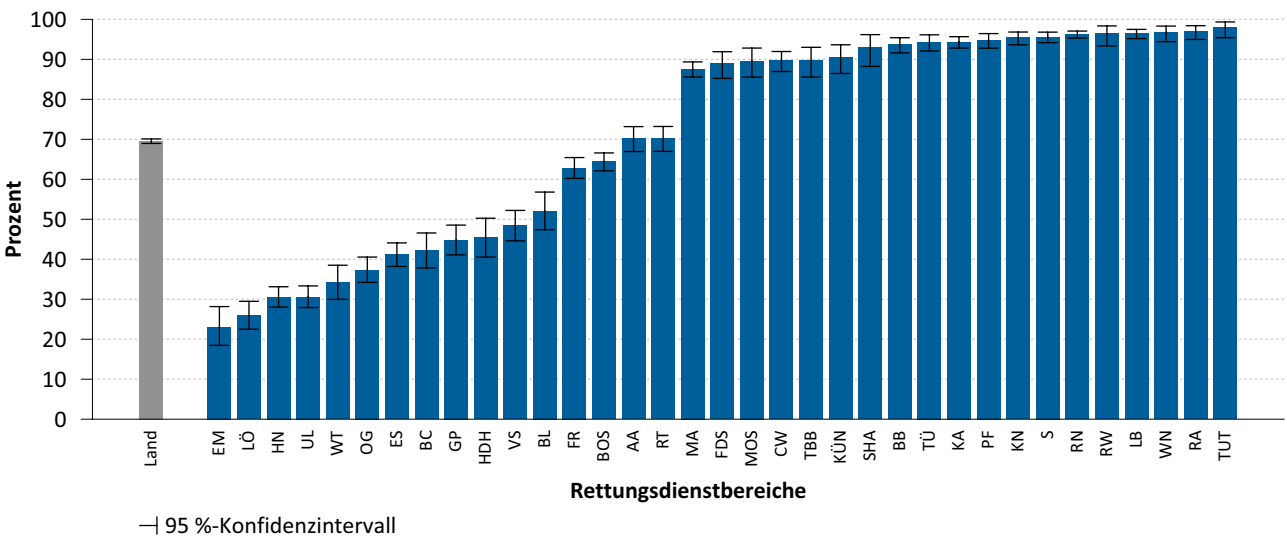


Abbildung 92: 12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz

Indikatorberechnung in Subgruppen

Einsatzort	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
Altenheim	825	557	67,5
Arztpraxis	2.976	1.989	66,8
Krankenhaus	663	331	49,9
andere Einsatzorte	21.312	15.046	70,6

Tabelle 38: 12-Kanal-EKG bei ACS: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Einsatzort

Diagnose	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ACS	15.417	10.280	66,7
STEMI VW	2.231	1.672	74,9
STEMI HW	2.240	1.687	75,3
unklarer Thoraxschmerz	6.128	4.433	72,3

Tabelle 39: 12-Kanal-EKG bei ACS: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Diagnose

2.5.2 ST-Hebungsinfarkt – ASS-Gabe

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

► Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der im Rahmen von Primäreinsätzen versorgten Patientinnen und Patienten mit Diagnose STEMI VW oder STEMI HW dar, bei denen eine ASS-Gabe (oder Vorbehandlung mit Antikoagulanzen/Thrombozytenaggregationshemmern) dokumentiert wurde.

Ausschlusskriterien:

- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation
- Todesfeststellung/Reanimationssituation
- ambulante Versorgung ohne Transport

Wichtige Hinweise:

- Der in der Vergangenheit dargestellte Indikator zur leitliniengerechten Versorgung des ST-Hebungsinfarkts wird von diesem Indikator und dem Indikator 12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz (siehe 2.5.1) abgelöst. Ein Vergleich der Ergebnisse mit dem Vorjahr ist daher nicht möglich.
- Für die Zuordnung zu der Tracerdiagnose ST-Hebungsinfarkt werden ab dem Datenjahr 2025 nur noch die Diagnosen STEMI (VW/HW) und nicht mehr der EKG-Befund verwendet.

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Einsatzort

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	4.440	-
► Ergebnis (%):	80,8	-
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

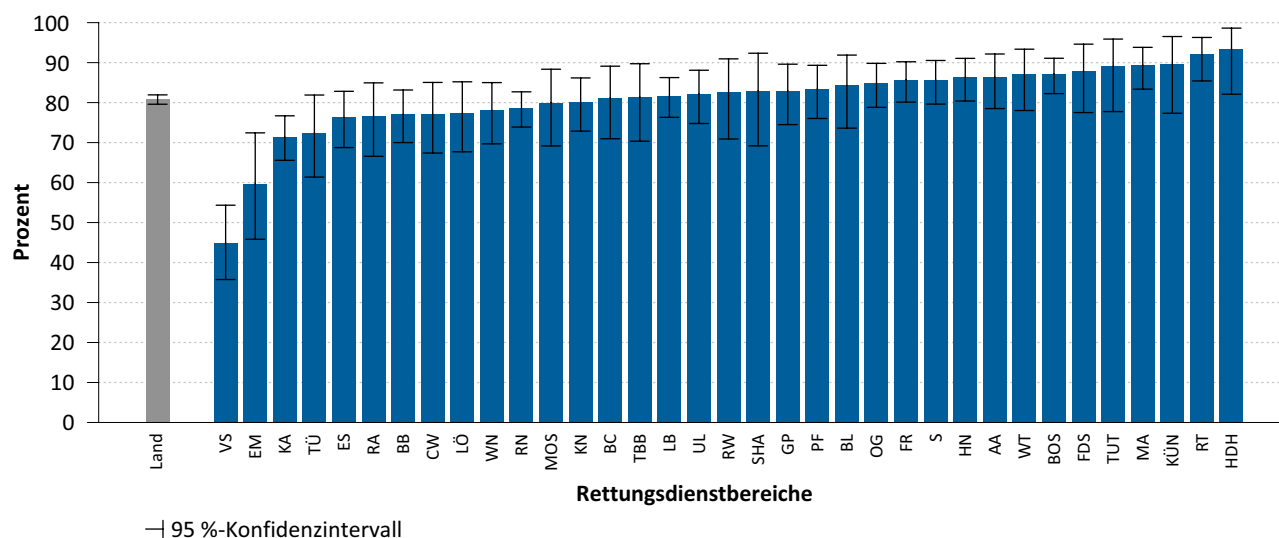


Abbildung 93: ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt

Indikatorberechnung in Subgruppen

Einsatzort	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
Altenheim	91	73	80,2
Arztpraxis	714	507	71,0
Krankenhaus	215	60	27,9
andere Einsatzorte	3.420	2.947	86,2

Tabelle 40: ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Einsatzort

2.5.3 ST-Hebungsinfarkt – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.

- ▶ Datenquellen: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten
- ▶ Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit der Diagnose ST-Hebungsinfarkt dar, die innerhalb von 60 Minuten nach Anrufeingang einer Zielklinik zugeführt werden (Ankunft des transportierenden Rettungsmittels). Ausschließlich Primäreinsätze, bei denen eine Verknüpfung von Leitstellendaten und notärztlichen Daten sowie die Erkennung des transportierenden Rettungsmittels möglich sind, werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten (neu seit 2025)
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation (neu seit 2025)

Wichtiger Hinweis:

Für die Zuordnung zu der Tracerdiagnose ST-Hebungsinfarkt werden ab dem Datenjahr 2025 nur noch die Diagnosen STEMI (VW/HW) und nicht mehr der EKG-Befund verwendet.

- ▶ Zusätzliche Berechnungen:
 - Indikatorergebnis bei Notarztnachforderung
 - Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

Ergebnis

	2025	2024
Fallzahl:	4.210	5.737
Ergebnis (%):	68,0	68,3
Referenzbereich:	≥ Landeswert	

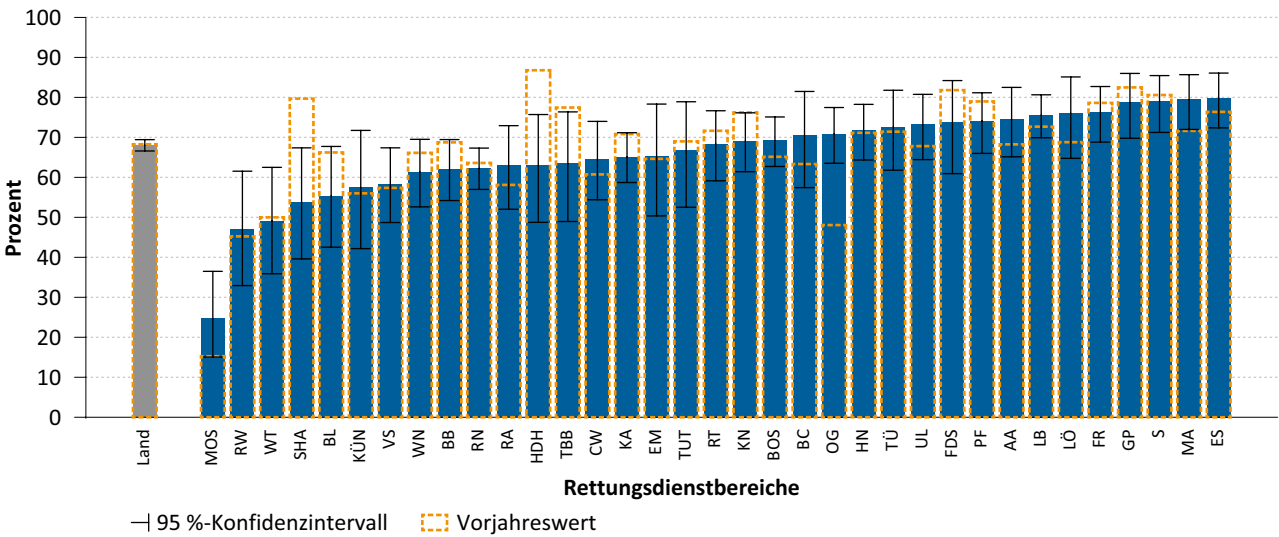


Abbildung 94: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: ST-Hebungsinfarkt

Indikatorberechnung in Subgruppen

Notarztnachforderung	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	1.230	543	44,2
nein	2.875	2.260	78,6
nicht feststellbar	105	61	58,1

Tabelle 41: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: ST-Hebungsinfarkt – Indikatorergebnis bei Notarztnachforderung

Rettungsmitteltyp	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
RTW mit Notarzt initial alarmiert	2.809	2.216	78,9
RTW mit Notarzt nachgefordert	1.196	529	44,2
NAW	29	17	58,6
RTH initial alarmiert	51	39	76,5
RTH nachgefordert	32	12	37,5

Tabelle 42: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: ST-Hebungsinfarkt – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

2.5.4 ST-Hebungsinfarkt – Primärer Transport: Klinik mit PCI

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

► Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diagnose ST-Hebungsinfarkt dar, die zur weiteren Diagnostik und Behandlung primär in ein Krankenhaus mit der Möglichkeit zur unmittelbaren perkutanen Koronarintervention transportiert werden. Nur Primäreinsätze werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation

Wichtige Hinweise:

- Für die Zuordnung zu der Tracerdiagnose ST-Hebungsinfarkt werden ab dem Datenjahr 2025 nur noch die Diagnosen STEMI (VW/HW) und nicht mehr der EKG-Befund verwendet.
- Aufgrund eines Exportfehlers bei Fällen ohne notärztlich begleiteten Transport wurden für das Datenjahr 2025 (wie auch in den Vorjahren) nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	4.608	6.347
► Ergebnis (%):	99,4	99,1
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

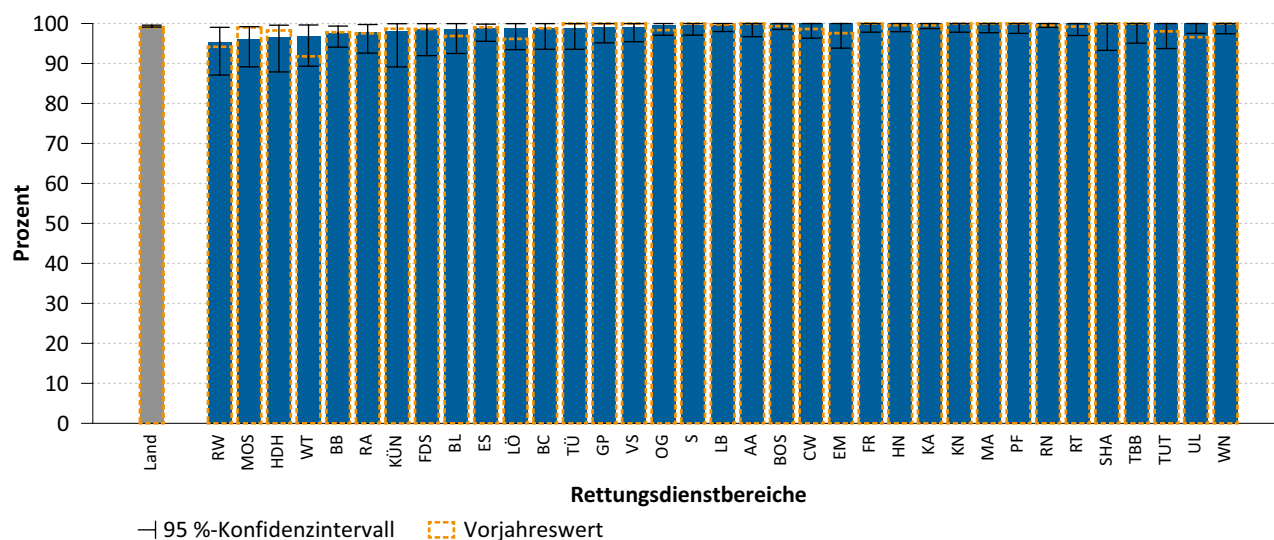


Abbildung 95: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: ST-Hebungsinfarkt

2.5.5 Polytrauma/schwer verletzt (mit/ohne vitale Gefährdung) – Leitliniengerechte Versorgung

- ▶ Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
 - ▶ Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der polytraumatisierten/schwerverletzten Patientinnen und Patienten mit Dokumentation folgender Maßnahmen im Rahmen von Primäreinsätzen dar:
 - parenteraler Zugang
 - Standardmonitoring (Blutdruckmessung, SpO₂-Messung und EKG-Ableitung – jeweils Erst- oder Abschlussbefund)
 - Immobilisation der Halswirbelsäule bei Bewusstlosigkeit
 - Analgesie bei NRS > 4
 - Notfallnarkose und Atemwegssicherung, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - SpO₂ < 90 % trotz Sauerstoffgabe
 - GCS < 9
 - schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz
 - Apnoe oder Schnappatmung
 - Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung
- Ausschlusskriterien:
- Kinder und Jugendliche vor Vollendung des 15. Lebensjahres
 - Tod/tödliche Verletzung
 - Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
 - bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation
 - ambulante Versorgung ohne Transport
- ▶ Zusätzliche Berechnungen:
 - Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

Hinweis: Prozentangaben basieren hier auf der Fallzahl, für die das entsprechende Versorgungskriterium gefordert wird.

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	4.026	4.500
▶ Ergebnis (%):	75,0	75,8
▶ Referenzbereich:	≥ Landeswert	

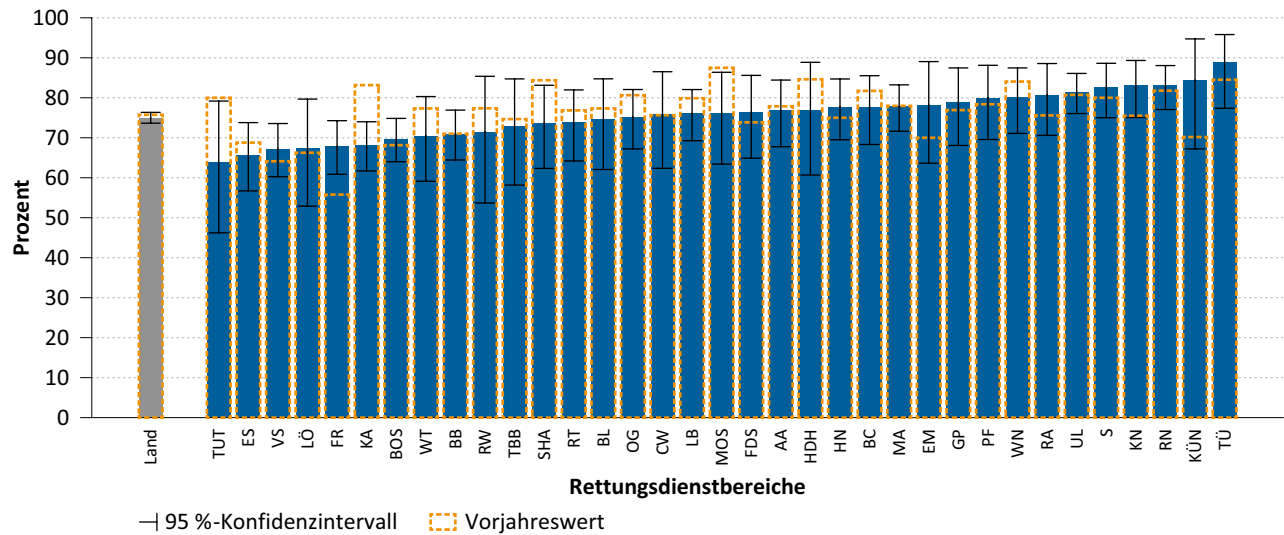


Abbildung 96: Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma/schwerverletzt

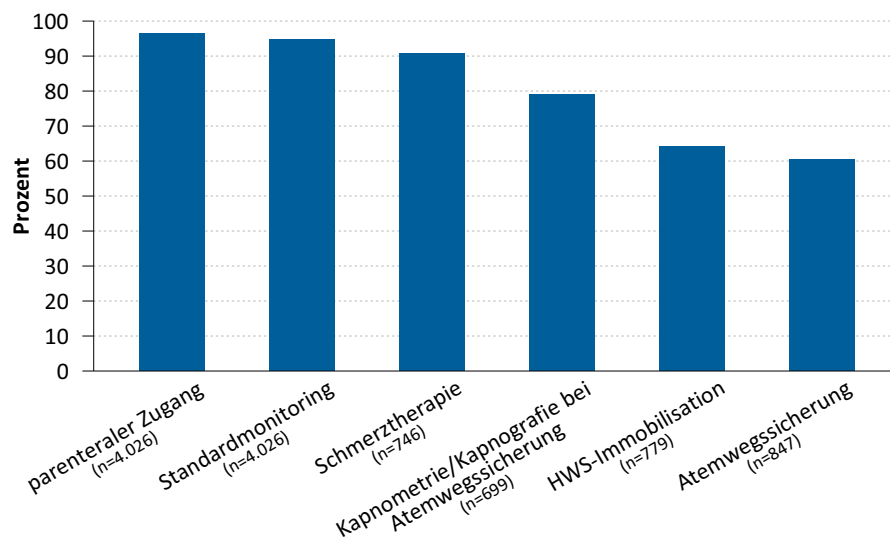


Abbildung 97: Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma/schwerverletzt – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

2.5.6 Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.

- ▶ Datenquellen: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten
- ▶ Methodik: Der Indikator stellt den Anteil vital bedrohter polytraumatisierter/schwerverletzter Patientinnen und Patienten dar, die innerhalb von 60 Minuten nach Anrufeingang einer Zielklinik zugeführt werden (Ankunft des transportierenden Rettungsmittels). Als vital bedroht gelten Patientinnen und Patienten mit initialer Bewusstlosigkeit (GCS < 9, bewusstlos) oder Hypotension im Verlauf ($RR_{sys} \leq 90$ mmHg). Ausschließlich Primäreinsätze, bei denen eine Verknüpfung von Leitstellendaten und notärztlichen Daten sowie die Erkennung des transportierenden Rettungsmittels möglich sind, werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten (neu seit 2025)
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation (neu seit 2025)

Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis bei Notarztanforderung
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

Ergebnis

	2025	2024
▶ Fallzahl:	722	656
▶ Ergebnis (%):	38,9	48,9
▶ Referenzbereich:	≥ Landeswert	

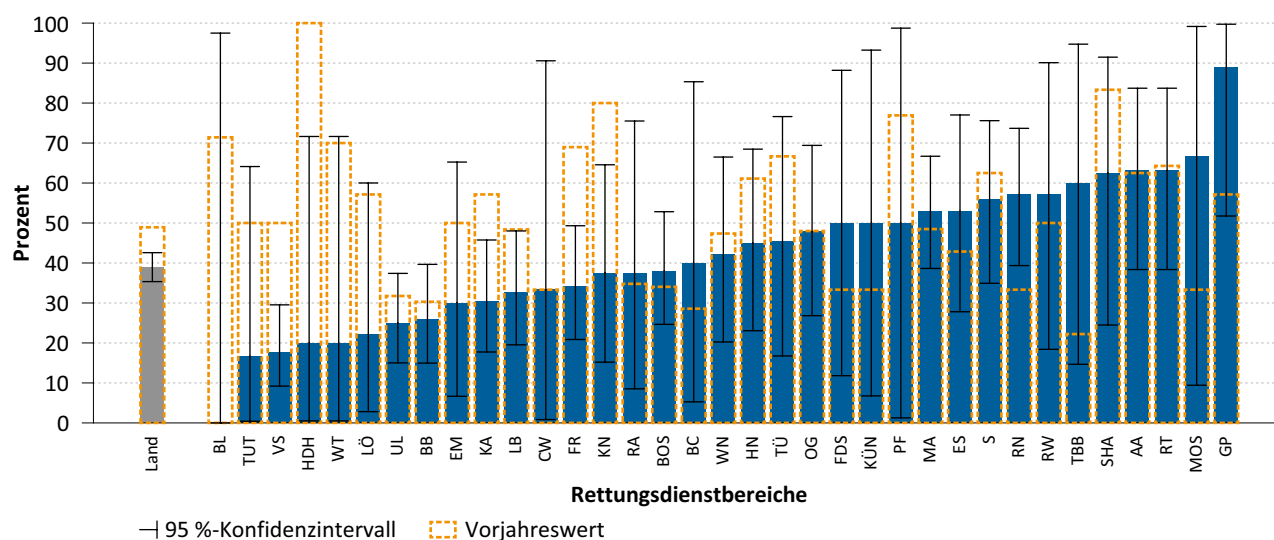


Abbildung 98: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung)

Indikatorberechnung in Subgruppen

Notarztanforderung	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	212	46	21,7
nein	412	199	48,3
nicht feststellbar	98	36	36,7

Tabelle 43: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Indikatorergebnis bei Notarztanforderung

Rettungsmitteltyp	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
RTW mit Notarzt initial alarmiert	332	178	53,6
RTW mit Notarzt nachgefordert	101	31	30,7
NAW	4	1	25,0
RTH initial alarmiert	155	45	29,0
RTH nachgefordert	115	16	13,9

Tabelle 44: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

2.5.7 Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Primärer Transport: regionales/überregionales Traumazentrum

- Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil vital bedrohter polytraumatisierter/schwerverletzter Patientinnen und Patienten dar, die primär in ein regionales oder überregionales Traumazentrum transportiert werden. Als vital bedroht gelten Patientinnen und Patienten mit initialer Bewusstlosigkeit (GCS < 9, bewusstlos) oder Hypotension im Verlauf ($RR_{sys} \leq 90$ mmHg). Nur Primäreinsätze werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation

Wichtiger Hinweis:

Aufgrund eines Exportfehlers bei Fällen ohne notärztlich begleiteten Transport wurden für das Datenjahr 2025 (wie auch in den Vorjahren) nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.

- Zusätzliche Berechnungen:
 - Art des Transportziels
 - Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	884	808
► Ergebnis (%):	93,6	91,5
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

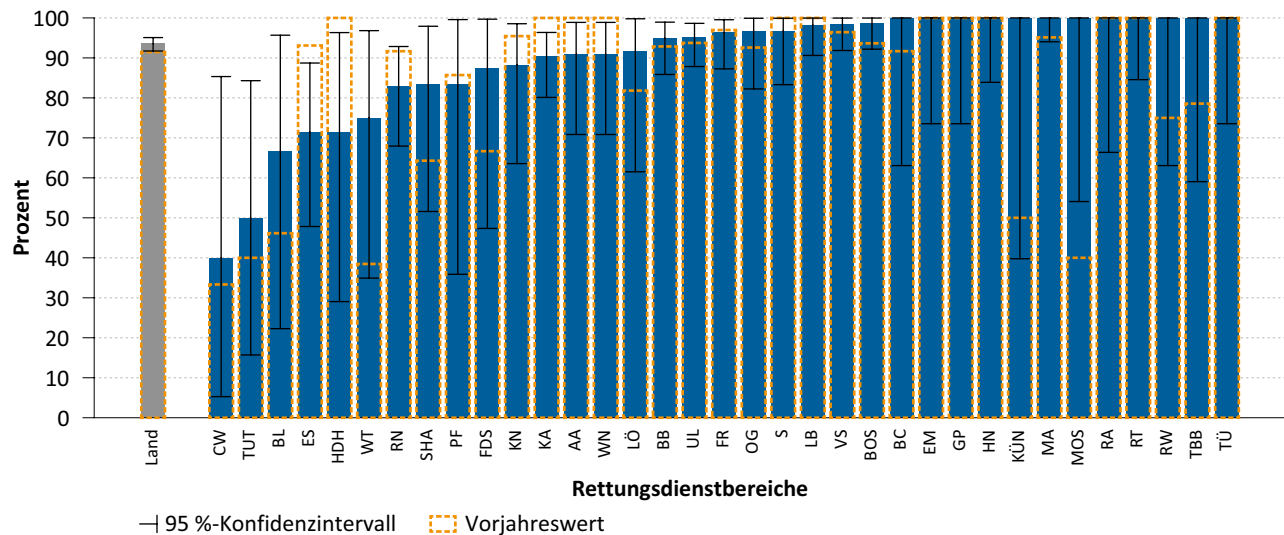


Abbildung 99: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung)

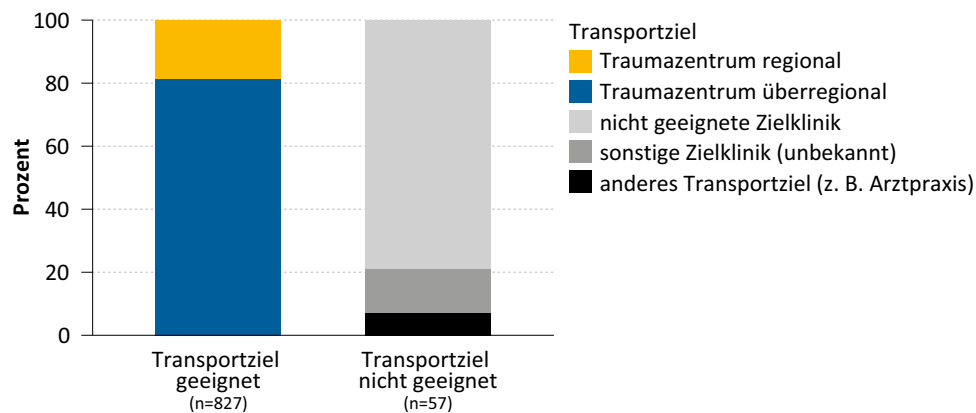


Abbildung 100: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Art des Transportziels

Indikatorberechnung in Subgruppen

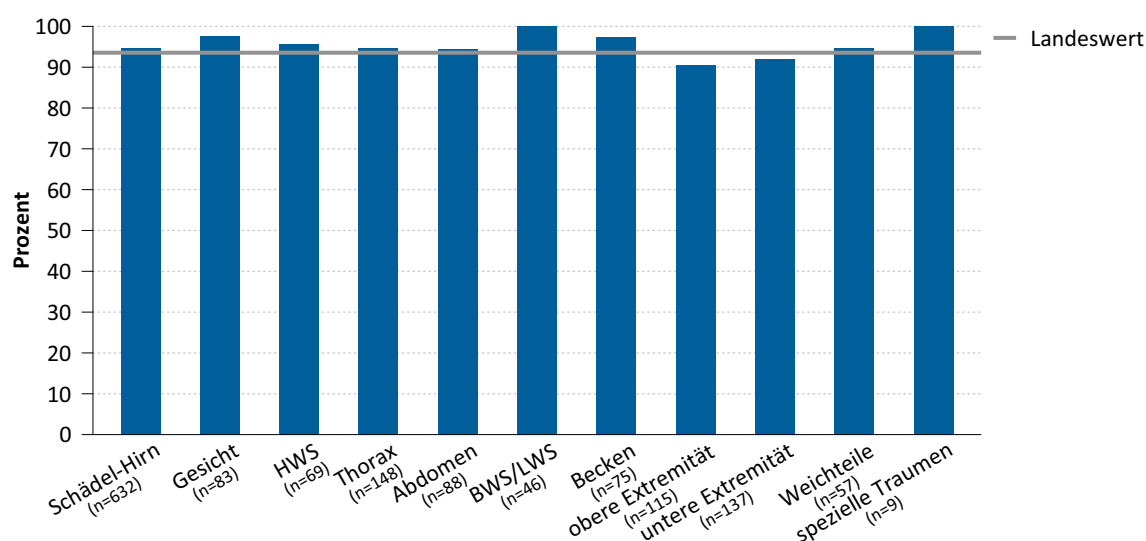


Abbildung 101: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

2.5.8 Akutes zentral-neurologisches Defizit – Leitliniengerechte Versorgung

► Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit ischämischem oder hämorrhagischem Insult (Hirnfarkt/TIA, ICB oder SAB) mit Dokumentation folgender Maßnahmen im Rahmen von Primäreinsätzen dar:

- Blutzuckermessung und Glukosegabe bei Hypoglykämie (Blutzuckerwert < 60 mg/dl)
- Messung der Körpertemperatur
- Standardmonitoring (Blutdruckmessung, SpO₂-Messung und EKG-Ableitung, jeweils Erst- oder Abschlussbefund) ab Vollendung des 12. Lebensjahres bzw. bei (potenziell) lebensgefährlicher Erkrankung/Verletzung (M-NACA ≥ 4) ab Vollendung des 5. Lebensjahres
- Sauerstoffgabe bei kritischer Sauerstoffsättigung (d. h. < 92 % bzw. bei COPD < 88 %)

Ausschlusskriterien:

- Todesfeststellung/Reanimationssituation
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation
- ambulante Versorgung ohne Transport

Wichtiger Hinweis:

Die Grenze für die Sauerstoffsättigung, ab der eine Sauerstoffgabe im Sinne des Indikators erforderlich ist, wird entsprechend aktueller Leitlinien ab dem Datenjahr 2025 auf 92 % festgesetzt, bei Vorliegen einer COPD auf 88 %. Daher ist die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt.

► Zusätzliche Berechnungen:

- Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

Hinweis: Prozentangaben basieren hier auf der Fallzahl, für die das entsprechende Versorgungskriterium gefordert wird.

2.5.8.1 Notarzteinsätze

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	7.072	8.507
► Ergebnis (%):	78,5	68,0
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

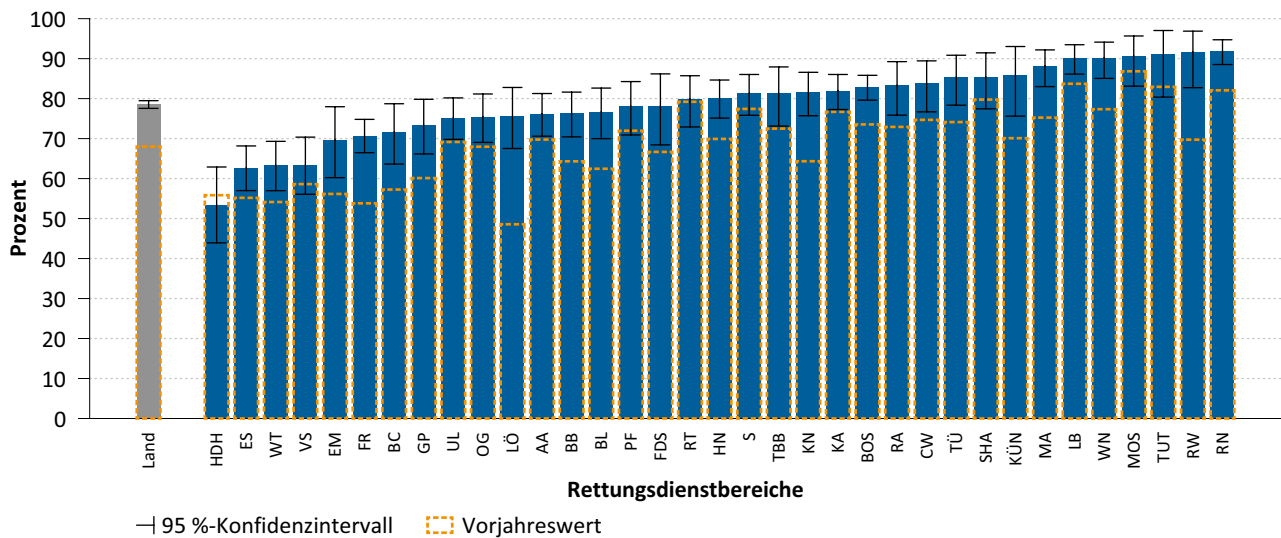


Abbildung 102: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Notarzteinsätze)

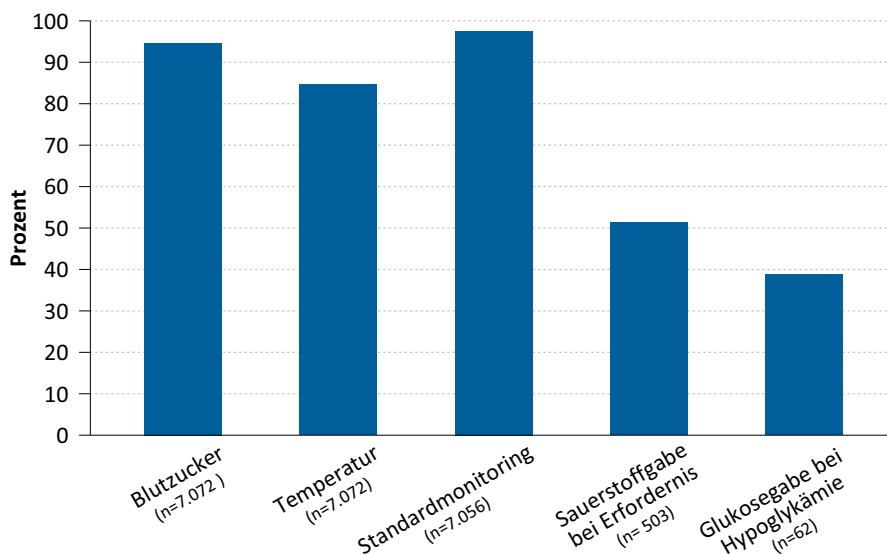


Abbildung 103: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

2.5.8.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

► Datenquelle: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	37.199	35.098
► Ergebnis (%):	62,2	53,6
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

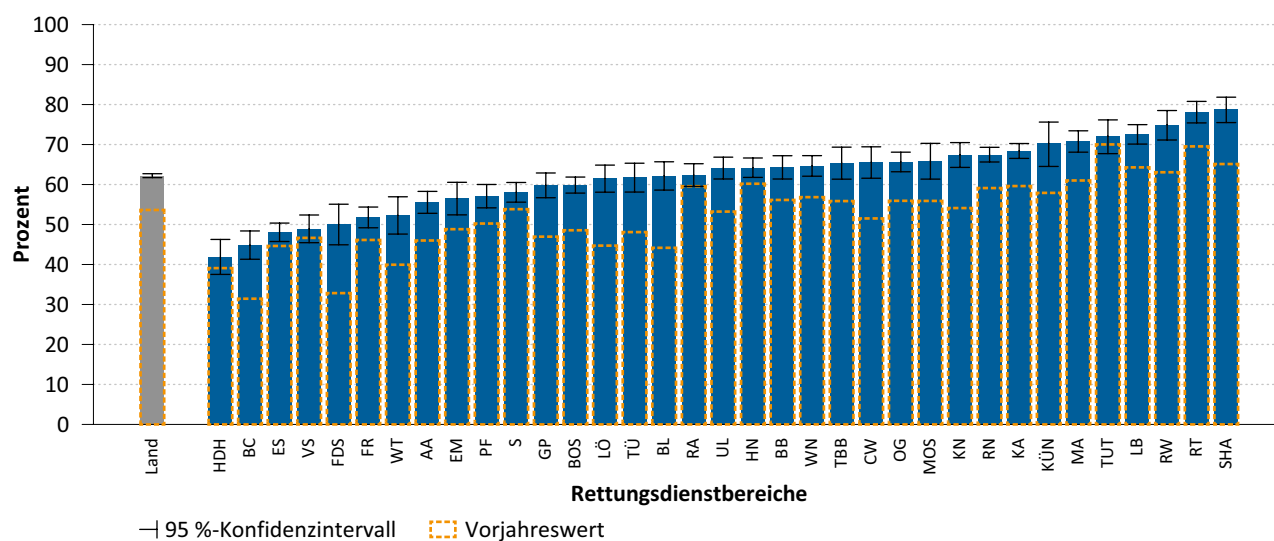


Abbildung 104: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

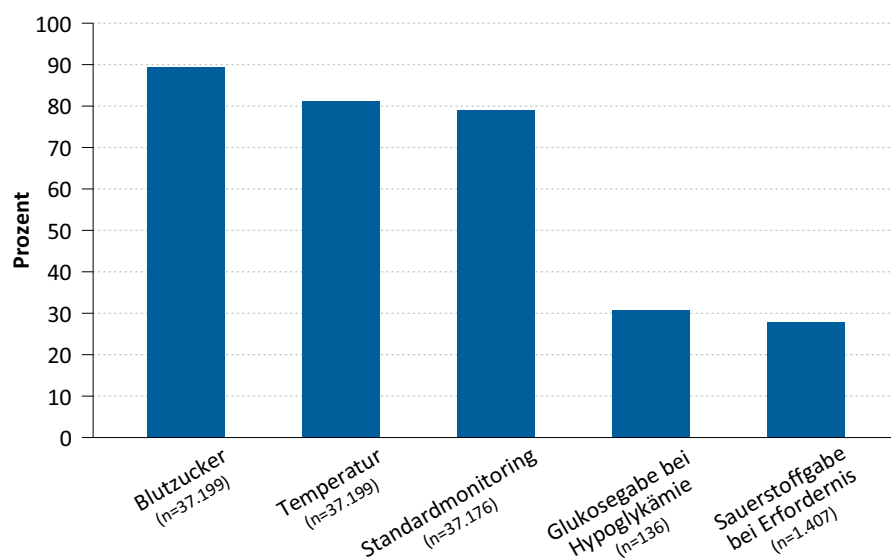


Abbildung 105: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

2.5.9 Akutes zentral-neurologisches Defizit – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.

- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit ischämischem oder hämorrhagischem Insult (Hirninfarkt/TIA, ICB oder SAB) dar, die innerhalb von 60 Minuten nach Anrufeingang einer Zielklinik zugeführt werden (Ankunft des transportierenden Rettungsmittels). Ausschließlich Primäreinsätze, bei denen eine Verknüpfung von Leitstellen- und MIND-Daten sowie die Erkennung des transportierenden Rettungsmittels möglich sind, werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten (neu seit 2025)
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation (neu seit 2025)

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis bei Notarzteinsatz (Notarzteinsätze)
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

2.5.9.1 Notarzteinsätze

► Datenquellen: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	5.045	5.958
► Ergebnis (%):	62,8	64,4
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

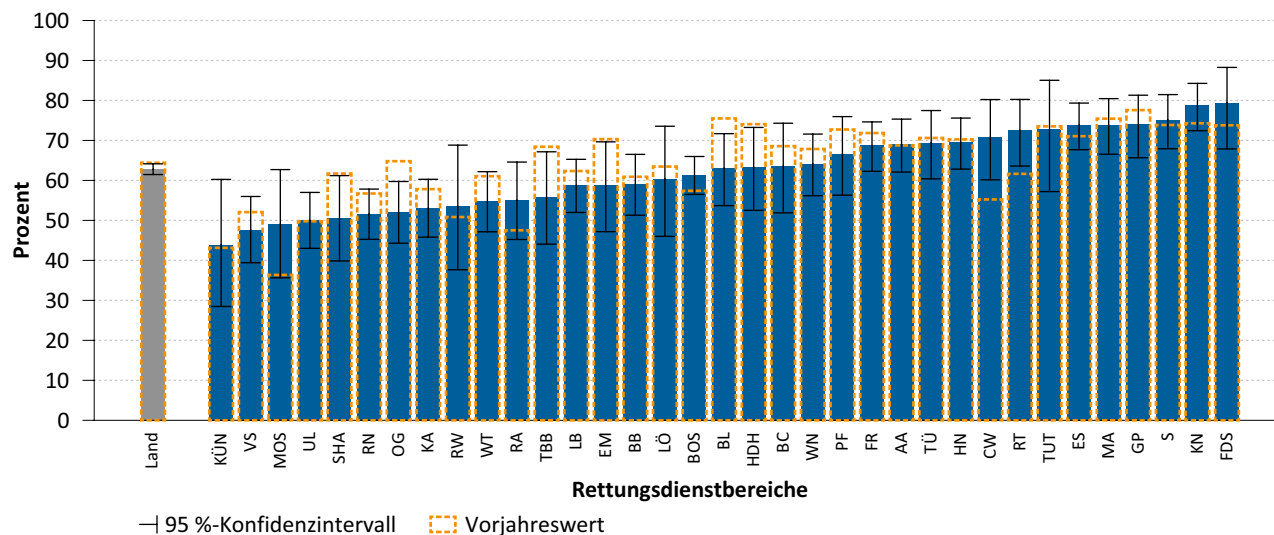


Abbildung 106: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Notarzteinsätze)

Indikatorberechnung in Subgruppen

Notarztanforderung	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	1.385	489	35,3
nein	3.474	2.568	73,9
nicht feststellbar	186	112	60,2

Tabelle 45: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Indikatorergebnis bei Notarztanforderung

Rettungsmitteltyp	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
RTW mit Notarzt initial alarmiert	3.279	2.439	74,4
RTW mit Notarzt nachgefordert	1.231	433	35,2
NAW	147	98	66,7
RTH initial alarmiert	125	76	60,8
RTH nachgefordert	153	57	37,3

Tabelle 46: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

2.5.9.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

► Datenquellen: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	34.503	32.631
► Ergebnis (%):	71,0	71,4
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

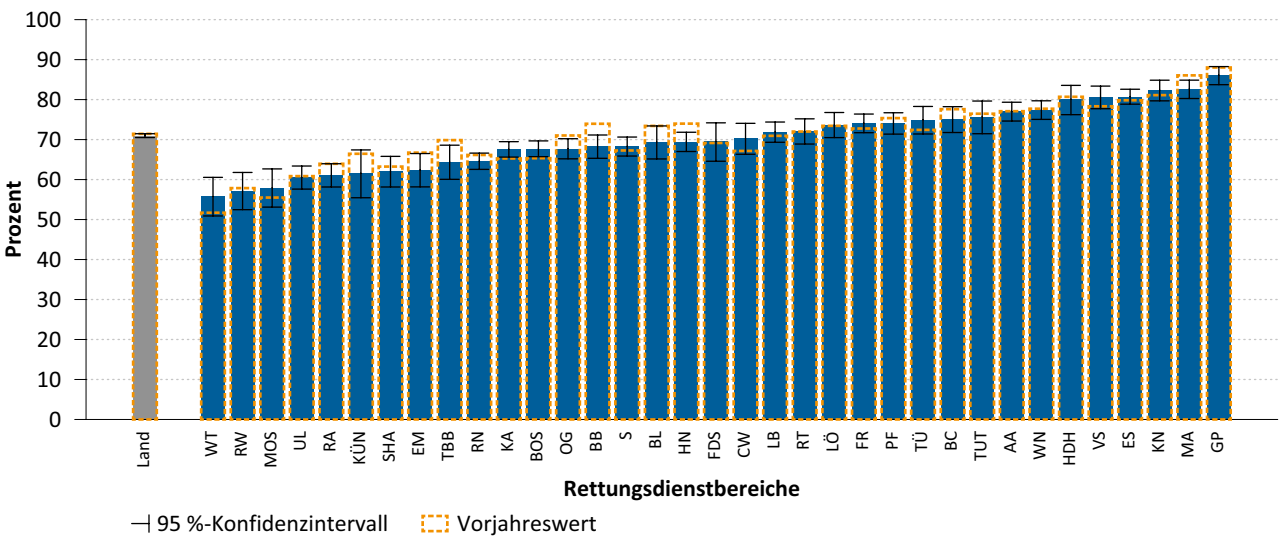


Abbildung 107: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

2.5.10 Akutes zentral-neurologisches Defizit – Primärer Transport: Klinik mit Schlaganfalleinheit

- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit ischämischem oder hämorrhagischem Insult (Hirnfarkt/TIA, ICB oder SAB) dar, die primär in ein Krankenhaus mit Nennung in der jeweils aktuellsten Schlaganfallkonzeption Baden-Württembergs oder mit zertifizierter Schlaganfalleinheit transportiert werden. Nur Primäreinsätze werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation
- traumabedingte ICB/SAB (neu seit 2025)

Wichtiger Hinweis:

Aufgrund eines Exportfehlers bei Fällen ohne notärztlich begleiteten Transport wurden beim notärztlichen Indikator für das Datenjahr 2025 (wie auch in den Vorjahren) nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.

- Zusätzliche Berechnungen:

- Art des Transportziels

2.5.10.1 Notarzteinsätze

- Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	5.400	6.507
► Ergebnis (%):	95,0	96,7
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

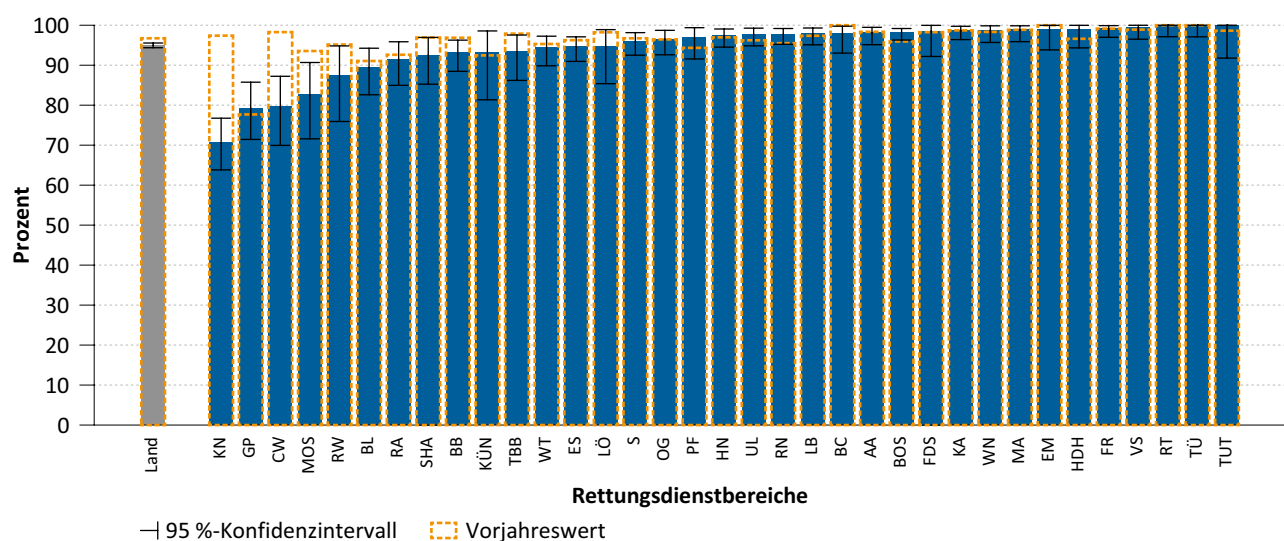


Abbildung 108: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Notarzteinsätze)

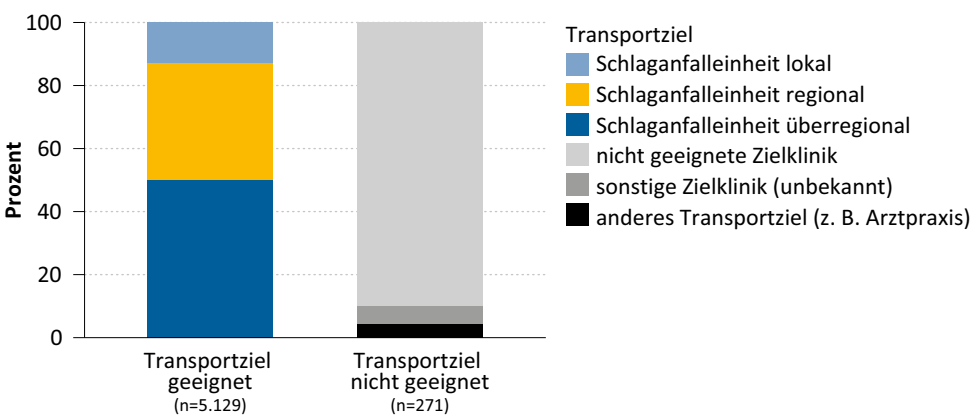


Abbildung 109: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Art des Transportziels

2.5.10.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

► Datenquellen: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	36.819	34.764
► Ergebnis (%):	97,6	98,1
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

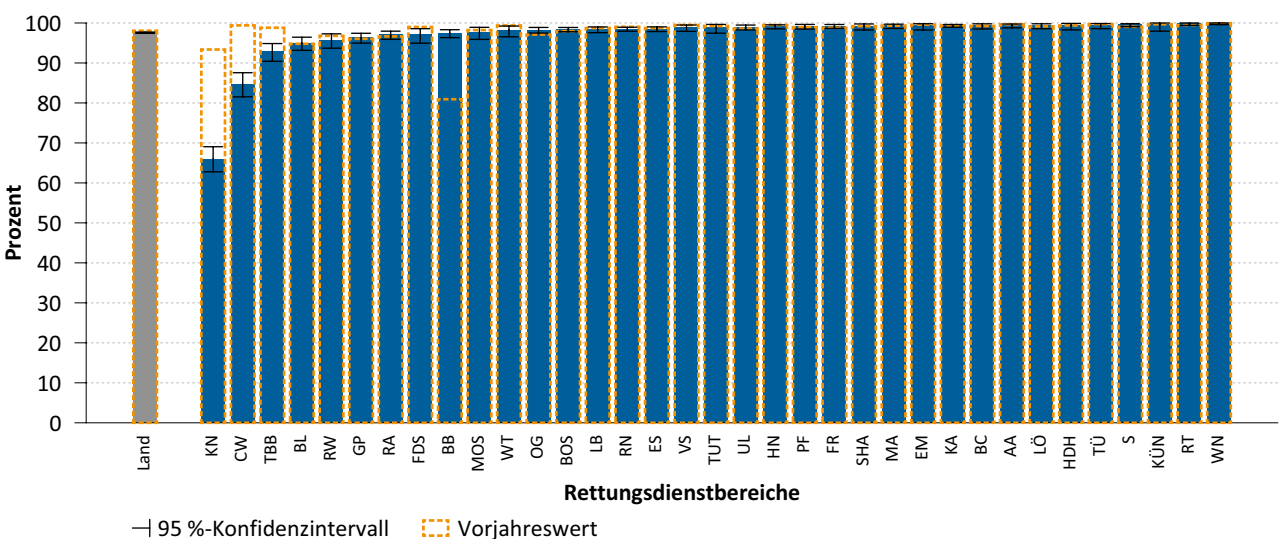


Abbildung 110: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

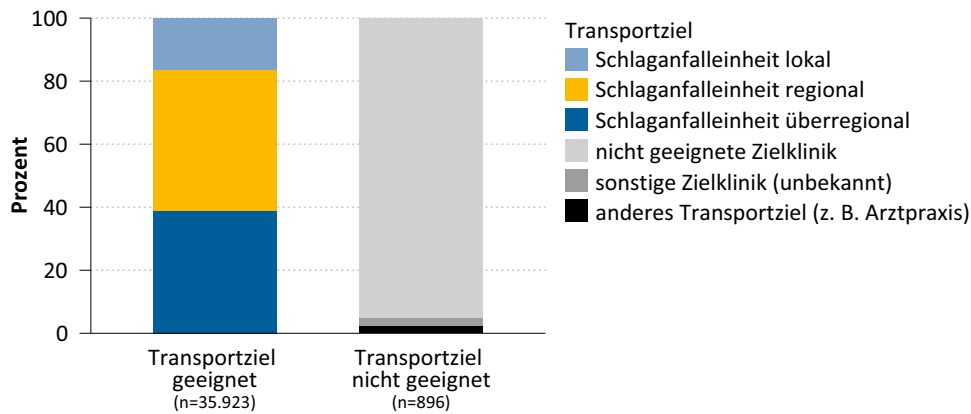


Abbildung 111: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Art des Transportziels

2.5.11 Atemnot – Leitliniengerechte Versorgung

► Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diagnose Asthma, Status asthmaticus, exazerbierte COPD, Pseudokrapp, Dyspnoe unklarer Ursache oder dem Untersuchungsbefund Dyspnoe mit Dokumentation folgender Maßnahmen im Rahmen von Primäreinsätzen dar:

- Messung von SpO₂ (Erst- oder Abschlussbefund), Atemfrequenz und Körpertemperatur
- Untersuchung der Bewusstseinslage
- Blutdruckmessung und EKG-Ableitung (jeweils Erst- oder Abschlussbefund) ab Vollendung des 12. Lebensjahres bzw. bei (potenziell) lebensgefährlicher Erkrankung/Verletzung (M-NACA ≥ 4) ab Vollendung des 5. Lebensjahres
- Sauerstoffgabe bei kritischer Sauerstoffsättigung (d. h. < 92 %, bei ACS/STEMI < 90 %, bei COPD < 88 %)

Ausschlusskriterien:

- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation
- Todesfeststellung/Reanimationssituation
- ambulante Versorgung ohne Transport

Wichtiger Hinweis:

Die Grenze für die Sauerstoffsättigung, ab der im Sinne des Indikators eine Sauerstoffgabe erforderlich ist, wird ab dem Datenjahr 2025 entsprechend aktueller Leitlinien für bestimmte Erkrankungen differenziert: Bei Vorliegen von ACS/STEMI < 90 %, bei Vorliegen einer COPD < 88 %. Daher ist die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt.

► Zusätzliche Berechnungen:

- Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

Hinweis: Prozentangaben basieren hier auf der Fallzahl, für die das entsprechende Versorgungskriterium gefordert wird.

2.5.11.1 Notarzteinsätze

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	24.514	30.801
► Ergebnis (%):	82,1	82,1
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

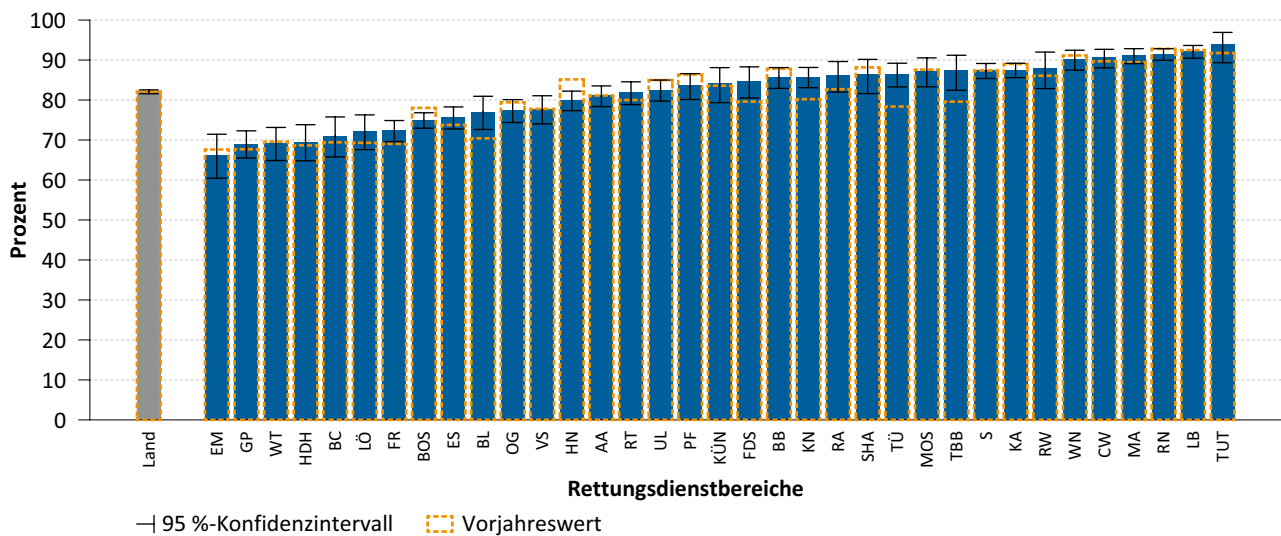


Abbildung 112: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Notarzteinsätze)

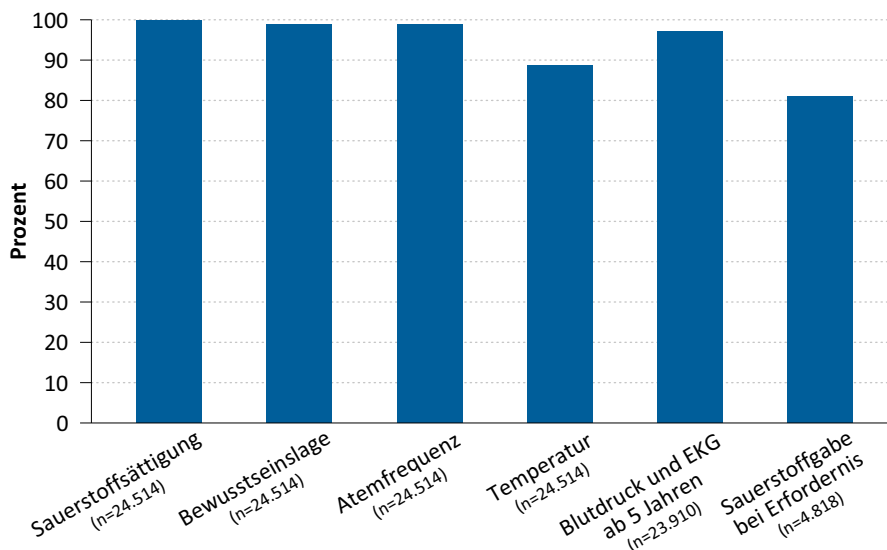


Abbildung 113: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Notarzteinsätze) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

2.5.11.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

► Datenquelle: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	45.702	39.542
► Ergebnis (%):	72,3	70,5
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt (siehe Wichtiger Hinweis)

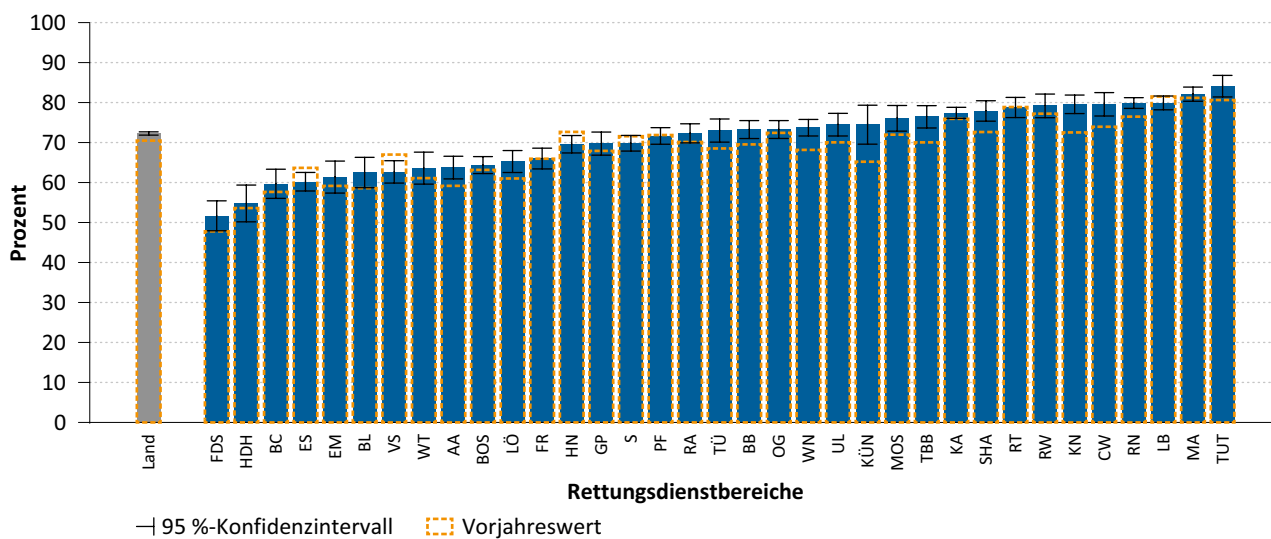


Abbildung 114: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

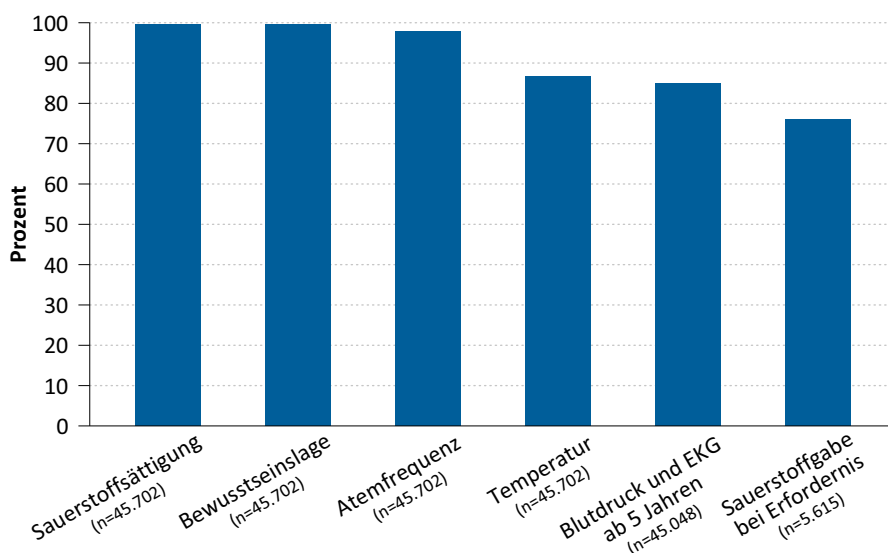


Abbildung 115: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen

2.5.12 Sepsis – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.

- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Diagnose hochfieberhafter Infekt, Sepsis oder septischer Schock dar, die innerhalb von 60 Minuten nach Anrufeingang einer Zielklinik zugeführt werden (Ankunft des transportierenden Rettungsmittels). Ausschließlich Primäreinsätze, bei denen eine Verknüpfung von Leitstellen- und MIND-Daten sowie die Erkennung des transportierenden Rettungsmittels möglich sind, werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten (neu seit 2025)
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation (neu seit 2025)

- Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis nach NEWS2-Score
- Indikatorergebnis bei Notarzteinsatz (Notarzteinsätze)
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

2.5.12.1 Notarzteinsätze

- Datenquellen: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	838	893
► Ergebnis (%):	42,8	48,4
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

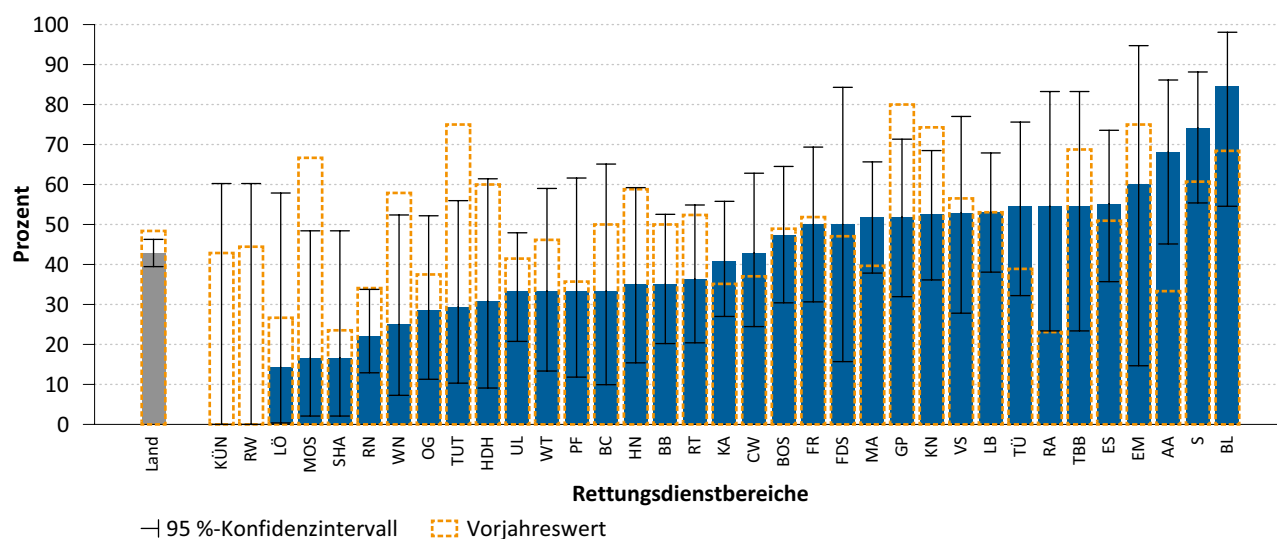


Abbildung 116: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Notarzteinsätze)

Indikatorberechnung in Subgruppen

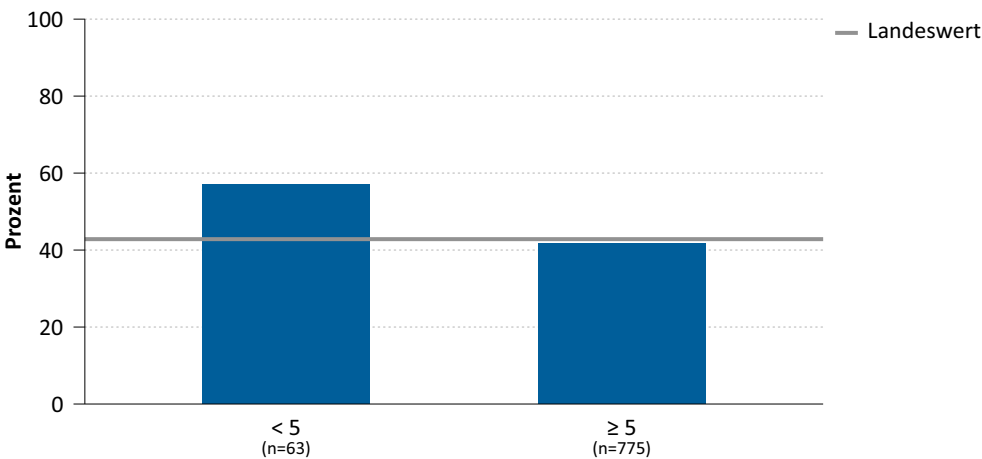


Abbildung 117: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Notarzteinsätze) – Indikatorergebnis nach NEWS2-Score

Notarznachforderung	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	349	63	18,1
nein	471	293	62,2
nicht feststellbar	18	3	16,7

Tabelle 47: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis – Indikatorergebnis bei Notarznachforderung

Rettungsmitteltyp	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
RTW mit Notarzt initial alarmiert	463	289	62,4
RTW mit Notarzt nachgefordert	347	62	17,9
NAW	8	4	50,0
RTH initial alarmiert	2	0	0,0
RTH nachgefordert	2	1	50,0

Tabelle 48: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

2.5.12.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

► Datenquellen: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	4.949	4.262
► Ergebnis (%):	48,3	48,8
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

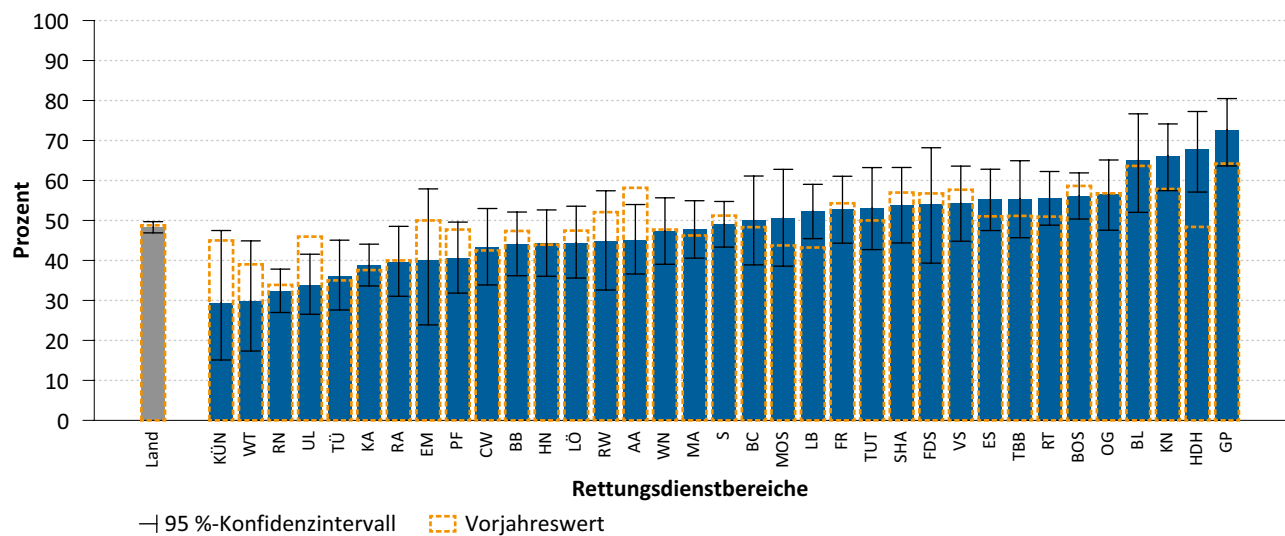


Abbildung 118: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

Indikatorberechnung in Subgruppen

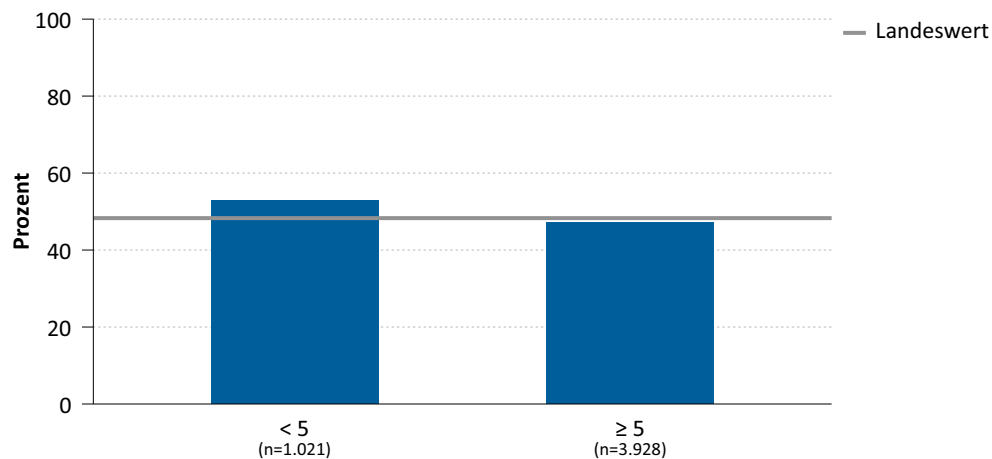


Abbildung 119: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Indikatorergebnis nach NEWS2-Score

2.5.13 Herz-Kreislauf-Stillstand – Reanimationserkennung durch die Leitstelle

- Datenquellen: Leitstellendaten, notärztliche Dokumentation und RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Reanimationssituationen (ex post) dar, den die Leitstelle bereits bei der initialen Rettungsmittelentsendung ausweislich des Einsatzstichworts als Reanimationssituation (ex ante) erkannt hat. Als korrektes Einsatzstichwort im Sinne des Indikators zählen Reanimation, Reanimation mit T-CPR oder ein plausibles ereignisbezogenes Stichwort (beispielsweise Wohnungsöffnung, Verkehrsunfall). Es werden Fälle im eigenen Rettungsdienstbereich betrachtet, bei denen ein Patientenkontakt stattgefunden hat (ohne Abbruch auf Anfahrt). Es wird das zum Zeitpunkt des ersten Eintreffens an der Einsatzstelle gültige Einsatzstichwort herangezogen. Die Auswertung erfolgt einsatzbezogen auf Basis der Leitstellenzuständigkeit.

Ausschlusskriterien:

- Herz-Kreislauf-Stillstand erfolgt im Beisein des RTW- oder notärztlichen Teams
- bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation

Wichtiger Hinweis:

Dieser Indikator wird für das Datenjahr 2025 erstmals dargestellt, ein Vorjahresvergleich ist daher nicht enthalten.

- Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Reanimationssituation

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	16.099	-
► Ergebnis (%):	64,7	-
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

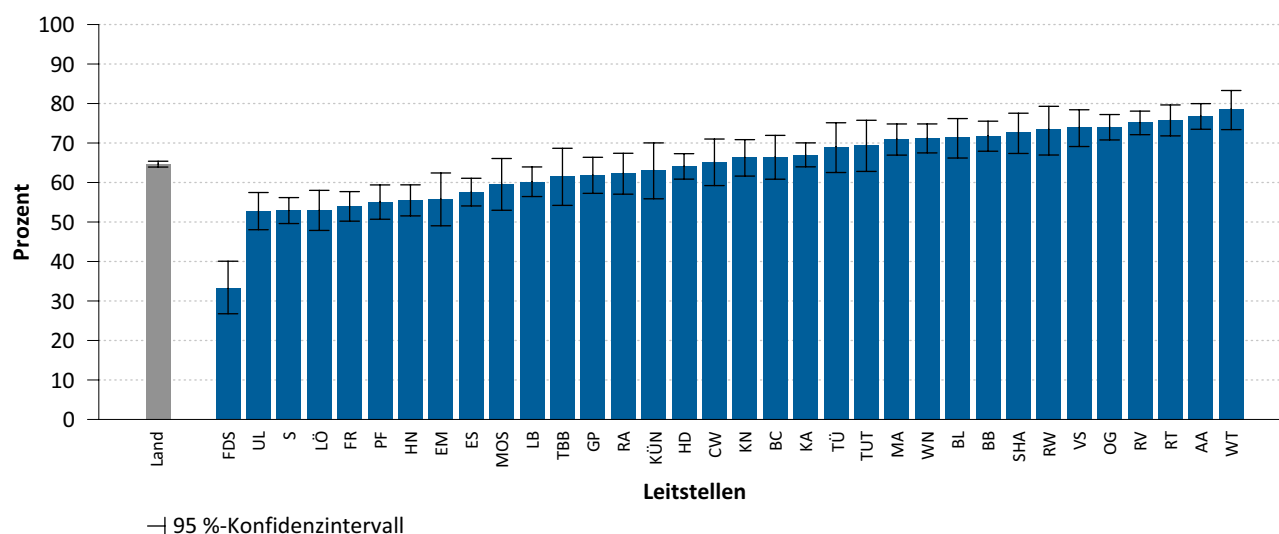


Abbildung 120: Reanimationserkennung durch die Leitstelle

Indikatorberechnung in Subgruppen

Reanimation	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
durchgeführt	6.377	3.908	61,3
nicht durchgeführt (sichere Todeszeichen oder aussichtslose sonstige Faktoren)	8.808	6.169	70,0
nicht durchgeführt (DNR-Order oder aussichtslose Grunderkrankung)	1.677	770	45,9

Tabelle 49: Reanimationserkennung durch die Leitstelle: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Reanimationssituation

2.5.14 Herz-Kreislauf-Stillstand – Kapnografie bei Reanimation

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

► Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der durchgeführten Reanimationen mit Hinweisen auf eine durchgeführte Beatmung dar, bei denen die Anwendung einer Kapnografie dokumentiert wurde. Die Erfassung der Kapnografie/Kapnometrie erfolgt über den Eintrag eines Wertes im Datenfeld „etCO₂“. Im aktuellen Datensatz wird die im Rahmen von Reanimationen erforderliche Kapnografie nicht von der Kapnometrie unterschieden und dieser daher bei der Berechnung gleichgesetzt.

Wichtige Hinweise:

- Aufgrund eines Exportfehlers bei Fällen ohne notärztlich begleiteten Transport wurden für das Datenjahr 2025 (wie auch in den Vorjahren) nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.
- Aufgrund diverser weiterer Exportfehler bei den Feldern „etCO₂“ und „Airway“ ist die Validität eingeschränkt (etCO₂-Werte aus dem Verlauf wurden nicht exportiert und Wendl-/Guedel-Tuben wurden als Endotrachealtubus oder supraglottische Atemwegshilfe exportiert).
- Ab dem Datenjahr 2025 werden in die Grundgesamtheit nur Fälle eingeschlossen, bei denen ein etCO₂-Wert, eine Atemwegssicherung oder eine maschinelle/kontrollierte Beatmung dokumentiert wurde. Die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen ist daher eingeschränkt.

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Patientenzustand bei Krankenhausaufnahme
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Atemwegszugang

Ergebnis

	2025	2024
Fallzahl:	3.097	3.223
Ergebnis (%):	94,9	89,6
Referenzbereich:	≥ Landeswert	

Achtung: Validität und Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt (siehe Wichtige Hinweise)

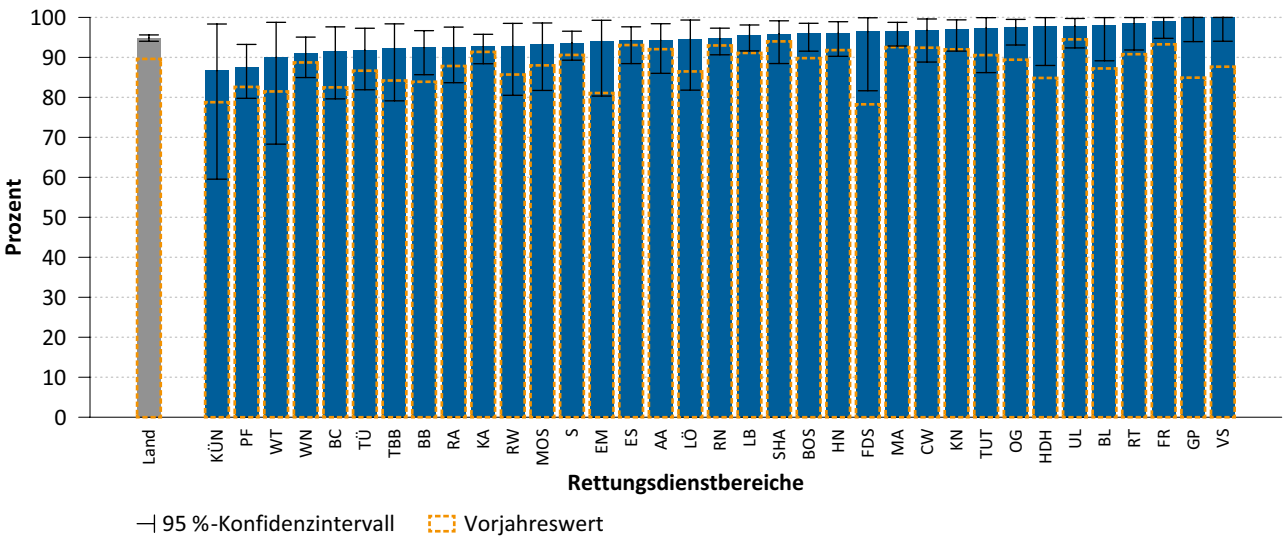


Abbildung 121: Kapnografie bei Reanimation

Indikatorberechnung in Subgruppen

Krankenhausaufnahme	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
mit ROSC	2.018	1.911	94,7
unter laufender Reanimation	1.010	964	95,5
keine – Tod an der Einsatzstelle	69	63	91,3

Tabelle 50: Kapnografie bei Reanimation: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Patientenzustand bei Krankenhausaufnahme

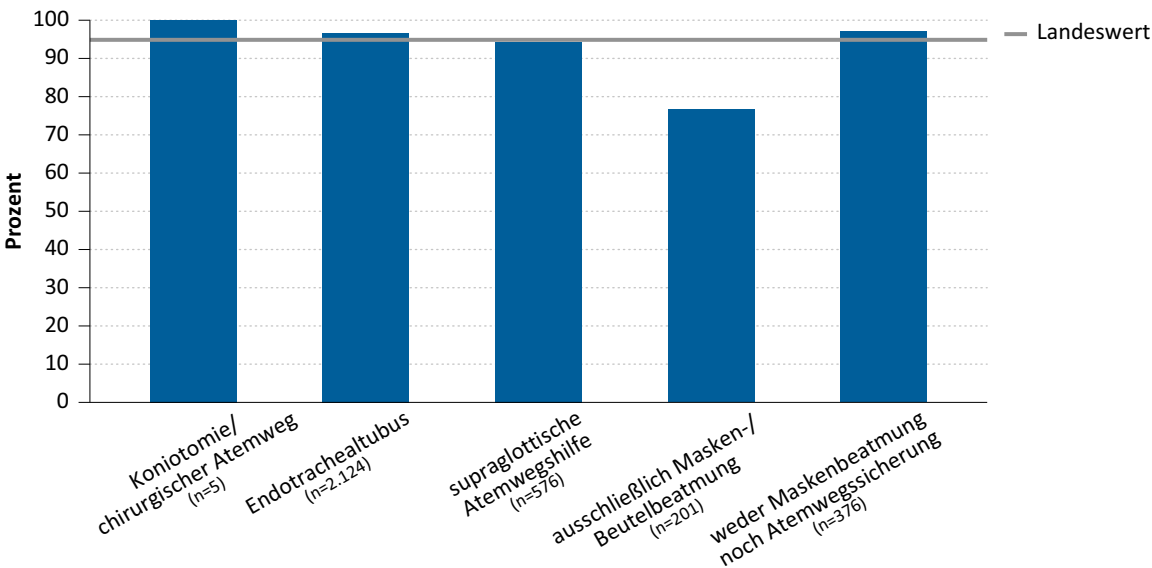


Abbildung 122: Kapnografie bei Reanimation: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Atemwegszugang

2.5.15 Herz-Kreislauf-Stillstand – ROSC bei Klinikaufnahme

- ▶ Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- ▶ Methodik: Der Indikator stellt den Anteil reanimierter Patientinnen und Patienten mit Spontankreislauf zum Zeitpunkt der Übergabe im Krankenhaus dar. Vorübergehende Zustandsänderungen während der Reanimation sind für die Berechnung irrelevant.
- ▶ Zusätzliche Berechnungen:
 - Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom initialen EKG-Befund

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
▶ Fallzahl:	6.812	7.077
▶ Ergebnis (%):	33,8	34,8

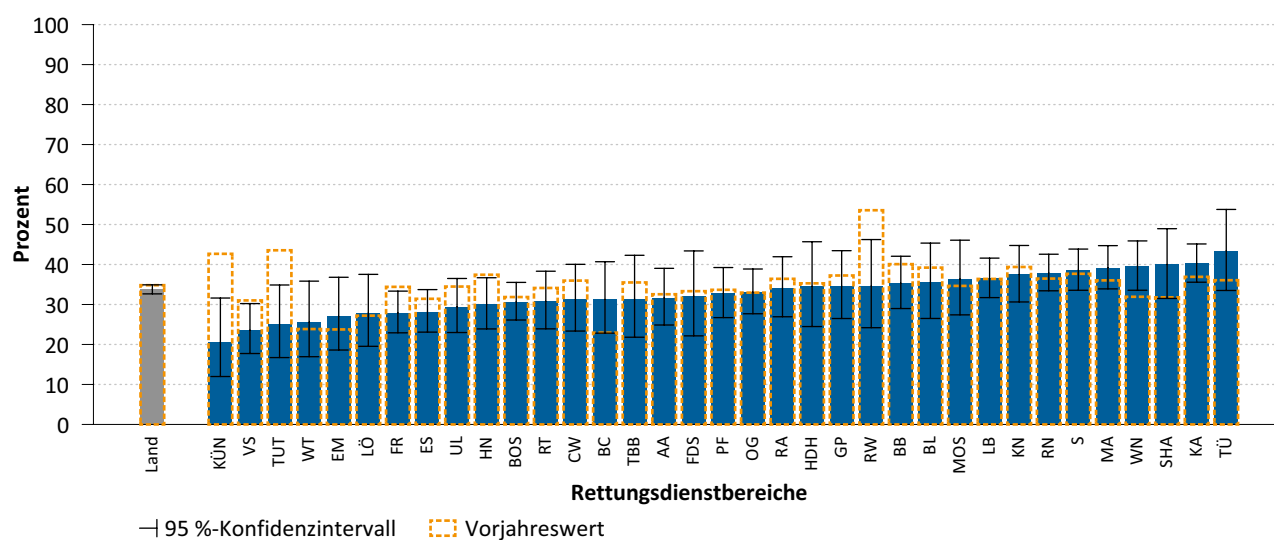


Abbildung 123: ROSC bei Klinikaufnahme

Indikatorberechnung in Subgruppen

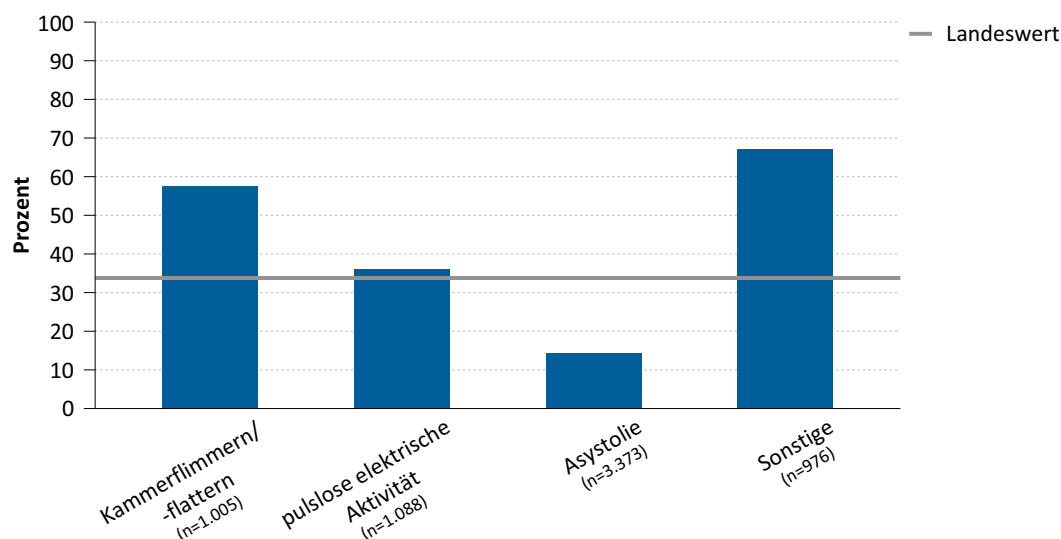


Abbildung 124: ROSC bei Klinikaufnahme: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom initialen EKG-Befund

2.5.16 Herz-Kreislauf-Stillstand – Prähospitalzeit ≤ 60 Min.

- Datenquellen: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW), Leitstellendaten
- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand dar, die innerhalb von 60 Minuten nach Anrufeingang einer Zielklinik zugeführt werden. Nur Primäreinsätze, bei denen eine Verknüpfung von Leitstellen- und MIND-Daten sowie die Erkennung des transportierenden Rettungsmittels möglich sind, werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:
 - Tod vor Erreichen des Transportziels
 - Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten (neu seit 2025)
 - bewusster Therapieverzicht/Palliativsituation (neu seit 2025)
- Zusätzliche Berechnungen:
 - Indikatorergebnis bei Notarztanforderung
 - Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

Ergebnis

	2025	2024
► Fallzahl:	2.693	2.890
► Ergebnis (%):	37,0	36,6
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

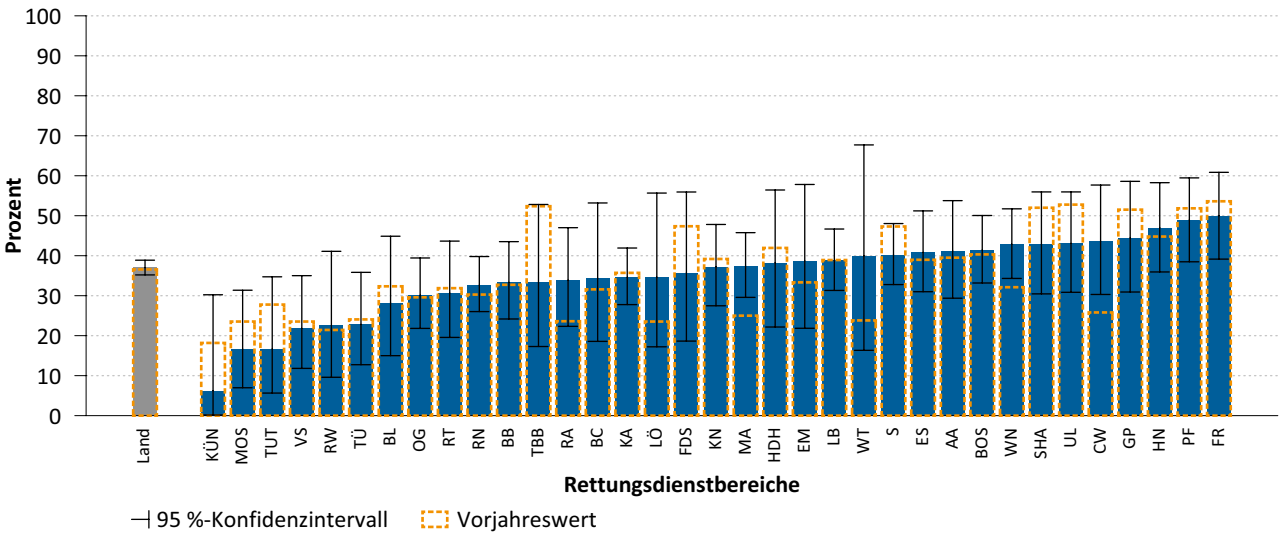


Abbildung 125: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Herz-Kreislauf-Stillstand

Indikatorberechnung in Subgruppen

Notarztanforderung	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
ja	355	91	25,6
nein	2.231	865	38,8
nicht feststellbar	107	41	38,3

Tabelle 51: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Herz-Kreislauf-Stillstand – Indikatorergebnis bei Notarztanforderung

Rettungsmitteltyp	Fallzahl	Anzahl	Anteil (%)
RTW mit Notarzt initial alarmiert	2.175	849	39,0
RTW mit Notarzt nachgefordert	339	90	26,6
NAW	6	2	33,3
RTH initial alarmiert	71	18	25,4
RTH nachgefordert	16	1	6,3

Tabelle 52: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Herz-Kreislauf-Stillstand – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp

2.5.17 Schmerzreduktion

- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Schmerz-Erstbefund von mindestens 5 (NRS) dar, die bei Übergabe eine Schmerzstärke kleiner 5 oder eine Verbesserung um mindestens 2 Punkte angegeben haben oder bei denen eine Notfallnarkose/Analgesiedierung durchgeführt wurde.

Ausschlusskriterien:

- ambulante Versorgung
- Ablehnung indizierter Maßnahmen durch die Patientin/den Patienten
- Diagnosen 1701 = Schwangerschaft > 35. SSW (zur Entbindung in Klinik) und/oder 1702 = präklinische Geburt
- Diagnosen 1202 = ACS, 1203 = STEMI Vorderwand, 1204 = STEMI Hinterwand (neu seit 2025)

Wichtige Hinweise:

- Aufgrund der ab 2025 geänderten Definition der Grundgesamtheit (Ausschluss ACS/STEMI) ist die Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen v. a. beim notärztlichen Indikator eingeschränkt.
- Aufgrund eines Exportfehlers bei Notarzteinsetzen ohne notärztlich begleiteten Transport wurden für das Datenjahr 2025 (wie auch in den Vorjahren) beim notärztlichen Indikator nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.

► Zusätzliche Berechnungen:

- Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Erstbefund Schmerzempfinden (NRS)
- Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer Analgetikagabe
- Indikatorergebnis nach Erkrankungs- und Verletzungsgruppen

2.5.17.1 Notarzteinsätze

► Datenquelle: notärztliche Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	20.004	37.613
► Ergebnis (%):	92,7	93,0
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

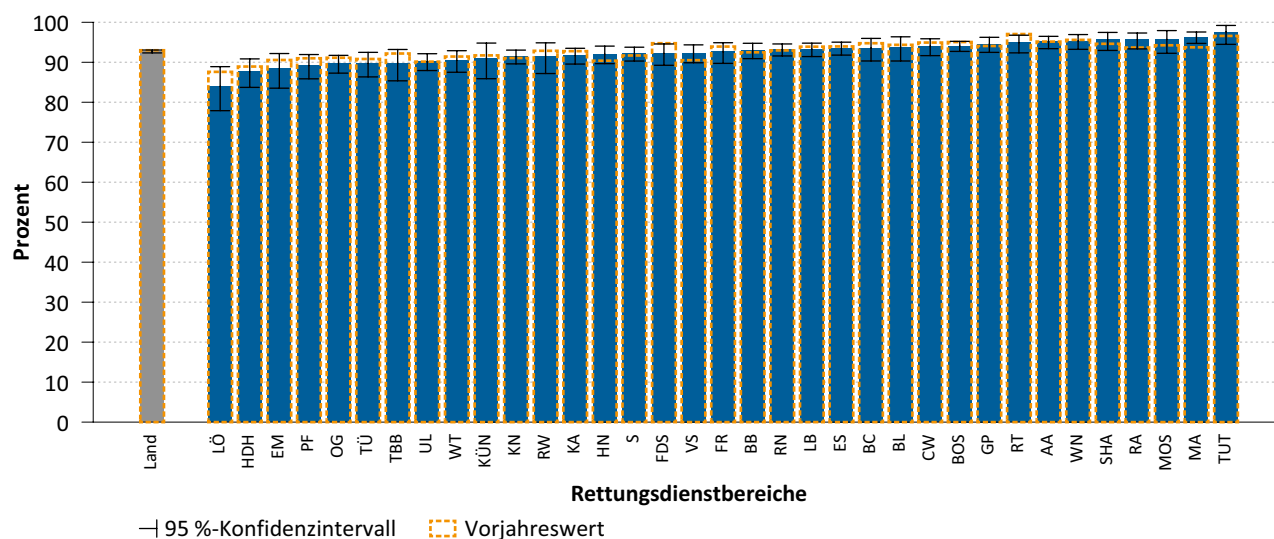


Abbildung 126: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze)

Achtung: Vergleichbarkeit mit den Vorjahresergebnissen eingeschränkt (siehe Wichtige Hinweise)

Indikatorberechnung in Subgruppen

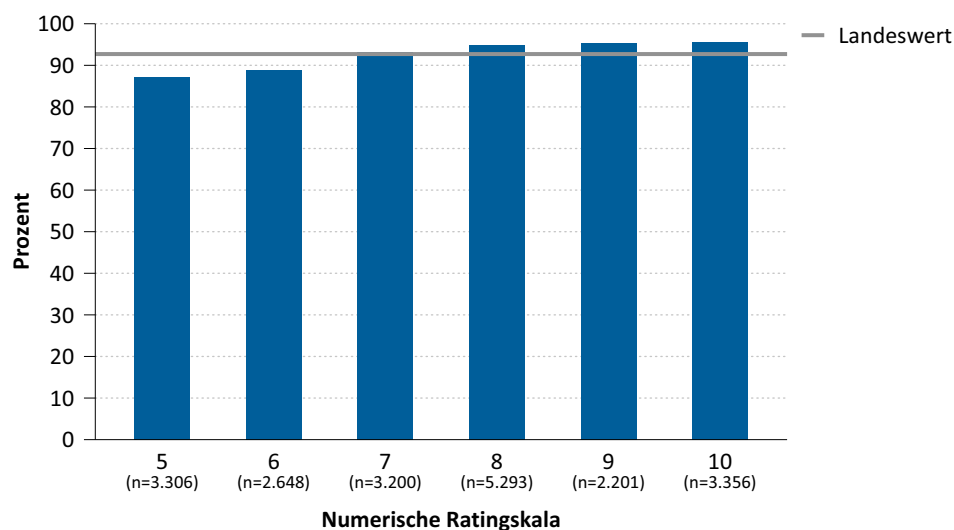


Abbildung 127: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Erstbefund Schmerzempfinden (NRS)

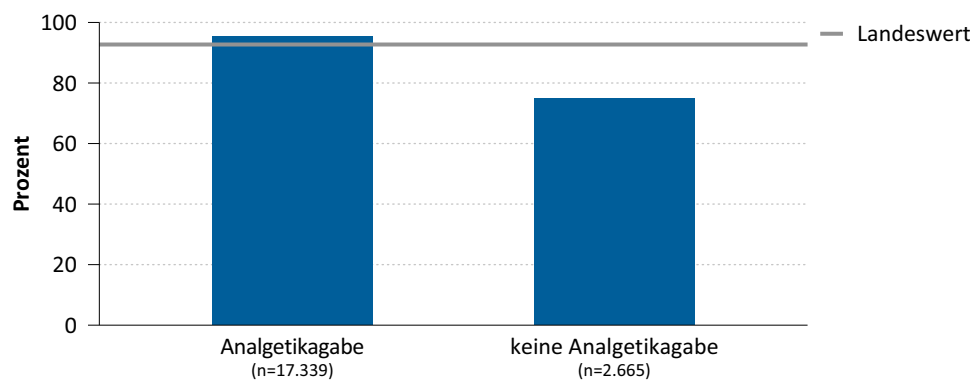


Abbildung 128: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer Analgetikagabe

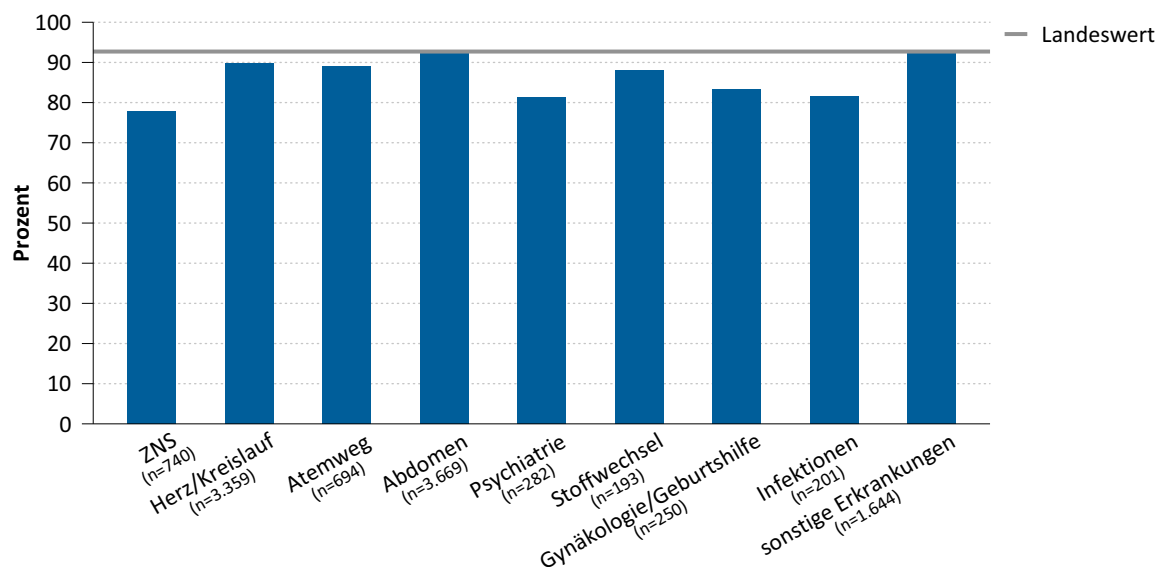


Abbildung 129: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen

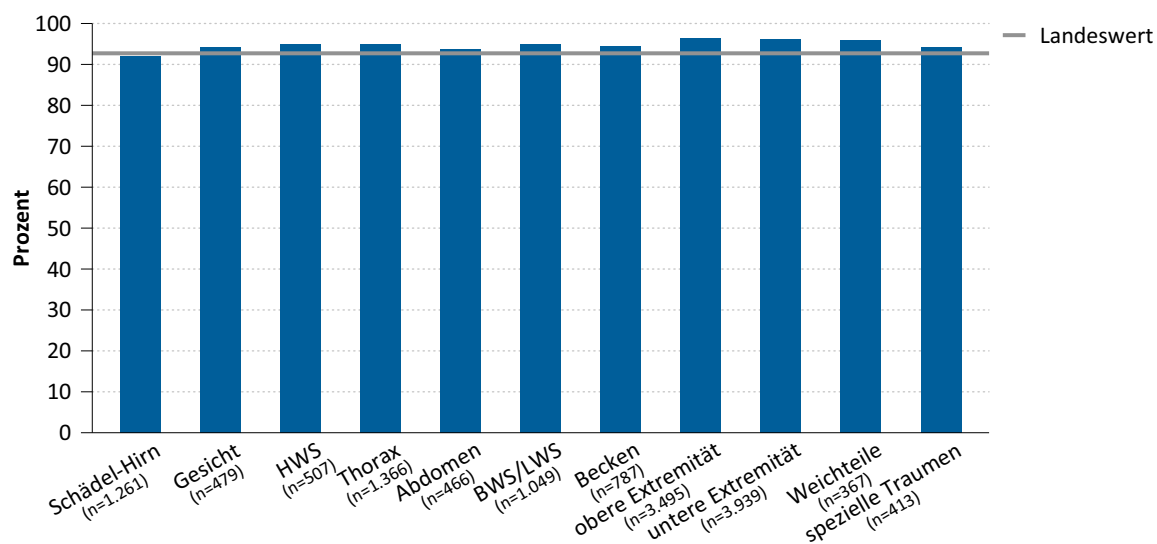


Abbildung 130: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

2.5.17.2 Einsätze ohne Notarztbeteiligung

► Datenquelle: RTW-Dokumentation (MIND4.0 und MIND4.0VMBW)

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	78.191	64.090
► Ergebnis (%):	63,8	55,0
► Referenzbereich:	≥ Landeswert	

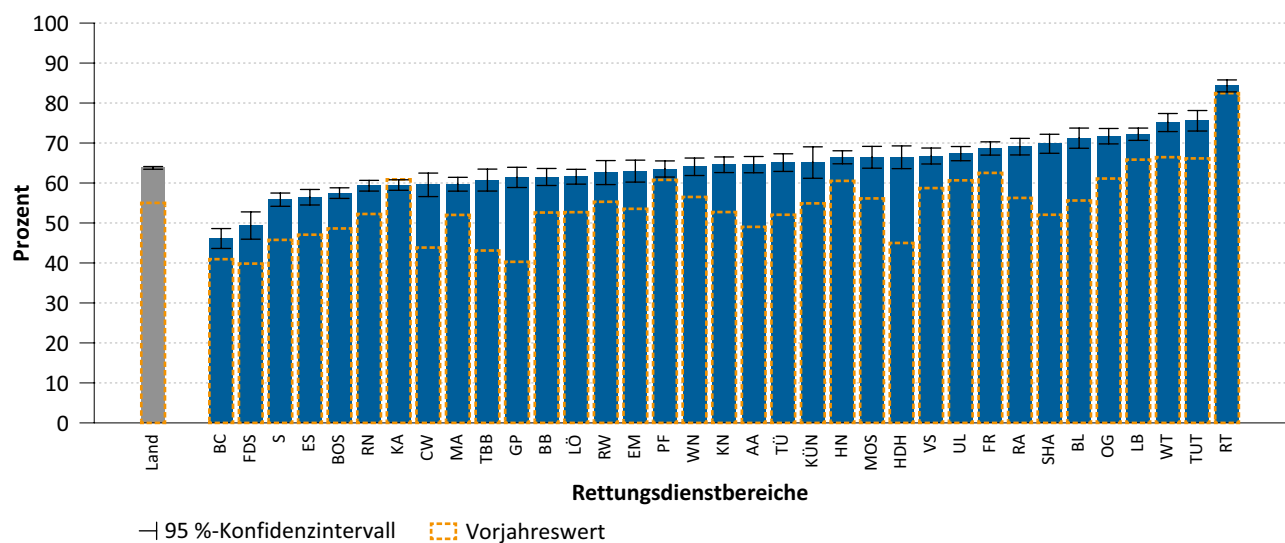


Abbildung 131: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

Indikatorberechnung in Subgruppen

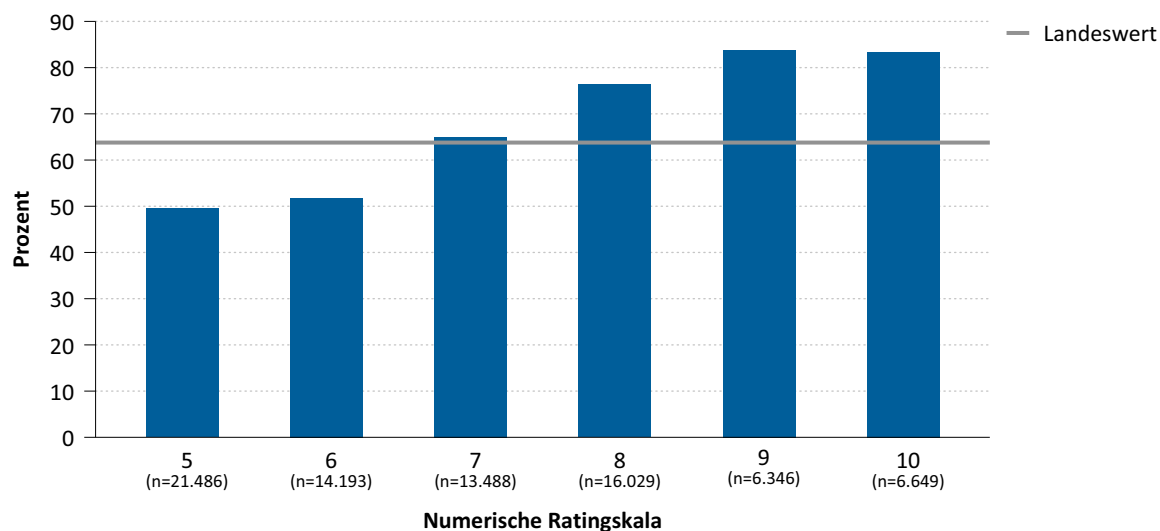


Abbildung 132: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Erstbefund Schmerzempfinden (NRS)

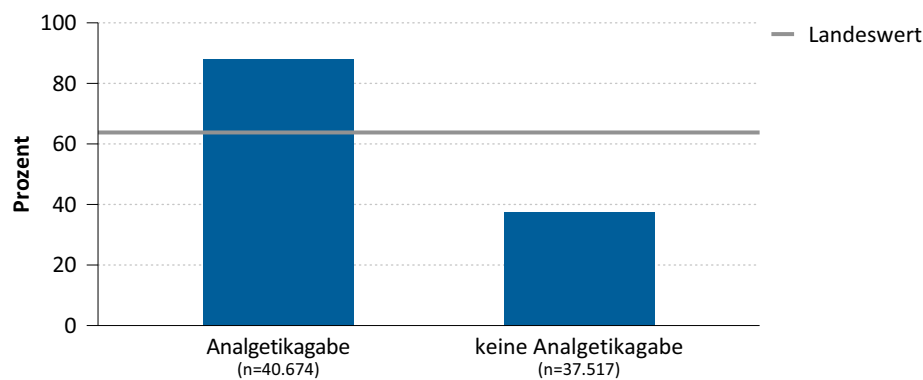


Abbildung 133: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer Analgetikagabe

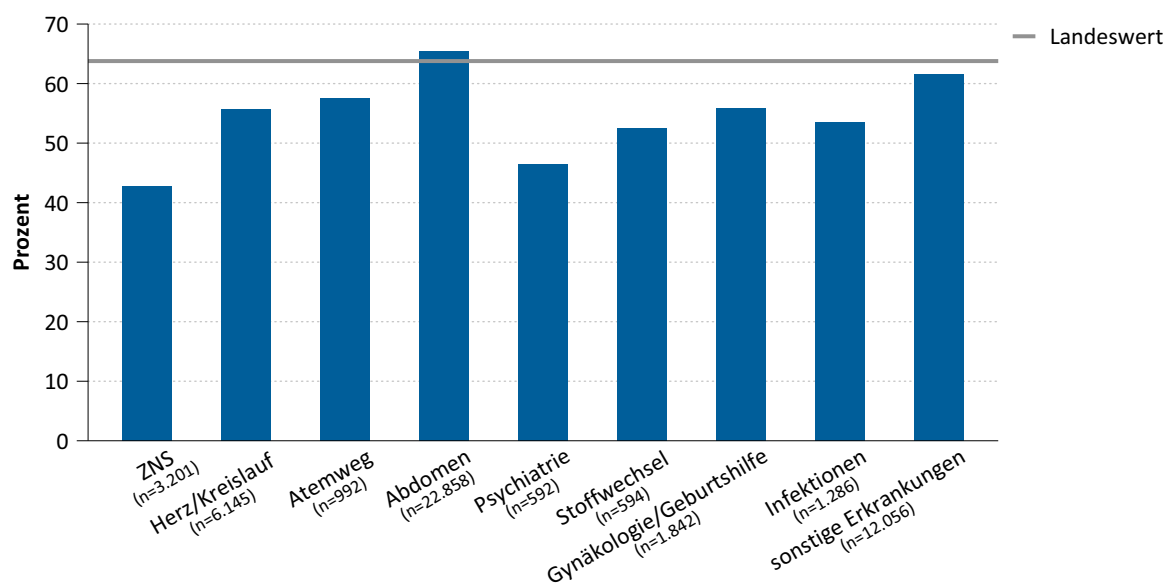


Abbildung 134: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen

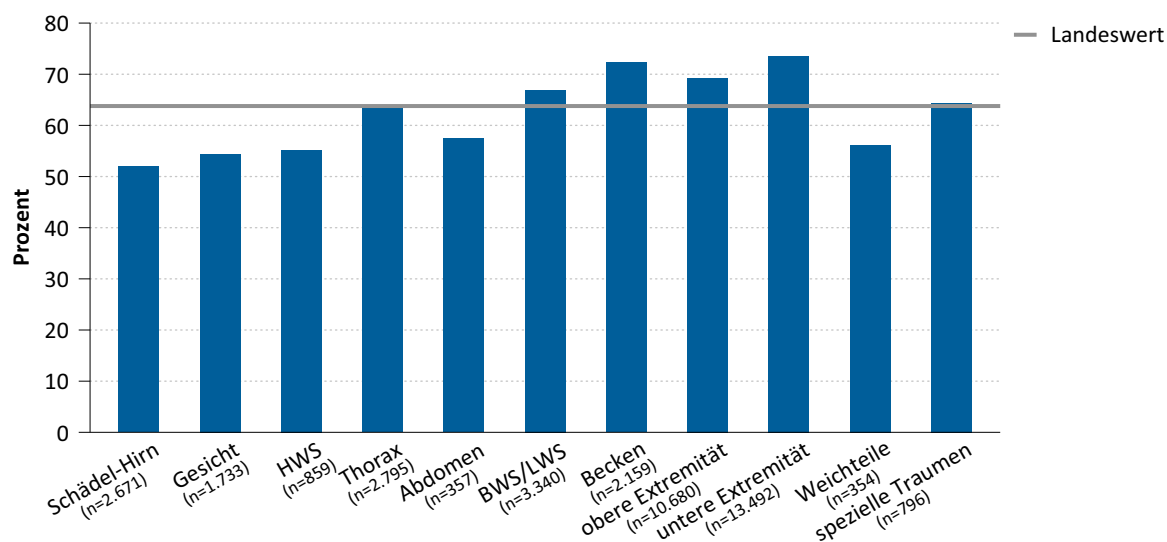


Abbildung 135: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen

2.5.18 Patientenanmeldung Zielklinik

- Datenquellen: notärztliche Dokumentation, RTW-Dokumentation (beide MIND4.0 und MIND4.0VMBW)
- Methodik: Der Indikator stellt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt, Polytrauma/schweren Verletzungen (mit vitaler Gefährdung), akutem zentral-neurologischen Defizit, Reanimation oder Sepsis dar, die vorab in der Zielklinik angemeldet werden. Nur Primäreinsätze werden einbezogen.

Ausschlusskriterien:

- Tod vor Erreichen des Transportziels

Ergebnis

	<u>2025</u>	<u>2024</u>
► Fallzahl:	56.340	56.531
► Ergebnis (%):	96,0	94,8

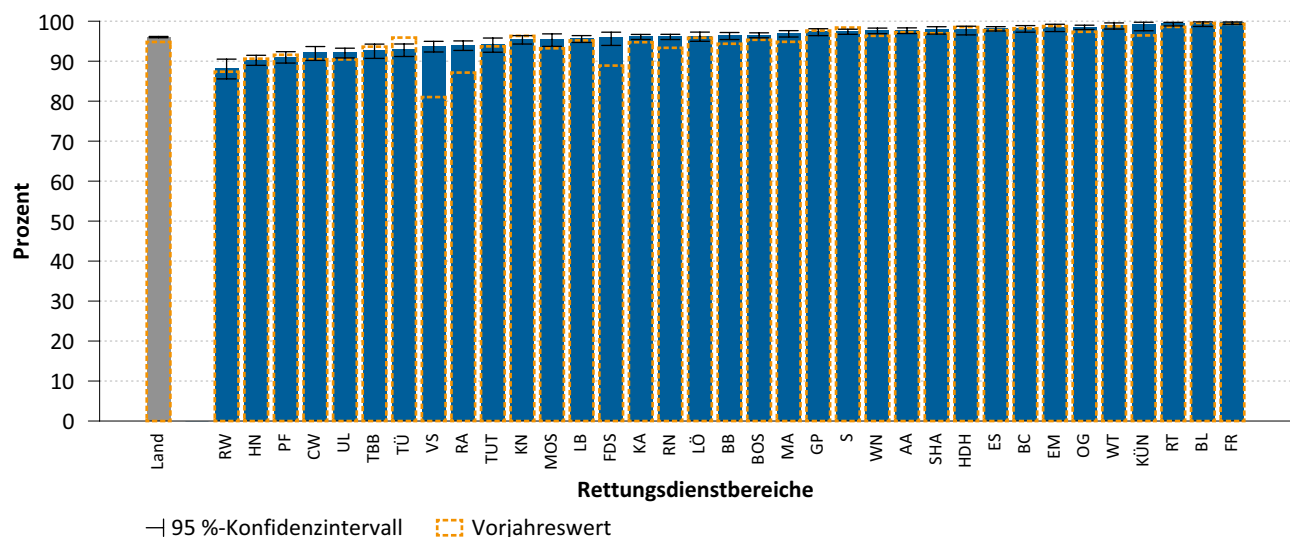


Abbildung 136: Patientenanmeldung Zielklinik

2.5.19 Bewertung Versorgung und Transport

Die Indikatoren zu Versorgung und Transport von Patientinnen und Patienten beschäftigen sich vorwiegend mit notfallmedizinisch besonders relevanten und zeitkritischen Krankheitsbildern, bei denen u. a. ein schneller präklinischer und/oder klinischer Therapiebeginn und eine qualitativ hochwertige Therapie mit einem besseren Outcome assoziiert sind – den sogenannten Tracerdiagnosen. In Abbildung 137 stellen die Kreisdiagramme die absolute Anzahl der dokumentierten Tracerdiagnosen (Anzahl in der Mitte der Diagramme) mit einer prozentualen Unterteilung der verschiedenen Diagnosen im jeweiligen Rettungsdienstbereich dar. Die Farbe des Rettungsdienstbereichs gibt die Häufigkeit einer Tracerdiagnose pro 1.000 Einwohnende an. Es wurden in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen zwischen 12,3 und 19,6 Tracerdiagnosen pro 1.000 Einwohnende ermittelt.

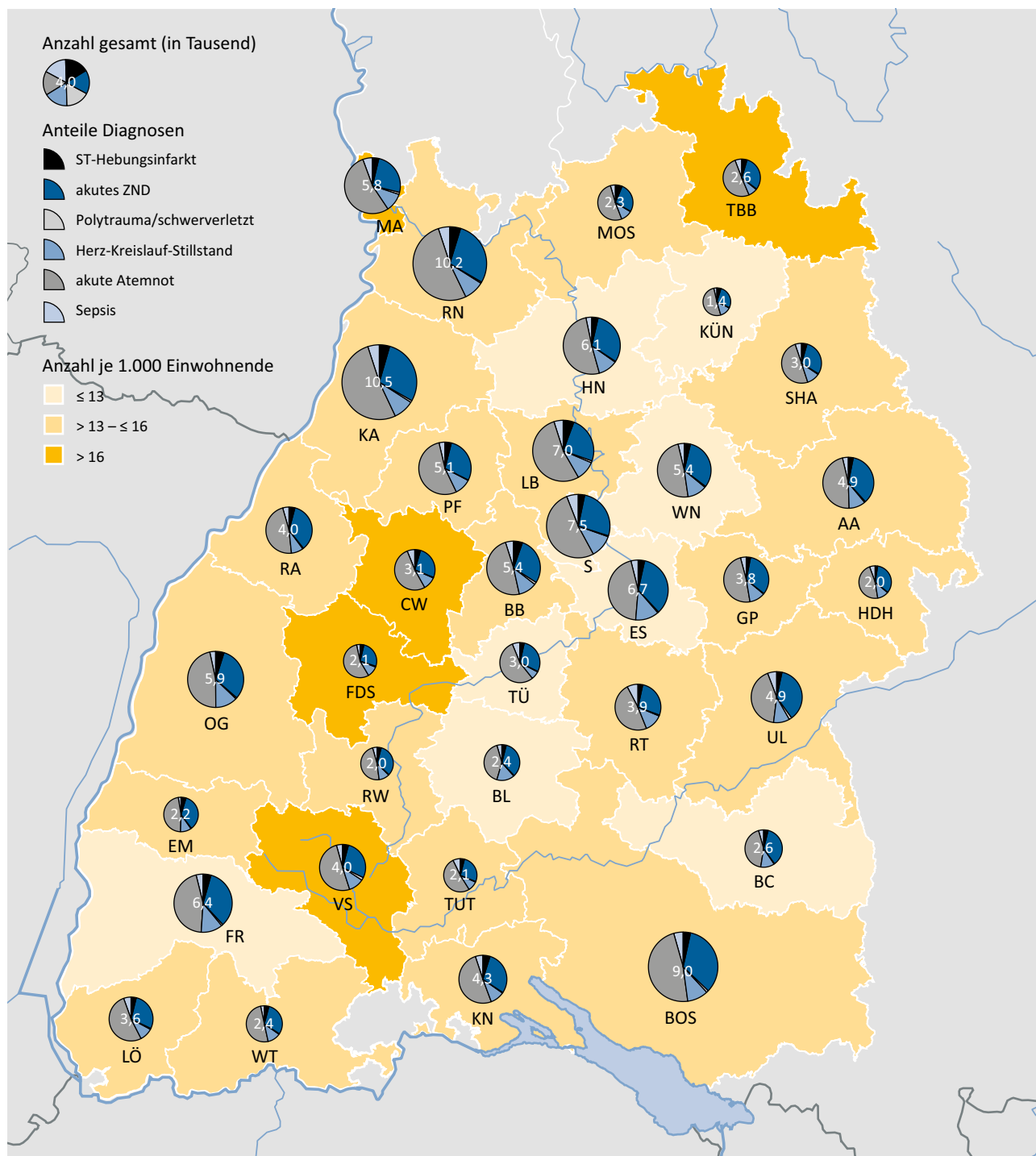


Abbildung 137: Tracerdiagnosen pro Rettungsdienstbereich

Aufgrund des noch immer nicht behobenen Exportfehlers bei optionalen Feldern, der zur Folge hatte, dass dokumentierte Klinik-IDs und Abschlussbefunde nicht übermittelt wurden, konnten für das Datenjahr 2025 – wie bereits im Vorjahr – bei den Transportziel-Indikatoren mit notärztlicher Beteiligung sowie bei der **Kapnografie bei Reanimation** und bei der **Schmerzreduktion** mit notärztlicher Beteiligung nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt werden (siehe Kapitel 2.1).

2.5.19.1 ST-Hebungsinfarkt

Aufgrund der eingangs beschriebenen Zweiteilung des ehemaligen Indikators **Leitliniengerechte Versorgung: ST-Hebungsinfarkt** sind Ergebnisvergleiche mit dem Vorjahr allenfalls für die Prähospitalzeit und die Auswahl des Transportziels sinnvoll.

Ein 12-Kanal-EKG ist bei jedem Verdacht auf ein akutes Koronarsyndrom sowie bei Thoraxschmerzen unklarer Ursache gemäß nationaler und internationaler Leitlinien möglichst zeitnah abzuleiten. Insofern ist ein Ergebnis des Indikators **12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz** von knapp unter 70 % scheinbar unbefriedigend. Wie jedoch bereits beim Indikator **Leitliniengerechte Versorgung: ST-Hebungsinfarkt** in den Vorjahren berichtet wurde, war ein fehlendes 12-Kanal-EKG auch hier die häufigste Ursache für ein Verfehlen des Indikatorzieles. Wie ebenfalls schon berichtet, gibt es belastbare Erkenntnisse, dass ein wesentlicher Anteil dieses unzureichenden Indikatorergebnisses durch eine wenig intuitive Bedienungslogik eines Dokumentationssystems verursacht wird. Dies galt in gleichem Umfang für das Ergebnis dieses neuen Indikators. In Abhängigkeit von dem jeweils benutzten Dokumentationssystem variierte das Indikatorergebnis erheblich. Leider wurde auch in 2025 das wiederholt an den Hersteller rückgemeldete Problem nicht behoben. Betrachtet man die Indikatorergebnisse in Abhängigkeit von der Diagnose (siehe Tabelle 39), wird der Verdacht verstärkt, dass das Indikatorergebnis durch einen Dokumentationsmangel geprägt sein muss. Eine Rate von nur knapp unter bzw. über 75 % bei den Diagnosen ST-Hebungsinfarkt der Vorder- oder Hinterwand spricht sehr dafür, dass eher ein Dokumentations- als ein Qualitätsmangel durch das Ergebnis ausgedrückt wird, da die Diagnose eines Hebungsinfarktes nur auf Basis eines vorhandenen 12-Kanal-EKGs gestellt werden kann.

Bei dem Indikator **ASS-Gabe bei STEMI** lag das Ergebnis mit knapp unter 81 % ebenfalls unerwartet niedrig. Die Empfehlung der aktuellsten europäischen Leitlinien zu diesem Krankheitsbild ist recht klar und unmissverständlich abgefasst („as soon as possible“), daher ist dieses Ergebnis erstaunlich und – im Gegensatz zum **12-Kanal-EKG** – überwiegend nicht durch Softwareprobleme erklärbar. Auffällig war hier eine sehr große Varianz zwischen den einzelnen Rettungsdienstbereichen (siehe Abbildung 93), sodass Rückmeldungen im Rahmen eines künftigen Gestuften Dialogs möglicherweise wertvolle Erkenntnisse liefern könnten.

Eine **Prähospitalzeit unter 60 Minuten** bei ST-Hebungsinfarkt wurde in 68 % erfüllt. Die schlechtesten Ergebnisse wurden in Rettungsdienstbereichen mit fehlender oder niedriger Anzahl geeigneter Zielkrankenhäuser erreicht. Der bereits im Kapitel zur **Prähospitalzeit** beschriebene zeitliche Nachteil bei Notarztanforderungen machte sich beim vorliegenden Indikator noch deutlicher im Ergebnis bemerkbar. Das Indikatorziel wurde bei Nachforderung eines boden- oder luftgebundenen Rettungsmittels nur noch etwa halb so häufig erreicht verglichen mit Einsätzen, bei denen die Alarmierung des notarztbesetzten Rettungsmittels bereits primär erfolgte (siehe Tabellen 41 und 42).

Der Indikator **ST-Hebungsinfarkt – Primärer Transport: Klinik mit PCI** hat mit 99,4 % fast die 100 %-Marke erreicht (siehe Abbildung 95). In immerhin 17 von 35 Rettungsdienstbereichen wurden alle STEMI-Patientinnen und Patienten in ein geeignetes Zielkrankenhaus transportiert. Dabei erfolgte eine **Anmeldung in der Zielklinik** in 98,4 % der Transporte.

Abbildung 138 zeigt die Zusammenfassung der Indikatorergebnisse bei Diagnose ST-Hebungsinfarkt für die einzelnen Rettungsdienstbereiche in Form von Rangsummen (der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis hat den höchsten Punktwert). Die bei den anderen Rangsummengrafiken dargestellten Veränderungen gegenüber dem Vorjahr – jeweils ausgedrückt durch farbige Zahlen unterhalb der Kennzeichnungen der Rettungsdienstbereiche – entfallen für diese Tracerdiagnose, da aufgrund der Indikatorüberarbeitung eine unmittelbare Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr nicht gegeben ist. Die Aussagekraft dieser Rangsummen ist weiterhin durch das beschriebene Problem beim 12-Kanal-EKG erheblich eingeschränkt.

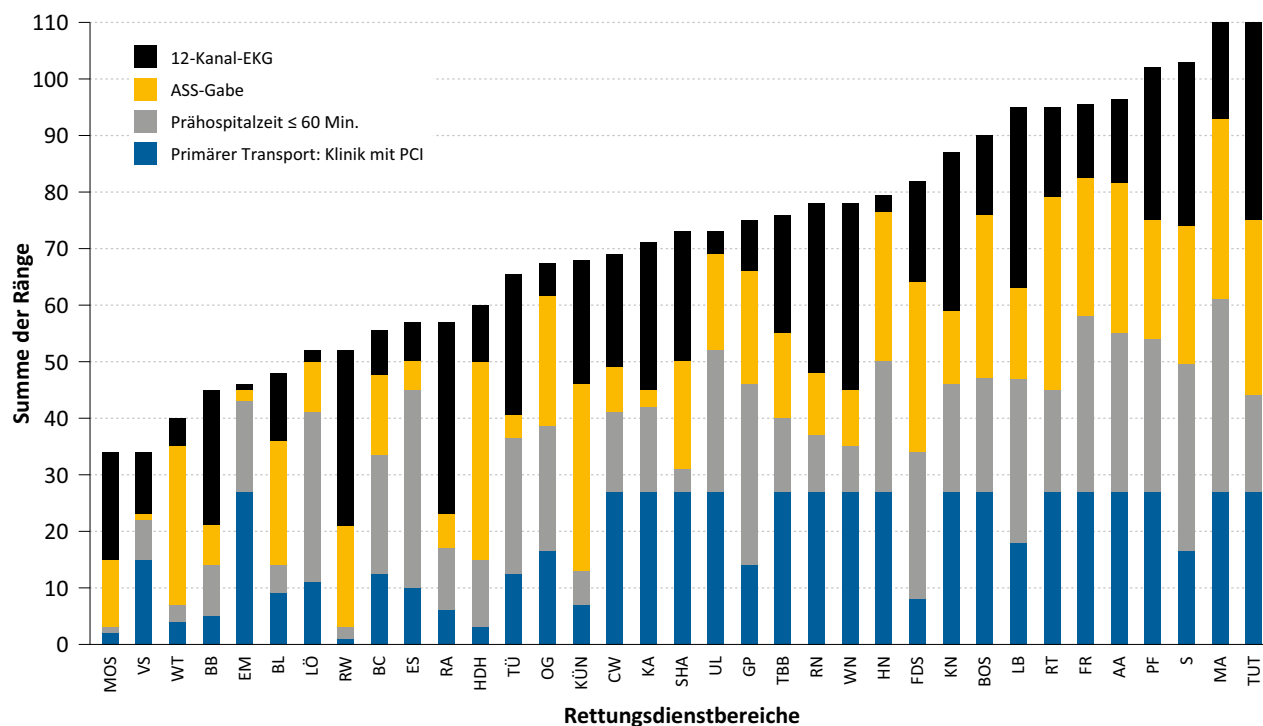


Abbildung 138: Versorgung und Transport: ST-Hebungsinfarkt – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche

2.5.19.2 Polytrauma/schwerverletzt

Zur Einordnung der nachfolgenden Ergebnisse sei erwähnt, dass die Anzahl der Fälle, die die Eingangsvoraussetzungen für alle Indikatoren im Zusammenhang mit Polytraumata oder schweren Verletzungen erfüllen, gering ist. Insbesondere auf Standort-, aber auch auf Rettungsdienstbereichsebene können sich daher Einzelfälle erheblich stärker auf das Gesamtergebnis auswirken als bei Indikatoren, die auf einem umfangreicheren Patientenkollektiv beruhen. Berücksichtigt werden muss im Vergleich mit den Vorjahren weiterhin, dass die Rechenregeln aufgrund von Leitlinienänderungen ab dem Datenjahr 2023 angepasst wurden. Mit Ausnahme des Jahres 2021, in dem das Ergebnis des Indikators **Leitliniengerechte Versorgung Polytrauma/schwerverletzt** kurzzeitig auf 81 % angestiegen war, bewegten sich die Ergebnisse in den letzten Jahren konstant in einem Bereich zwischen 74 % und 77 %. In diesem Bereich lag das Ergebnis auch in 2025 (siehe Abbildung 96) und damit 0,8 Prozentpunkte unter dem Wert des Vorjahres. Einschränkend muss – neben der bereits erwähnten Problematik kleiner Fallzahlen – berücksichtigt werden, dass bei stattgehabter Atemwegssicherung im Zusammenhang mit einem Polytrauma eine Kapnometrie gefordert wird und dieser Indikator zumindest in diesen Situationen ebenfalls von der im Abschnitt zur Kapnometrie (siehe Kapitel 2.4.1) berichteten Exportproblematik betroffen ist. Abbildung 97 zeigt die beim Polytrauma durchgeführten Einzelmaßnahmen, wobei manche dieser Maßnahmen nur unter bestimmten Voraussetzungen für den Indikator erwartet werden (siehe Kapitel 2.5.5). Die häufigsten Gründe für das Verfehlen des Indikatorziels waren eine trotz Leitlinienempfehlung fehlende Atemwegssicherung oder HWS-Immobilisation, gefolgt von einem unvollständigen Standardmonitoring. Danach folgte die bereits erwähnte fehlende Kapnometrie bei stattgehabter Atemwegssicherung als vierthäufigstes Kriterium zur Nicht-Erfüllung. Abbildung 97 suggeriert eine andere Verteilung. Dort wird die Häufigkeit der Erfüllung für jede einzelne Maßnahme gezeigt. Da einige der Maßnahmen jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen gefordert werden, ist deren Nicht-Einhaltung von geringerer Auswirkung in Bezug auf das Indikatorergebnis. Die Einhaltung einer **Prähospitalzeit unter 60 Minuten** stellt bei der Gruppe der Polytraumatisierten bzw. vital gefährdeten Schwerverletzten eine Herausforderung dar. Aus den Qualitätsberichten der letzten fünf Jahre kann abgelesen werden, dass der Erreichungsgrad stets unter 50 % lag. Mit einem Erreichungsgrad von nur knapp 39 % und damit einer Verschlechterung gegenüber dem Vorjahr um 10 Prozentpunkte wurde hier jedoch ein neuer Tiefststand erreicht (siehe Abbildung 98).

Überraschend ist, dass die Ergebnisse der einzelnen Rettungsdienstbereiche keine klare Abhängigkeit von der Klinikstruktur im jeweiligen Rettungsdienstbereich aufzeigen: Von zehn der Rettungsdienstbereiche mit den geringsten Erreichungsquoten sind acht mit einem regionalen Traumazentrum im eigenen Rettungsdienstbereich ausgestattet. Berücksichtigt man allerdings die Erkenntnis, dass 80 % der polytraumatisierten oder schwerverletzten Patientinnen und Patienten mit vitaler Bedrohung nicht in ein regionales, sondern in ein überregionales Traumazentrum transportiert wurden (siehe Abbildung 100), findet dieser scheinbare Widerspruch eine mögliche Erklärung. Auch bei diesem Indikator zeigte sich etwa eine Halbierung des ohnehin geringen Erreichungsgrades in den Situationen, in denen ein notarztbesetztes Rettungsmittel nachgefordert werden musste. Handelte es sich bei dem notarztbesetzten Rettungsmittel um einen Hubschrauber, war der Zeitverlust deutlich stärker ausgeprägt als bei bodengebundenen notarztbesetzten Rettungsmitteln (siehe Tabellen 43 und 44). Es muss weiterhin berücksichtigt werden, dass beim Polytrauma durch eine möglicherweise erforderliche aufwendige technische Rettung die Vor-Ort-Zeit und damit auch die **Prähospitalzeit** wesentlich verlängert werden können.

Im Gegensatz zum Indikatorergebnis für die **Prähospitalzeit** hat sich das Ergebnis für den **Primären Transport Polytraumatisierter bzw. Schwerverletzter in ein regionales oder überregionales Traumazentrum** gegenüber dem Vorjahr um 2,1 % auf 93,5 % verbessert. Auch bei der Ansteuerung der geeigneten Zielklinik ist kein klarer Zusammenhang mit dem Vorhandensein entsprechender Klinikstrukturen im eigenen Rettungsdienstbereich erkennbar. Eine **Patientenanmeldung** erfolgte in etwas über 96 % der Fälle.

Abbildung 139 zeigt die Zusammenfassung der Indikatorergebnisse bei polytraumatisierten und schwerverletzten Patientinnen und Patienten für die einzelnen Rettungsdienstbereiche in Form von Rangsummen (der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis hat den höchsten Punktwert). Die farbig dargestellte Zahl unter jedem Rettungsdienstbereich gibt die Rangänderung gegenüber dem Vorjahr an, also um wie viele Positionen sich ein Rettungsdienstbereich verbessert (grün) oder verschlechtert hat (rot). Insbesondere bei der Interpretation dieser Grafik muss berücksichtigt werden, dass es sich jeweils um kleine Fallzahlen gehandelt hat und damit selbst augenscheinlich massive Positionsänderungen zufällig sein können und nicht zwingend durch eine bewusste Steuerung hervorgerufen wurden.

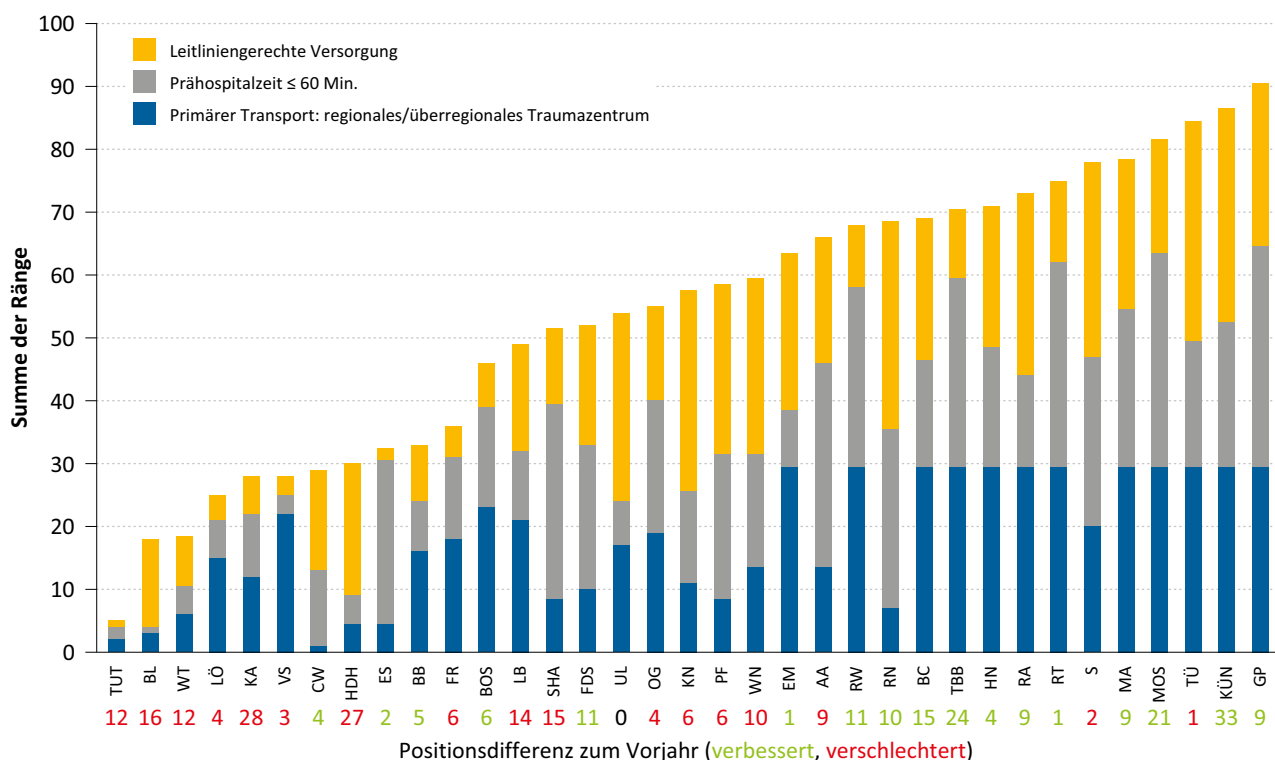


Abbildung 139: Versorgung und Transport: Polytrauma/schwerverletzt – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche

2.5.19.3 Akutes zentral-neurologisches Defizit

Beim Indikator zur **leitliniengerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hirninfarkt/TIA, ICB oder SAB** haben sich die Ergebnisse sowohl für Einsätze mit als auch für Einsätze ohne Notarztbeteiligung scheinbar deutlich um etwa 10 % verbessert (siehe Abbildungen 102 und 104). Allerdings muss bei diesen Ergebnissen berücksichtigt werden, dass gemäß aktueller Leitlinien eine Verschiebung der Schwelle der Sauerstoffsättigung, ab welcher eine Sauerstoffgabe indiziert ist, nach unten vorgenommen wurde. Die neue Schwelle der Sauerstoffsättigung ist nun 92 % anstatt vorher 95 %, bei gleichzeitigem Vorliegen einer COPD (Hyperkapnierisiko) liegt sie bei 88 %. Der häufigste Grund für das Nicht-Erreichen des Indikatorziels war bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung eine fehlende Temperaturmessung und bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung ein unvollständiges oder fehlendes Standardmonitoring, dicht gefolgt von einer fehlenden Temperaturmessung. Auch hier suggerieren Abbildungen 103 und 105 eine andere Verteilung. Dort wird die Häufigkeit der Erfüllung für jede einzelne Maßnahme gezeigt. Da einige der Maßnahmen jedoch nur unter bestimmten Voraussetzungen gefordert werden, ist deren Nicht-Einhaltung von geringerer Auswirkung in Bezug auf das Indikatorergebnis.

Eine **Prähospitalzeit von unter einer Stunde** wurde in knapp 63 % bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung und in 71 % der Fälle bei alleinigen RTW-Einsätzen eingehalten. Die Werte lagen damit 1,6 % bzw. 0,4 % unter denen des Vorjahres. Die Erreichung der einstündigen **Prähospitalzeit** wurde nochmals um über 50 % reduziert, wenn das notarztbesetzte Rettungsmittel nachgefordert werden musste. Die Nachforderungsrate lag mit 29 % deutlich über der Nachforderungsrate des Vorjahres (24 %). Der Faktor Zeitverlust durch Nachforderung notärztlicher Rettungsmittel korrespondiert mit dem höheren Erreichungsgrad bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse für den Indikator **Primärer Transport in eine Klinik mit Schlaganfalleinheit** unterlagen die Ergebnisse für das akute zentral-neurologische Defizit aufgrund der deutlich höheren Fallzahlen im Gegensatz zur Tracerdiagnose Polytrauma nicht so stark zufälligen Einflussfaktoren. Andererseits muss berücksichtigt werden, dass bei diesem Indikator ein Krankenhaus dann als geeignet für die Schlaganfallversorgung gewertet wird, wenn die Klinik in der Schlaganfallkonzeption des Landes gelistet ist oder wenn eine gültige Zertifizierung der Stroke Unit durch die Fachgesellschaften vorliegt. Die Eignung von Kliniken kann sich mit dem Wegfall oder dem Neuerwerb einer dieser Voraussetzungen daher auch unterjährig ändern und bis zum Vorliegen eines landesweiten Kapazitätsnachweises jedoch nur nach dem im jeweiligen Berichtsjahr überwiegenden Zeitraum als „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ berücksichtigt werden. Für das Datenjahr 2025 waren zwei Kliniken betroffen, die im Jahresverlauf die vorgenannten Kriterien nicht mehr erfüllten. Dies passt zur Verschlechterung des Indikatorergebnisses bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung um 1,7 % und bei Einsätzen ohne eine solche Beteiligung um 0,5 % (siehe Abbildungen 108 und 110). Die als geeignet angesteuerte Zielklinik war bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung prozentual deutlich seltener eine lokale (13 % versus 17 %) und deutlich häufiger eine überregionale (50 % versus 39 %) Schlaganfalleinheit als bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung (siehe Abbildungen 109 und 111). Eine **Anmeldung in der Zielklinik** erfolgte in fast 96 % der Transporte.

Abbildung 140 zeigt die Zusammenfassung der Indikatorergebnisse bei akutem zentral-neurologischen Defizit für die einzelnen Rettungsdienstbereiche in Form von Rangsummen (der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis hat den höchsten Punktwert). Die farbig dargestellte Zahl unter jedem Rettungsdienstbereich gibt die Rangänderung gegenüber dem Vorjahr an, also um wie viele Positionen sich ein Rettungsdienstbereich verbessert (grün) oder verschlechtert hat (rot).

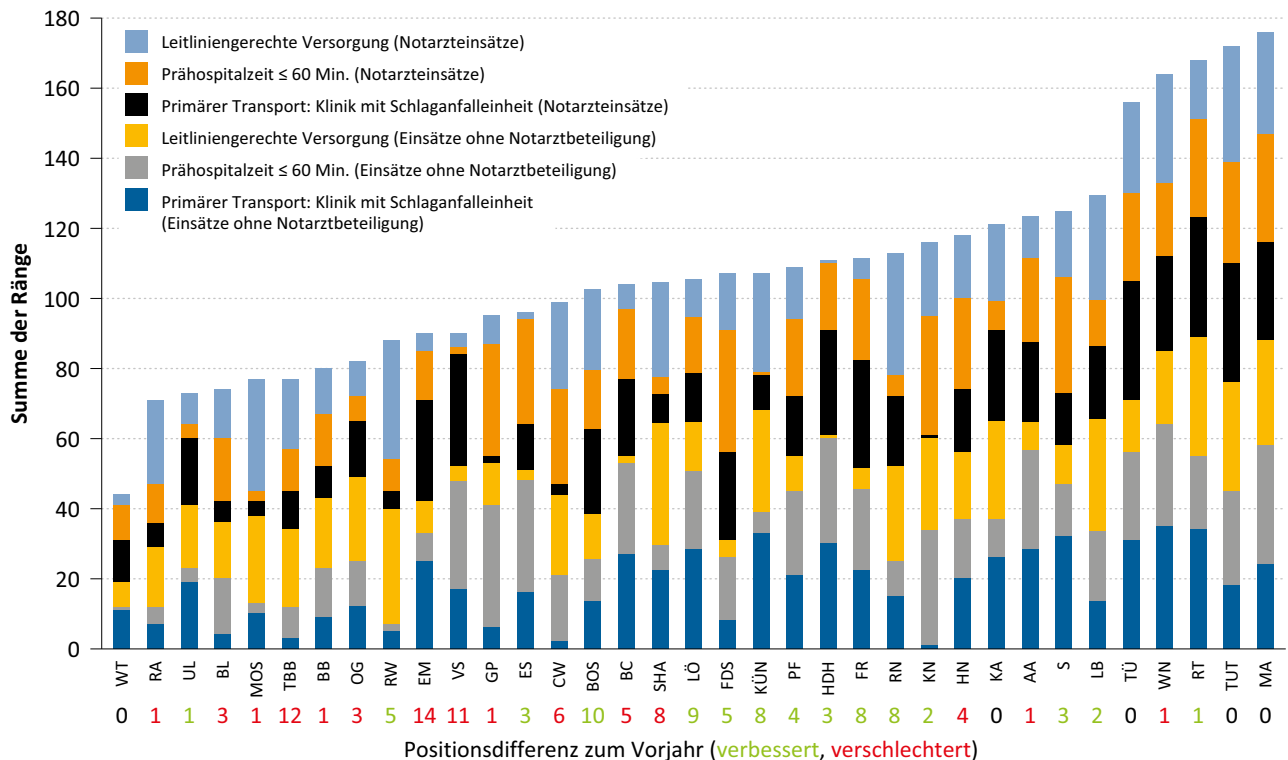


Abbildung 140: Versorgung und Transport: akutes ZND – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche

2.5.19.4 Atemnot

Im Indikator **leitliniengerechte Versorgung bei Atemnot** werden Patientinnen und Patienten mit den Diagnosen Asthma, Status asthmaticus, exazerbierte COPD, Pseudokrapp, Dyspnoe unklarer Ursache oder dem Untersuchungsbefund Dyspnoe zusammengefasst. Die Fallzahl solcher Ereignisse ist bei Notarzteinsätzen gegenüber dem Vorjahr um rund 6.300 gesunken, im Gegensatz bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung um fast die gleiche Anzahl angestiegen. Dies ist ein starkes Indiz für die Verlagerung von notärztlichen Indikationen auf Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter. Diese Verlagerung ist die zahlenmäßig umfangreichste in den letzten fünf Jahren bezogen auf diesen Indikator. Das Indikatorziel der **leitliniengerechten Versorgung** wurde bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung zwar seltener erreicht als bei Notarzteinsätzen, hat sich jedoch gegenüber dem Vorjahr um fast 2 % verbessert. Häufigste Gründe für die Nicht-Erfüllung waren bei Notarzteinsätzen eine fehlende Temperaturmessung (11,3 %) und eine fehlende Sauerstoffgabe (3,7 %). Bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung dominierten das unvollständige Standardmonitoring (14,9 %) und die fehlende Temperaturmessung (13,4 %).

Abbildung 141 zeigt die Zusammenfassung der Indikatorergebnisse bei Atemnot für die einzelnen Rettungsdienstbereiche in Form von Rangsummen (der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis hat den höchsten Punktwert). Die farbig dargestellte Zahl unter jedem Rettungsdienstbereich gibt die Rangänderung gegenüber dem Vorjahr an, also um wie viele Positionen sich ein Rettungsdienstbereich verbessert (grün) oder verschlechtert hat (rot).

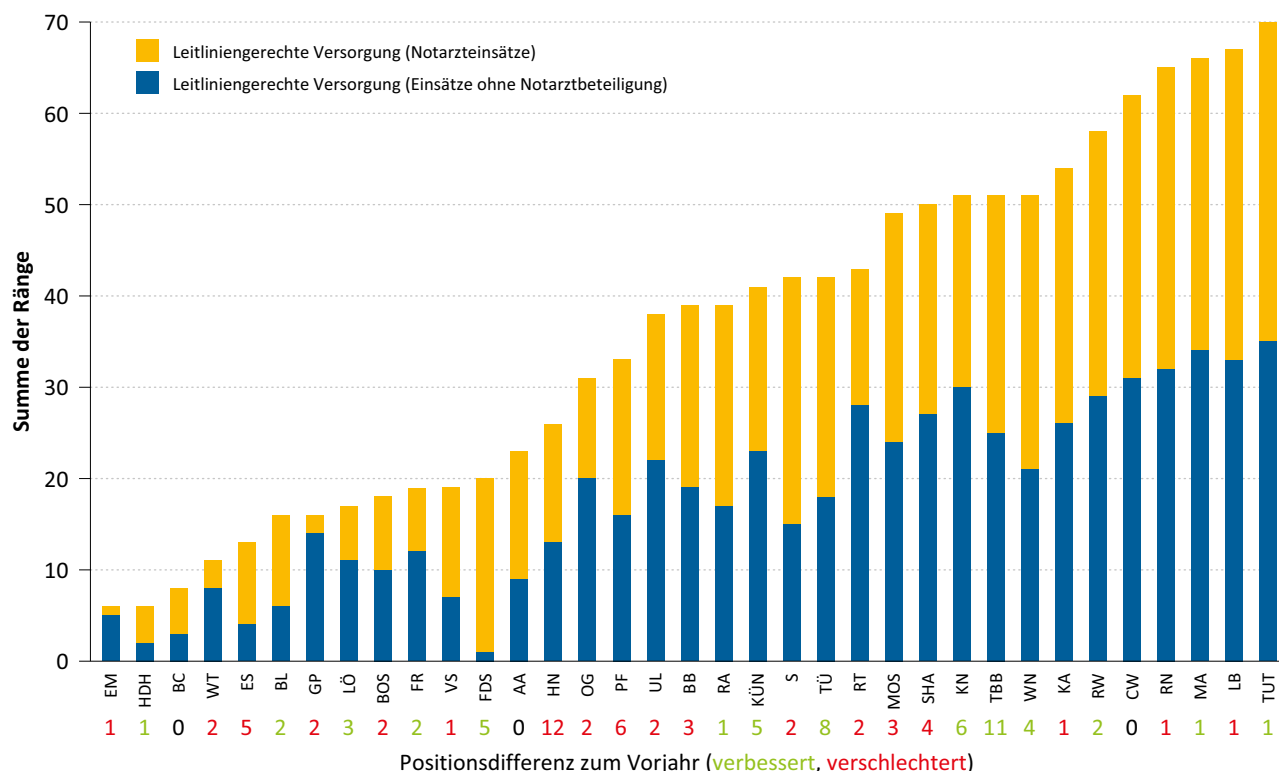


Abbildung 141: Versorgung und Transport: Atemnot – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche

2.5.19.5 Sepsis

Die Sepsis ist eine systemische Entzündungsreaktion auf eine Infektion mit Schädigung der eigenen Gewebe und Organe. Sie stellt eine häufige und oft unterschätzte Erkrankung mit hoher Sterblichkeit dar. Frühes Erkennen und rasches Einleiten der Behandlung verbessern die Überlebenschancen von Patientinnen und Patienten mit Sepsis deutlich. Entsprechend wichtig ist es, die Sepsis in die Betrachtung möglicher Differentialdiagnosen einzubeziehen und die klinische Diagnostik und Therapie so schnell wie möglich einzuleiten. Da die klinischen Erscheinungsformen der Sepsis vielfältig und in ihrer Ausprägung sehr variabel sind, ist es jedoch schwierig, die Sepsis präklinisch zuverlässig zu erkennen. Hinzu kommt, dass ihre diagnostischen Kriterien über eine Vielzahl von Vitalparametern, Laborwerten und Organfunktionen definiert sind. In der Intensivmedizin ist hierfür der sogenannte SOFA-Score etabliert. Er ist jedoch sehr komplex und für die präklinische Anwendung, beispielsweise aufgrund erforderlicher Laborbefunde, nicht geeignet.

Bereits im letzten Jahr hat die SQR-BW den qSOFA-Score durch den NEWS2-Score ersetzt und ein Verfahren entwickelt, mit dem fehlende, für die Ermittlung des NEWS2-Scores erforderliche Werte subsidiär durch Normwerte und im notärztlichen MIND durch entsprechende Werte des korrespondierenden RTW-MIND ergänzt werden. Damit ist ein NEWS2 sowohl bei Notarzteinsätzen als auch bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung nun grundsätzlich berechenbar. In Einzelfällen wird dadurch der reale NEWS2-Score des Patienten, welcher sich bei vollständigem Vorliegen aller Vitalparameter ergeben würde, unterschätzt – mit der Konsequenz von falsch niedrigen Score-Ergebnissen. Pathologisch erhöhte Score-Werte entsprechen damit jedoch belastbaren Ergebnissen.

Auch für die Fälle mit Sepsis, septischem Schock oder hochfieberhaftem Infekt gilt die bereits bei der Tracerdiagnose Polytrauma erläuterte Einschränkung durch niedrige Fallzahlen. Deshalb fanden sich bereits in den vergangenen Jahren deutlichere Schwankungen im Indikatorergebnis zur Erreichung der **Prähospitalzeit innerhalb einer Stunde** im Vergleich zu Indikatoren mit hohen Fallzahlen. Bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung waren die tracerbezogenen **Prähospitalzeiten** bei Sepsis die zweitlängsten nach dem Herz-

Kreislauf-Stillstand, bei Einsätzen ohne Notarzt die längsten und entsprechend die Erreichungsgrade für die Einhaltung einer **Prähospitalzeit bis zu einer Stunde** in den vergangenen Jahren überwiegend unter 50 %. Für Einsätze mit notärztlicher Beteiligung (siehe Abbildung 116) hat das Ergebnis gegenüber dem Vorjahr um 5,6 % abgenommen, bei Einsätzen ohne notärztliche Beteiligung (siehe Abbildung 118) war dieser Rückgang (-0,5 %) deutlich weniger ausgeprägt. Die Notarzteinsatznachforderung wirkte sich hier noch massiver aus: Bei Fällen mit primärer Alarmierung des notärztlich besetzten Rettungsmittels wurde die Zielklinik mehr als dreimal so oft innerhalb einer Stunde erreicht, als dies bei Notarzteinsatznachforderungen der Fall war (siehe Tabelle 47). Fälle mit höheren NEWS2-Scores (5 oder größer) und demnach mit deutlicheren Hinweisen auf eine Organdysfunktion traten einerseits bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung in der Relation deutlich häufiger auf als bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung (92 % versus 79 %) und erreichten andererseits das Indikatorziel seltener als Fälle mit einem niedrigeren Score (kleiner 5) sowohl mit als auch ohne notärztliche Beteiligung. Dies passt zu der mutmaßlich aufwendigeren Behandlung, die bei dieser Patientengruppe zur Stabilisierung der Vitalfunktionen erforderlich ist, gerade diese Patientinnen und Patienten profitieren aber von einer zeitnahen klinischen Intensivtherapie. Möglicherweise muss auch genau für diese Patientengruppe eine weitere Anfahrt in eine geeignete Zielklinik mit Möglichkeit der Fokussanierung und intensivmedizinischen Behandlung in Kauf genommen werden. Wie im letzten Jahr schon beobachtet, ist die Fallzahl bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung im Vergleich zum Vorjahr erneut um fast 700 Fälle gestiegen, dies entspricht einer relativen Zunahme um ca. 16 %. Bei Notarzteinsätzen fiel die Gesamtzahl um 55 Fälle bzw. ca. 6 % ab. Patientinnen und Patienten mit Sepsis wurden in fast 94 % aller Transporte in der Zielklinik angemeldet.

Abbildung 142 zeigt die Zusammenfassung der Indikatorergebnisse für die einzelnen Rettungsdienstbereiche in Form von Rangsummen (der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis hat den höchsten Punktwert). Die farbig dargestellte Zahl unter jedem Rettungsdienstbereich gibt die Rangänderung gegenüber dem Vorjahr an, also um wie viele Positionen sich ein Rettungsdienstbereich verbessert (grün) oder verschlechtert hat (rot).

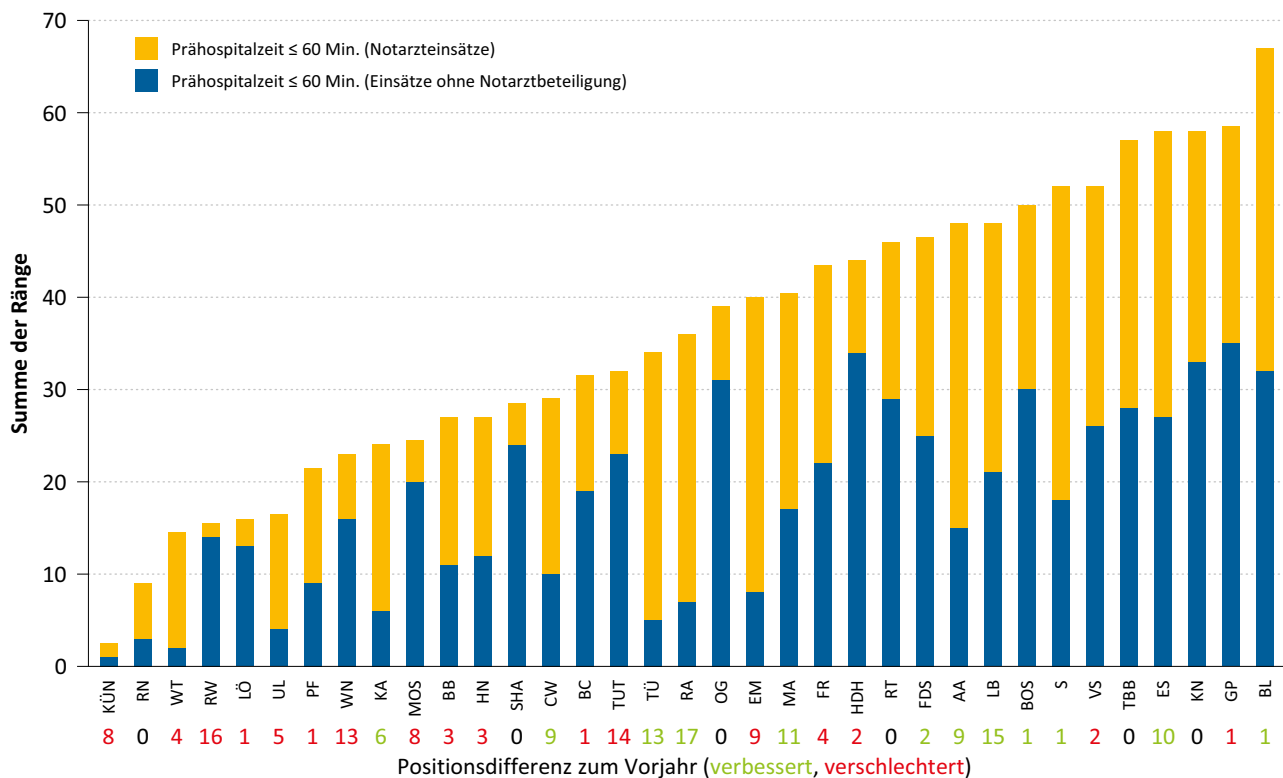


Abbildung 142: Versorgung und Transport: Sepsis – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche

2.5.19.6 Herz-Kreislauf-Stillstand

Voraussetzung für die frühzeitige Einleitung lebensrettender Maßnahmen bei Herz-Kreislauf-Stillständen (z. B. telefonische Reanimationsanleitung, Entsendung von Ersthelfenden) ist, dass diese durch die Leitstellen erkannt werden. Dementsprechend wurde ab dem Berichtsjahr 2025 das Set der Qualitätsindikatoren um die **Reanimationserkennung** erweitert. Nahezu 65 % der Reanimationssituationen (ex post) konnten durch die Leitstellen (ex ante) anhand des Einsatzstichworts erkannt werden. Tabelle 49 ist zu entnehmen, dass das Indikatorergebnis mit 70 % bei Fällen, in denen die Reanimation vor Ort aufgrund sicherer Todeszeichen oder aussichtsloser sonstiger Faktoren nicht mehr begonnen wird, um nahezu 9 % höher lag als in den Fällen, bei denen vor Ort tatsächlich Reanimationsmaßnahmen eingeleitet wurden. Aussichtslose sonstige Faktoren können beispielsweise Situationen sein, bei denen aufgrund einer Verletzungsschwere vom sicheren Tod der Patientin/des Patienten ausgegangen werden muss oder bei denen seit Beginn des Kreislauf-Stillstands eine zu lange Zeitspanne ohne Wiederbelebensmaßnahmen vergangen ist. Offensichtlich scheint es schwieriger zu sein, einen sich anbahnenden oder gerade eingetretenen Kreislauf-Stillstand zu erkennen als eindeutige Situationen wie beispielsweise einen bereits eingetretenen Tod. Die Ergebnisse der einzelnen Leitstellen zeigten eine erhebliche Bandbreite zwischen 33 % und 79 %. Da es sich bei Herz-Kreislauf-Stillständen um vergleichsweise seltene Ereignisse handelt, sind auch hier zufallsbedingte Einflüsse nicht ausgeschlossen. Die Ergänzung weiterer Detailanalysen zur differenzierten Ergebnisbeurteilung ist für die Zukunft vorgesehen.

Die Anzahl dokumentierter Herz-Kreislauf-Stillstände unterlag in den letzten fünf Jahren Schwankungen in einem Ausmaß von etwa 4 %. Abbildung 143 zeigt, zu welchen Anteilen welche Personengruppe bzw. Rettungsmittelbesatzung die Herzdruckmassage begonnen hat. Das im letzten Jahr beschriebene Problem einer falschen Datenübermittlung durch eine Dokumentationslösung war zwar für das Datenjahr 2025 offiziell behoben, die nachfolgend dargestellten Ergebnisse erscheinen aber weiterhin implausibel. Wie im Kapitel 2.2.5.1 erkennbar, erreichten RTW in dieser Analyse den Notfallort in den Fällen, bei denen RTW und notarztbesetztes Rettungsmittel nicht zeitgleich eintrafen, deutlich häufiger vor notarztbesetzten Rettungsmitteln. Zu erwarten wäre demnach eine deutlich häufigere Dokumentation des Beginns der Wiederbelebensmaßnahmen durch die Besatzung des RTW als durch das NA-Rettungsmittel. Die Grafik zeigt allerdings eine scheinbar andere Situation. Ob es sich hier um Fehldokumentationen oder um andere Probleme wie beispielsweise eine nicht zeitnahe Aktualisierung der von der Exportproblematik betroffenen Dokumentationssysteme handelt, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

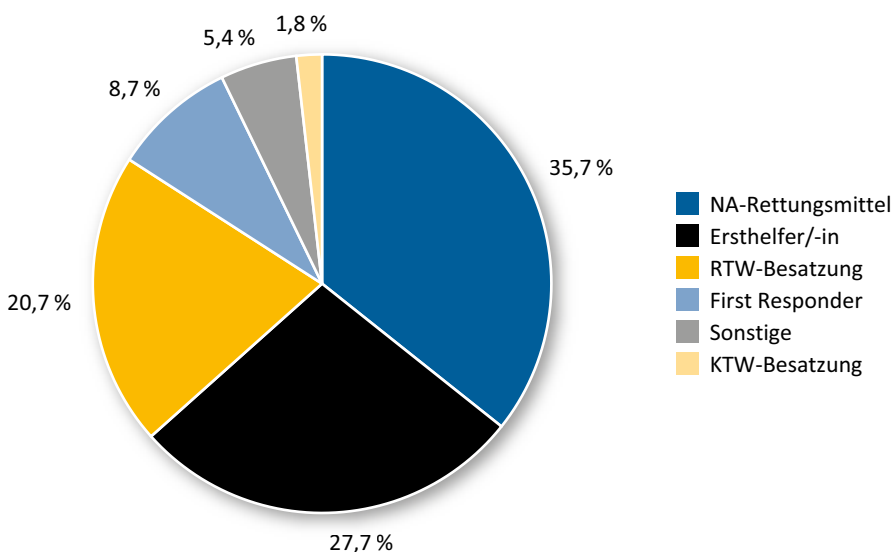


Abbildung 143: Beginn der Herzdruckmassage

Die Kapnometrie dient bei der Reanimation nicht nur zur Überprüfung der korrekten Lage einer invasiven Atemwegssicherung, sondern hilft auch dabei, die Qualität der Wiederbelebungsmaßnahmen und die Rückkehr des Spontankreislaufs zu beurteilen. Daher wird in den nationalen und internationalen Empfehlungen zur Herz-Lungen-Wiederbelebung die Kapnometrie bei der Reanimation empfohlen. Das Ergebnis des Indikators **Kapnografie bei Reanimation** hat sich auf Landesebene nochmals um etwas mehr als 5 % verbessert, einhergehend damit zeigte sich ebenfalls ein Rückgang der teilweise hohen Ergebnisdifferenzen zwischen den einzelnen Rettungsdienstbereichen (siehe Abbildung 121). Bei der Interpretation dieser Ergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass durch eine Änderung der Definition der Grundgesamtheit eine unmittelbare Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr nicht gegeben ist. Auffällig ist nach wie vor eine relevante Anzahl an Reanimationen, bei denen anhand der Dokumentation weder eine Atemwegssicherung noch eine Maskenbeatmung durchgeführt wurde. Um Fälle auszuschließen, bei denen beispielsweise eine einmalige Defibrillation bereits zum ROSC geführt hat und dadurch keine Beatmung erforderlich war, wurde die Definition der Grundgesamtheit für diesen Indikator angepasst. Seit dem Datenjahr 2025 werden nur noch Fälle mit Hinweisen auf eine durchgeführte Beatmung eingeschlossen (Atemwegssicherung, etCO₂-Wert oder maschinelle/kontrollierte Beatmung dokumentiert). Konstellationen von Reanimationen mit Hinweis auf Beatmung ohne Dokumentation einer Maskenbeatmung oder Atemwegssicherung machen eine unvollständige Dokumentation sehr wahrscheinlich. In Subgruppenanalysen zeigte sich kein Unterschied in der Anwendungshäufigkeit einer Kapnometrie zwischen Fällen, bei denen bei Krankenhausaufnahme bereits ein Spontankreislauf (ROSC) wiederhergestellt werden konnte, und solchen, bei denen bei Krankenhausaufnahme die Wiederbelebung noch fortgesetzt wurde. Bei der in Tabelle 50 festgestellten kleinen Gruppe von Fällen mit Tod an der Einsatzstelle gab es starke Hinweise auf eine inkonsistente Dokumentation, da Fälle ohne durchgeführten Transport bei diesem Indikator nicht in die Auswertung eingeschlossen wurden.

In 2025 zeigten 33,8 % der reanimierten Patientinnen und Patienten einen **Spontankreislauf (ROSC) bei Klinikaufnahme**, das Ergebnis lag somit 1 % unter dem Vorjahreswert (siehe Abbildung 123). Die Zahlen aus Baden-Württemberg korrespondieren mit den Ergebnissen vieler internationaler Studien: Die Erfolgsquoten einer Wiederbelebung unterschieden sich signifikant in Abhängigkeit vom ersten Herzrhythmus, mit dem die Personen mit einem Herz-Kreislauf-Stillstand angetroffen wurden. Ebenfalls übereinstimmend mit den Studienergebnissen zeigte sich bei initial vorliegendem Kammerflimmern die höchste Chance auf eine Klinikaufnahme mit ROSC (57,5 %), während diese bei der pulslosen elektrischen Aktivität (36,0 %) und Asystolie (14,4 %) deutlich geringer war.

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung von Baden-Württemberg lag die Inzidenz für einen Herz-Kreislauf-Stillstand bei 141 Fällen pro 100.000 Einwohnende (siehe Abbildung 144) und die Reanimationsquote bei 61 pro 100.000 Einwohnende, also bei knapp 43 %. Verglichen mit dem Vorjahr ist die auf die Bevölkerungszahl bezogene Reanimationsquote daher fast gleich geblieben. Die Inzidenz erreichter Spontankreisläufe ist mit 21 pro 100.000 Einwohnende erneut minimal gesunken (-1 pro 100.000). Dabei fallen beachtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Rettungsdienstbereichen auf. Der Unterschied zwischen dem Rettungsdienstbereich mit der höchsten (202) und der geringsten Inzidenz (88) an Herz-Kreislauf-Stillständen beträgt 114, aber auch hier muss berücksichtigt werden, dass es sich um seltene Ereignisse handelt. Gleiches gilt für die unterschiedlichen Inzidenzen für begonnene Reanimationsmaßnahmen, die zwischen den einzelnen Rettungsdienstbereichen zwischen 27 % und 56 % lagen. Ebenfalls zeigten sich Unterschiede im Hinblick auf den Reanimationserfolg gemessen an einem Spontankreislauf bei Klinikaufnahme (siehe Abbildung 123). Die Erfolgsquote des Rettungsdienstbereiches mit dem höchsten Wert (43 %) lag doppelt so hoch wie diejenige des Rettungsdienstbereiches mit dem geringsten Wert (21 %). Eine eindeutige Einordnung dieser Ergebnisse war aufgrund vielfältiger Faktoren, die den Erfolg einer Reanimation beeinflussen können, nicht möglich. Immerhin sprach eine höhere Reanimationsquote in dem Rettungsdienstbereich mit dem höheren Reanimationserfolg dagegen, dass hier eine strengere Patientenselektion hinsichtlich des Beginns von Reanimationsmaßnahmen die Ursache für das günstigere Ergebnis darstellte.

Nach wie vor gilt, dass das Ergebnis dieses Indikators durch den Rettungsdienst nur bedingt beeinflusst werden kann, da es maßgeblich von diversen äußeren Umständen (z. B. therapiefreies Intervall, Laienreanimation, beobachteter versus unbeobachteter Herz-Kreislauf-Stillstand) und patientenseitigen Faktoren (z. B. Alter, Vorerkrankungen) abhängt.

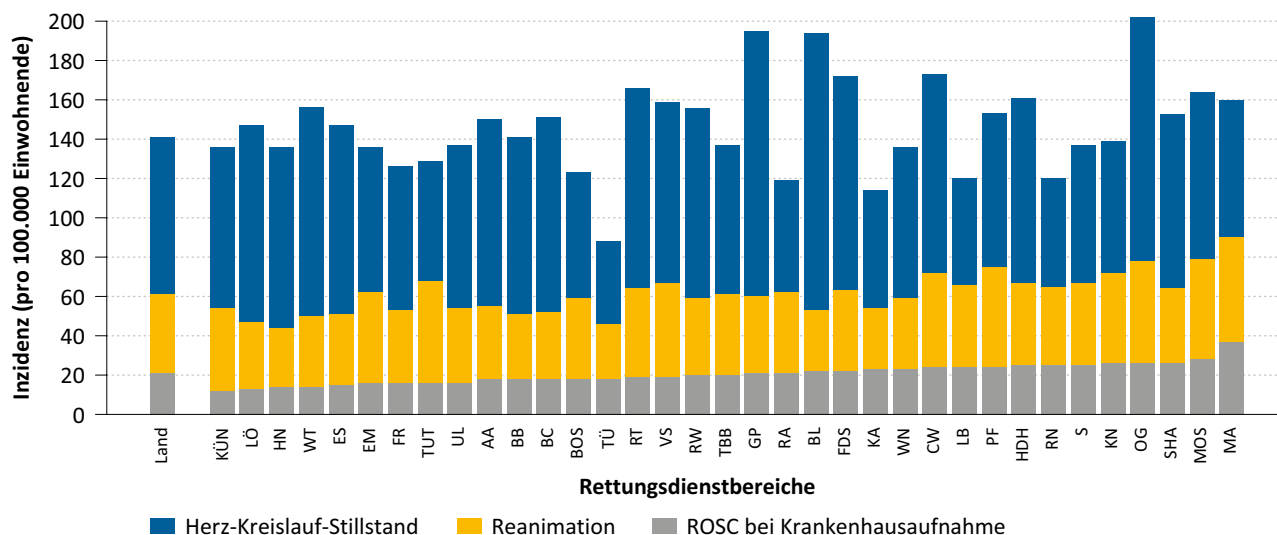


Abbildung 144: Inzidenz Herz-Kreislauf-Stillstand/Reanimation/ROSC

Von allen Tracerdiagnosen war der Anteil einer **Prähospitalzeit unter einer Stunde** beim Herz-Kreislauf-Stillstand am geringsten. Dies erklärt sich durch die in der Regel aufwendigen Vor-Ort-Maßnahmen, die bei einer Herz-Lungen-Wiederbelebung durchgeführt werden müssen. Eine Strategie eines schnellen Transports in ein Krankenhaus ohne jegliche Behandlung vor Ort würde die Prognose bei einem Herz-Kreislauf-Stillstand verschlechtern, daher ist es sinnvoll, längere **Prähospitalzeiten** in Kauf zu nehmen. Trotzdem darf das Ziel einer schnellen Klinikaufnahme nicht aus den Augen gelassen werden. Auch in 2025 wurde das Indikatorziel in nur 37 % der Einsätze erreicht, das Ergebnis lag damit um 0,4 % über dem Vorjahreswert. Trotzdem war die Varianz zwischen den einzelnen Rettungsdienstbereichen sehr ausgeprägt (siehe Abbildung 125). Eine mögliche Ursache niedriger Ergebnisse mancher Rettungsdienstbereiche könnte eine sehr hohe Anzahl an Transporten von Reanimationsfällen in Zielkliniken außerhalb des Rettungsdienstbereiches sein. Da beim Herz-Kreislauf-Stillstand ein notarztbesetztes Rettungsmittel überwiegend bereits initial zum Einsatz kommt, waren die Auswirkungen von Nachforderungen hier im Vergleich zu den anderen Tracerdiagnosen in Bezug auf die jeweiligen Grundgesamtheiten der betroffenen Patientinnen und Patienten geringer (siehe Tabellen 51 und 52). Eine **Klinikanmeldung** erfolgte in 96,7 % aller Transporte.

2.5.19.7 Schmerzreduktion

Beim Indikator **Schmerzreduktion** musste auch 2025 aufgrund des weiterhin bestehenden Exportfehlers bei Einsätzen mit Notarztbeteiligung die Indikatorberechnung auf Fälle mit notärztlicher Transportbegleitung eingeschränkt werden. Außerdem wurden aufgrund geänderter Leitlinien-Empfehlungen zur Analgesie bei ACS/STEMI Fälle mit diesen Diagnosen für das Datenjahr 2025 erstmals aus der Grundgesamtheit ausgeschlossen, was beim notärztlichen Indikator fast zu einer Halbierung der Grundgesamtheit geführt hat. Dennoch ließ sich wie im Vorjahr bei Einsätzen mit notärztlicher Beteiligung nur noch eine geringe Bewegung des Ergebnisses (-0,3 %) und erneut eine deutliche Ergebnissteigerung bei Einsätzen ohne Notarztbeteiligung (+8,8 %) erkennen. Die Steigerung war nicht mehr ganz so deutlich wie in den Vorjahren seit 2022, zeigt aber, dass die zunehmende Umsetzung der Kompetenzregelungen für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter und die für diesen Personenkreis erweiterte Anwendbarkeit unterschiedlicher Analgetika ihre Wirkung weiterhin entfalten. Dies wird mutmaßlich auch in den kommenden Jahren noch der Fall sein. Wie in den Vorjahren fand sich eine gewisse Ab-

hängigkeit der Schmerzbehandlung von der initial geäußerten Schmerzintensität der Patientinnen und Patienten: Je stärker diese ausgeprägt war, umso suffizienter war die analgetische Behandlung. Dies gilt für Einsätze mit und ohne Notarztbeteiligung. In beiden Gruppen zeigte sich außerdem, dass Schmerzlinderung auch ohne Verabreichung von Analgetika möglich war. Der Effekt war geringer ausgeprägt als bei Verabreichung von Medikamenten, aber trotzdem vorhanden. Lagerungen und Schienungen sind Maßnahmen, die hier potenziell zur Schmerzlinderung beitragen könnten. Dass der Effekt bei notärztlicher Beteiligung deutlich stärker ausgeprägt war als bei Einsätzen ohne Anwesenheit notärztlichen Personals, war jedoch wenig plausibel.

Abbildung 145 zeigt die Zusammenfassung der Indikatorergebnisse für die einzelnen Rettungsdienstbereiche in Form von Rangsummen (der Rettungsdienstbereich mit dem rechnerisch besten Ergebnis hat den höchsten Punktwert). Die bei den anderen Rangsummengrafiken dargestellten Veränderungen gegenüber dem Vorjahr – jeweils ausgedrückt durch farbige Zahlen unterhalb der Kennzeichnungen der Rettungsdienstbereiche – entfallen für diese Tracerdiagnose, da aufgrund der Indikatorüberarbeitung eine unmittelbare Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr nicht gegeben ist.

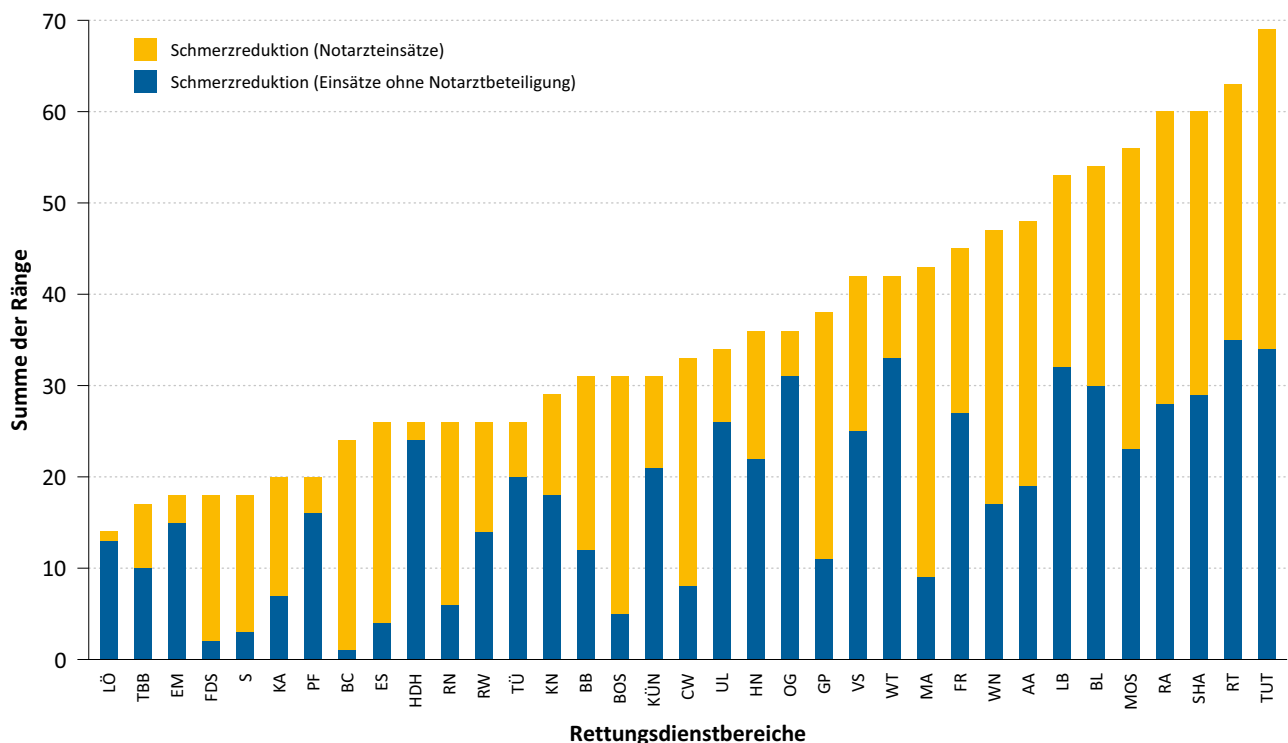


Abbildung 145: Versorgung und Transport: Schmerzreduktion – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche

Kapitel 3

Gestuftes Dialog

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg

3.1 Allgemeine Informationen

Die SQR-BW hat den Auftrag, durch ihre Arbeit einen Beitrag zur Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung der Qualität im Rettungsdienst von Baden-Württemberg zu leisten. Um die rechnerisch ermittelten Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bewerten zu können und Qualitätsmängel letztendlich als solche zu erkennen, muss auffälligen Ergebnissen nachgegangen werden. An dieser Stelle greifen also externe Qualitätssicherung und (standortbezogenes) internes Qualitätsmanagement ineinander. Die Betrachtung der rechnerischen Ergebnisse im Kontext der Gegebenheiten vor Ort, der Datenerhebung sowie der Original-Dokumentation ist daher ein essenzieller Schritt in diesem Zusammenspiel. Hierzu führt die SQR-BW im Auftrag des baden-württembergischen Landesausschusses für den Rettungsdienst den Gestuften Dialog durch. In diesem Verfahren sollen Erkenntnisse über die Ursachen für rechnerisch auffällige Ergebnisse gewonnen sowie – unter Einbindung von Fachexpertinnen und Fachexperten – gezielte Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeleitet werden.

Die Rechenregeln der Qualitätsindikatoren im Gestuften Dialog werden jährlich überprüft und bei Bedarf angepasst. Aus dem Verfahren gewonnene Erkenntnisse fließen regelmäßig in die Re-Evaluation der Indikatoren und in die Gremienbefassung auf Landesebene ein.

3.1.1 Referenzbereich und Auslösung des Gestuften Dialogs

Referenzbereiche dienen der Identifizierung rechnerisch auffälliger Ergebnisse und werden gemeinsam mit den Fachgruppen und dem Beirat der SQR-BW festgelegt. Sie werden im jeweiligen Datenblatt (zu finden unter der Rubrik Indikatoren auf www.sqrbw.de) sowie in der Darstellung der Auswertungsergebnisse in Kapitel 2 angegeben. Indikatorergebnisse innerhalb des Referenzbereichs werden im Verfahren als unauffällig gewertet. Ergebnisse, die außerhalb des Referenzbereichs liegen, lösen den Gestuften Dialog aus. Zur Definition der Referenzbereiche wurden anfänglich die Landeswerte der jeweiligen Indikatoren herangezogen (bei zeitbasierten Indikatoren im Median). Abweichend hiervon gelten seit dem Gestuften Dialog 2023 für die **Ausrückzeit** bodengebundener Rettungsmittel die Planwerte aus dem Rettungsdienstplan als Referenzbereiche (NA: Median ≤ 90 Sekunden, RTW: Median ≤ 60 Sekunden). Ab dem Gestuften Dialog 2024 gilt auch für die **Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen** die Vorgabe aus dem Rettungsdienstplan als Referenzbereich (90. Perzentil ≤ 15 Sekunden). Für den Indikator **Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** wurde im Gestuften Dialog 2024 erstmals ein fester Referenzbereich von ≥ 90 % definiert, um das Verfahren hinsichtlich eines ggf. sinkenden Landeswerts auch für die Zukunft robust zu gestalten. Dieser feste Referenzbereich greift, wenn der Landeswert unter 90 % absinkt. Liegt der Landeswert jedoch über 90 %, dann orientiert sich der Referenzbereich am Landeswert.

Auffällige Werte bei der **Vollzähligkeit** führen in Abhängigkeit der Vorjahresergebnisse und -erkenntnisse nicht zwangsläufig zur Anforderung einer Stellungnahme, sondern nur dann, wenn neue Erkenntnisse zu erwarten sind (z. B. bei einer deutlichen Änderung der **Vollzähligkeit** mit bislang unbekannter Ursache). Seit dem Datenjahr 2023 liegt der Referenzbereich zwischen 90 % und 110 %. Seit dem Datenjahr 2024 werden organisatorische Aufträge (z. B. Pausendatensätze, Desinfektionen) in Form einer Adjustierung berücksichtigt, d. h. diese Fälle werden für die Anforderung von Stellungnahmen nicht herangezogen.

3.1.2 Statistische Berechnungen

Die Berechnung der Indikatoregebnisse erfolgt nach den auf dem jeweiligen Datenblatt veröffentlichten Regeln. Im Falle einer Abweichung des Ergebnisses vom Referenzbereich wird diese bei ratenbasierten Indikatoren 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 Indikatoregebnis und α das Signifikanzniveau darstellt.

Liegt das 95 %-Konfidenzintervall vollständig außerhalb des indicatorspezifischen Referenzbereichs, ist die Abweichung statistisch signifikant.

3.1.3 Adjustierung

Es gibt Faktoren, die das rettungsdienstliche Personal nicht beeinflussen kann. Solche Faktoren können dazu führen, dass bestimmte Anforderungen eines Qualitätsindikators in einzelnen Fällen aus nachvollziehbaren Gründen nicht erfüllt werden. Ziel der Adjustierung ist es, diese Einflussfaktoren bei der Anforderung von Stellungnahmen zu berücksichtigen, sofern sie aus den übermittelten Daten erkennbar sind. 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 Indikatoregebnis berechnet. Das adjustierte Ergebnis bildet dann die Entscheidungsgrundlage zur Anforderung von Stellungnahmen.

3.1.4 Ablauf und Zeitplan des Gestuften Dialogs

Die Datenentgegennahme für die Erstellung von Auswertungen durch die SQR-BW endet auf Beschluss des Landesausschusses für den Rettungsdienst (vom November 2019 – zukünftig entsprechend der Regularien des § 10 Absatz 2 der Rettungsdienstplanverordnung) am 15. des Folgemonats nach Ende des Auswertungszeitraums (Ausschlussfrist). Für die Jahresauswertung bedeutet das also eine Datenlieferung bis Mitte Januar des Folgejahres. Darauf folgen Datenprüfung, Aufbereitung und Auswertung.

Im Anschluss hieran werden Stellungnahmen angefordert, diese dann bewertet und überwiegend in Sitzungen der jeweiligen Fachgruppen beraten. Beratungsgespräche erfolgen im 4. Quartal, sodass der Gestufte Dialog bis zum Ende des auf die Datenerhebung folgenden Jahres abgeschlossen sein sollte. Das Jahr der Datenerfassung und der darauf basierende Gestufte Dialog haben daher immer einen Zeitversatz von etwa einem Jahr. Die Angabe der Jahreszahl hinter dem Begriff Gestufter Dialog bezeichnet dabei das Datenjahr, dessen Ergebnisse im Gestuften Dialog diskutiert werden, der Dialog selbst findet aber erst im Folgejahr statt (der Gestufte Dialog 2024 ist der Dialog, der in 2025 geführt wird und sich auf die Ergebnisse des Datenjahres 2024 bezieht).

Bei Ergebnissen von Indikatoren mit notärztlicher Verantwortung sind die ärztlichen Standortleitungen primäre Ansprechpersonen. Bei Notarztstandorten, die einem Krankenhausträger angegliedert sind, wird zusätzlich die Krankenhausgeschäftsführung einbezogen. Für Ergebnisse von Indikatoren der Rettungswachen sind die Rettungsdienstleitungen primäre Ansprechpersonen. Darüber hinaus werden auch die Landesverbände der jeweiligen Hilfsorganisationen einbezogen. Für Ergebnisse, die vorrangig durch den Bereichsausschuss beeinflusst werden können, werden die Geschäftsstellen der Bereichsausschüsse primär adressiert.

Bei Ergebnissen von Indikatoren mit Verantwortung im Bereich der Leitstellen sind es deren Leitung sowie die Ärztlichen Leiterinnen und Leiter Rettungsdienst des jeweiligen Regierungspräsidiums als Fachaufsicht der Leitstellen. Zudem wird auch der entsprechende DRK-Landesverband informiert, der rettungsdienstlicher Träger der jeweiligen Leitstelle ist.

Liegen die Ergebnisse eines Standorts oder einer Leitstelle außerhalb des Referenzbereichs (rechnerische Auffälligkeit), löst dies den Gestuften Dialog aus und zieht mindestens einen schriftlichen Hinweis nach sich. Da rechnerische Auffälligkeiten nicht zwangsläufig bedeuten, dass ein Qualitätsdefizit (qualitative Auffälligkeit) vorliegt, sondern dazu dienen, die Aufmerksamkeit auf ein möglicherweise vorliegendes Qualitätsdefizit zu lenken, ist bei rechnerisch besonders auffälliger und/oder statistisch signifikanter Abweichung (ggf. nach Adjustierung) eine Überprüfung der Ursachen bzw. des tatsächlichen Einsatzgeschehens und eine Rückmeldung an die SQR-BW in Form einer schriftlichen Stellungnahme durch die jeweiligen Beteiligten am Rettungsdienst vorgesehen. Indikatorspezifische Details zur Auslösung des Gestuften Dialogs sind in der Infothek auf www.sqrbw.de zu finden. Unter Berücksichtigung von Vorjahresergebnissen kann hiervon im Einzelfall abgewichen werden. Nach Vorgabe des baden-württembergischen Landesausschusses für den Rettungsdienst werden innerhalb von vier Wochen nach Anforderung eingegangene Stellungnahmen zur Bewertung herangezogen. Sind die Stellungnahmen nicht schlüssig, kann eine Ergänzung angefordert werden, welche innerhalb von weiteren zwei Wochen vorliegen muss.

Die Meldungen im Rahmen des Gestuften Dialogs erhalten die Standortverantwortlichen gegen Ende der ersten Jahreshälfte. Standortverantwortliche können diese Informationen sowie die bereits unterjährig zur Verfügung gestellten Auswertungen nutzen, um mit der Ursachenforschung auffälliger Ergebnisse zu beginnen und ggf. Maßnahmen zur Behebung vorhandener Probleme einzuleiten. Die Maßnahmen können damit bereits für die zweite Jahreshälfte des auf die Datenerhebung folgenden Jahres Auswirkungen auf die Ergebnisse auffälliger Indikatoren entfalten. Daher lässt sich immer wieder beobachten, dass der Gestufte Dialog bereits in dem Jahr, in dem die Kommunikation mit den Standorten stattfindet, zu Verbesserungen der Ergebnisse führt.

Auf Grundlage der abgegebenen Stellungnahmen, zugehöriger Indikatorergebnisse, Vorjahresergebnisse und ggf. weiterer Indikatoren entscheiden die Fachgruppen über die Notwendigkeit einer schriftlichen Zielvereinbarung oder eines Beratungsgespräches oder darüber, ob der Gestufte Dialog abgeschlossen werden kann. Diese Bewertung erfolgt in anonymer Form – die Fachgruppenmitglieder wissen also nicht, wessen Stellungnahme sie bewerten. Die Umsetzung von Zielvereinbarungen wird nach Ablauf des festgelegten Zeitraums überprüft.

Bei Abschluss des Gestuften Dialogs wird jedem auffälligen Indikatorergebnis ein Abschlusscode zugewiesen. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse des Gestuften Dialogs wird in den jährlich erscheinenden Qualitätsbericht des auf die Datenerhebung folgenden Jahres aufgenommen sowie dem Beirat der SQR-BW, dem Landesausschuss für den Rettungsdienst und ggf. den Bereichsausschüssen vorgelegt. Außerdem werden im Gestuften Dialog identifizierte Auffälligkeiten der Organisations- und Strukturqualität, die nicht auf Standortebene gelöst werden können, an die zuständigen Bereichsausschüsse adressiert und/oder den zuständigen Gremien auf Landesebene berichtet.

3.2 Ergebnisse Gestufter Dialog 2024

Für das Datenjahr 2024 wurden neben der **Vollzähligkeit** der Datenlieferung (Notarztstandorte und Rettungswachen) folgende Indikatoren in den Gestuften Dialog einbezogen:

für Leitstellen:

- Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle
- Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen

für Notarztstandorte:

- Ausrückzeit (bodengebundene notarztbesetzte Rettungsmittel, erstmalig auch Luftrettung)
- Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten
- Primärer Transport ST-Hebungsinfarkt: Klinik mit PCI
- Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum
- Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit
- Schmerzreduktion

für Rettungswachen:

- Ausrückzeit
- Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit

Bei Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse in der Vergangenheit bereits im Gestuften Dialog bewertet wurden, werden Vorjahresergebnisse berücksichtigt. Abhängig vom Ausmaß der Veränderung kann bei Ergebnisverbesserung auf die Anforderung von Stellungnahmen verzichtet werden, bei Ergebnisverschlechterung können hingegen auch zusätzliche Stellungnahmen angefordert werden (anstatt eines erneuten Hinweises).

3.2.1 Gestufter Dialog mit Notarztstandorten

Für insgesamt 201 Notarztstandorte wurde der Gestufte Dialog eröffnet. Davon erhielten 120 Standorte lediglich Hinweise, von 81 wurde mindestens eine Stellungnahme zu auffälligen Indikatorergebnissen angefordert.

3.2.1.1 Notärztliche Indikatoren zur Versorgungsqualität

In 334 eröffneten Dialogen zur notärztlichen Versorgungsqualität (ohne **Ausrückzeit** und **Vollzähligkeit**) wurden insgesamt 58 Stellungnahmen angefordert, 57 Stellungnahmen sind eingegangen und konnten bewertet werden. Ein Standort war zwischenzeitlich geschlossen worden und hat daher keine Stellungnahme abgegeben.

Für die Indikatoren **Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten**, **Primärer Transport ST-Hebungsinfarkt: Klinik mit PCI**, **Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum** und **Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit** wurden vor der Anforderung von Stellungnahmen bereits bekannte Einflussfaktoren berücksichtigt, die das notärztliche Personal nicht beeinflussen kann (Adjustierung). Mit vier Standorten wurden in fünf Dialogen fünf Zielvereinbarungen geschlossen, mit Verantwortlichen von drei Standorten wurde ein Beratungsgespräch geführt, bei zwei der Gespräche hat neben der notärztlichen Standortleitung auch die Klinikgeschäftsführung teilgenommen.

Die acht Notarztstandorte Abtsgmünd, Christoph 53 (Mannheim), Ditzingen, Heidelberg-Schlierbach, Mannheim-Nord, Schönaich, Vellberg und Wildberg hatten bei allen Indikatoren, die in das Verfahren des Gestuften Dialogs 2024 einbezogen waren, rechnerisch unauffällige Ergebnisse.

Für das Datenjahr 2024 lag der Anteil der Dialoge mit Hinweisen auf Dokumentationsmängel bei 46,5 %, Hinweise auf Qualitätsmängel zeigten sich in 41,4 % der bewerteten Stellungnahmen. In 12,1 % wurde die Qualität trotz rechnerisch auffälligem Indikatorendergebnis als unauffällig bewertet (siehe Abbildung 146).

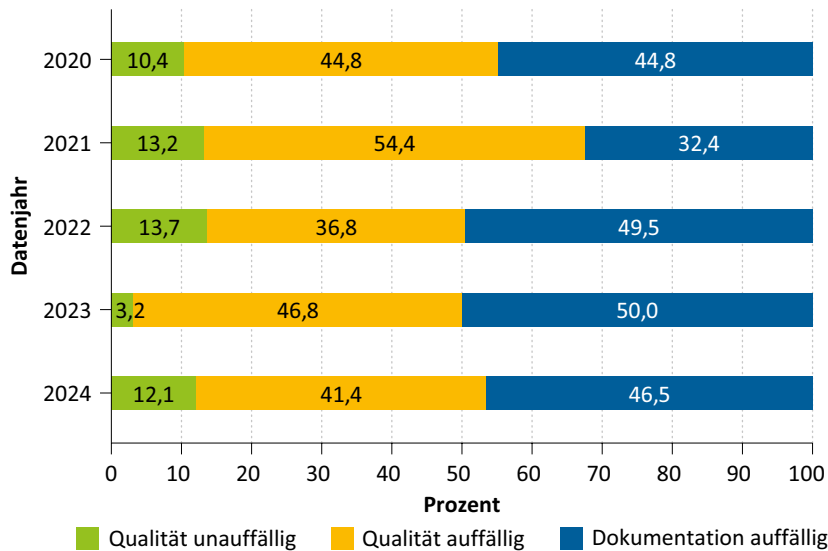


Abbildung 146: Bewertete Stellungnahmen 2020 bis 2024: Ergebnisse nach Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten – Notarztstandorte

Der Anteil auffälliger Dokumentationsqualität war im Vergleich zum Vorjahr geringfügig gesunken, bewegte sich damit aber noch auf hohem Niveau. In den Datenjahren 2023 und 2024 war bei Dialogen mit auffälliger Dokumentationsqualität die falsche Datenerfassung/Dokumentation deutlich häufiger verantwortlich als die im Datenjahr 2022 noch dominierenden Softwarefehler. Bei der Interpretation dieser Verteilung muss jedoch Folgendes berücksichtigt werden: Im Gestuften Dialog 2022 wurden relativ häufig Softwarefehler als Ursache für die rechnerische Auffälligkeit identifiziert. Diese Softwarefehler persistierten teilweise auch für die Datenjahre 2023 und 2024. Bei manchen Indikatoren konnte durch Anpassung der Rechenregeln bzw. Einschränkung der Grundgesamtheit die Validität der Ergebnisse erhöht werden. Wo dies nicht möglich war, erfolgte die Aussetzung des Gestuften Dialogs, da aufgrund der Softwarefehler hieraus keine neuen Erkenntnisse zu erwarten waren.

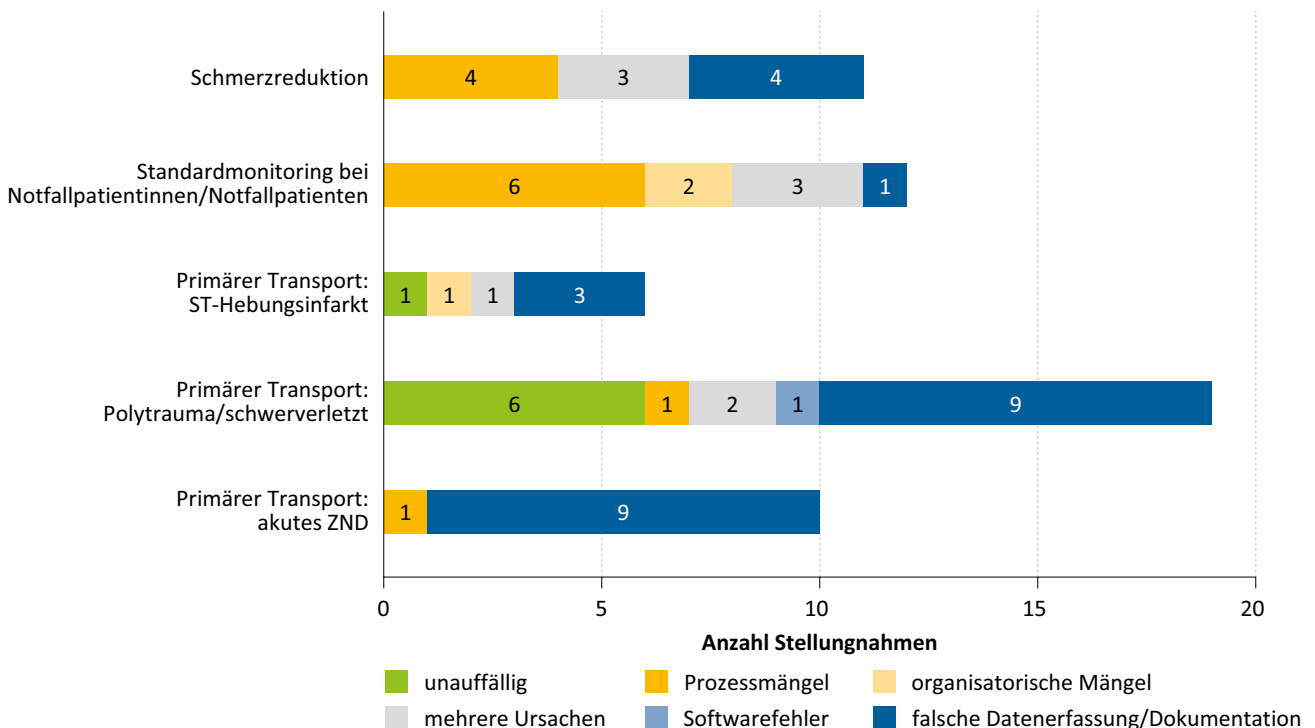


Abbildung 147: Anzahl und Bewertung der Stellungnahmen 2024 pro Indikator – Notarztstandorte

Abbildung 147 zeigt, dass eine falsche Datenerfassung und/oder falsche Dokumentation am häufigsten die Transportziel-Indikatoren betraf, vor allem beim **akuten zentral-neurologischen Defizit** stehen die Dokumentationsmängel deutlich im Vordergrund. Beim Indikator **Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** wurden dagegen überwiegend Prozessmängel festgestellt. Softwarefehler wurden nur noch beim Indikator **Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum** als ursächlich identifiziert. Wie oben bereits erwähnt waren die in den Gestuften Dialogen der Vorjahre festgestellten Softwarefehler leider auch im Datenjahr 2024 noch nicht vollständig behoben, weshalb bei den Transportziel-Indikatoren und dem Indikator **Schmerzreduktion** weiterhin nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport in die Berechnung eingeschlossen werden konnten und der Gestufte Dialog für die besonders von Softwarefehlern beeinflussten Indikatoren **Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung** und **Kapnometrie bei Atemwegssicherung** weiterhin pausiert werden musste. Beim Indikator **Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum** fällt die hohe Zahl der als unauffällig bewerteten Dialoge auf. Dies ist auf die bei diesem Indikator meist geringen Fallzahlen und ein in Einzelfällen begründetes abweichendes Vorgehen zurückzuführen. Bei neun Dialogen war eine Kombination mehrerer Ursachen identifiziert worden, wobei hier in allen Fällen Prozessmängel und/oder organisatorische Mängel mit Dokumentationsmängeln kombiniert waren.

3.2.1.2 Vollständigkeit der Datenlieferung

Von 15 Notarztstandorten wurden Stellungnahmen zur **Vollständigkeit** der Datenlieferung angefordert und bewertet. In zwei der eingegangenen Stellungnahmen (13 %) wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die auffällige **Vollständigkeit** benannt, sodass hier Zielvereinbarungen zur Ursachenanalyse geschlossen wurden. Bei vier Stellungnahmen (27 %) wurde eine Kombination verschiedener Dokumentationsmängel festgestellt, daher ist die Summe der Prozentangaben höher als 100 %. Am häufigsten war eine falsche Datenerfassung/Dokumentation ursächlich für die auffällige **Vollständigkeit** der Datenlieferung (73 %), darauf folgten mit jeweils 27 % Softwarefehler der Leitstelle und der Einsatzdokumentation. Eine unvollständige Datenerfassung/Dokumentation wurde in 13 % festgestellt.

3.2.1.3 Ausrückzeit bodengebundene Notarztstandorte

Zur **Ausrückzeit** bodengebundener Notarztstandorte wurden 32 Stellungnahmen angefordert. Zwar sind alle angeforderten Stellungnahmen eingegangen, jedoch wurden in drei Stellungnahmen (9 %) keine ausreichend erklärenden Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt, sodass hier organisatorische Zielvereinbarungen zur weiteren Ursachenanalyse erfolgten. Bei sieben Stellungnahmen (22 %) lagen verschiedene Kombinationen mehrerer Ursachen vor, daher ergeben die folgenden Prozentangaben in der Summe mehr als 100 %: Am häufigsten waren – wie schon im Vorjahr – räumliche/bauliche Mängel (47 %) und organisatorische Mängel (38 %) ursächlich für die rechnerische Auffälligkeit, Prozessmängel standen an dritter Stelle (25 %). Deutlich seltener waren dagegen Softwarefehler der Leitstelle (6 %) sowie Strukturmängel (3 %) und technische Mängel (3 %).

3.2.1.4 Ausrückzeit Luftrettungsstationen

Für die **Ausrückzeit** der Luftrettung (Primäreinsätze) wurde der Gestufte Dialog erstmalig für das Datenjahr 2024 durchgeführt, es wurden drei Stellungnahmen angefordert. Die Bewertung der Stellungnahmen zeigte, dass insbesondere bei bereichsübergreifenden Einsätzen die Datenqualität aufgrund verschiedener Faktoren unzureichend und deshalb die Validität der Ergebnisse noch stark eingeschränkt ist. Der Gestufte Dialog wird daher ab dem Datenjahr 2025 zunächst ausgesetzt. Weitere Analysen und Maßnahmen zur Verbesserung der Datenqualität wurden bereits angestoßen.

3.2.1.5 Zielvereinbarungen mit Notarztstandorten

Im Rahmen des Gestuften Dialogs 2024 wurden in zehn Dialogen insgesamt zehn Zielvereinbarungen mit neun Notarztstandorten geschlossen, was etwa dem Vorjahresniveau entspricht. Erstmals wurden auch Zielvereinbarungen zur **Ausrückzeit** und zur **Vollständigkeit** der Datenlieferung geschlossen. Im Gegensatz zu den Vorjahren machten im Gestuften Dialog 2024 Zielvereinbarungen zur Standortorganisation mit Abstand den größten Teil aus (90 %), nur eine Zielvereinbarung betraf die Dokumentationsqualität. Weitere Zielvereinbarungen wie zur Prozessqualität oder zur Protokollprüfung erfolgten nicht.

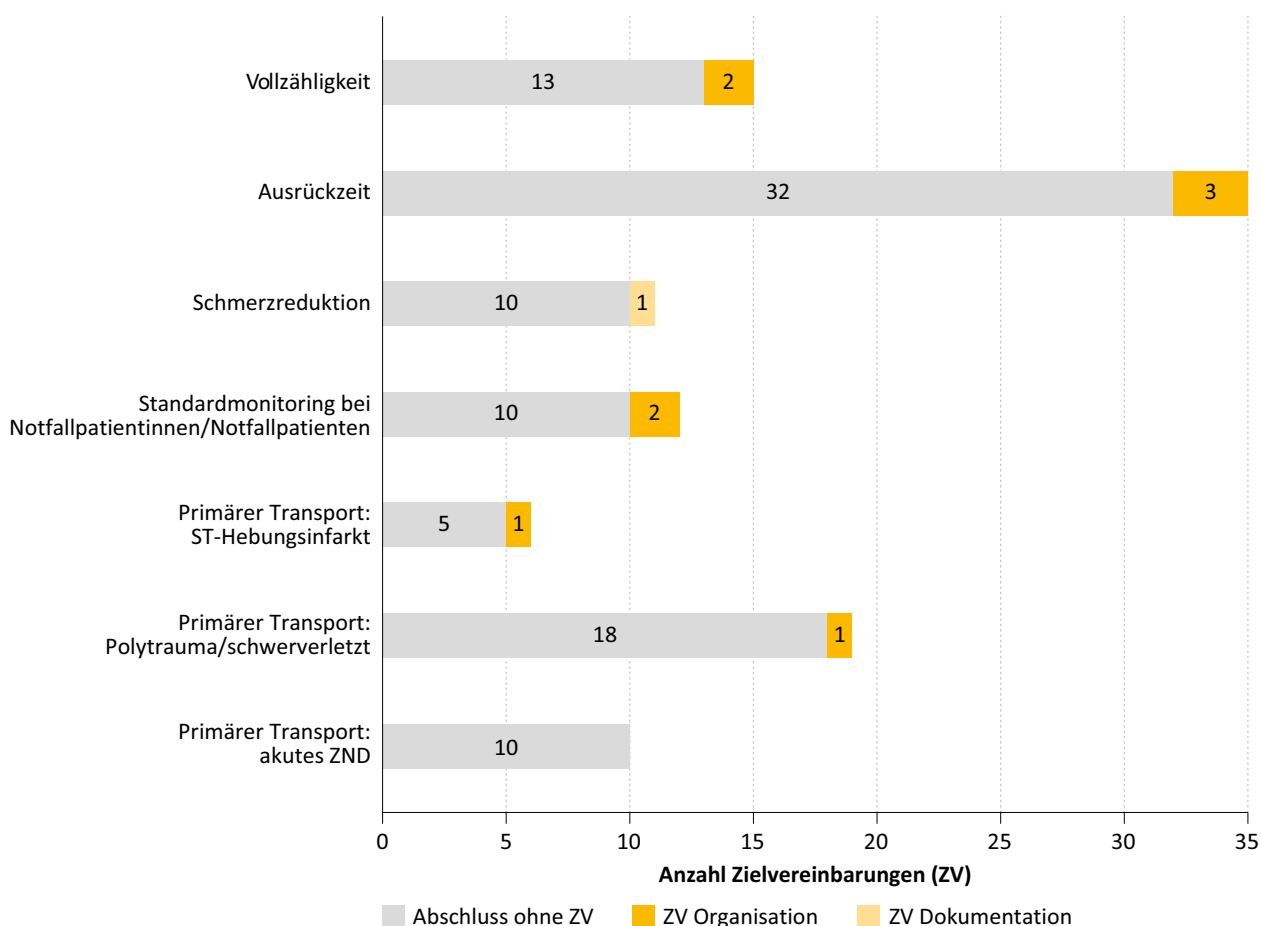


Abbildung 148: Anzahl Dialogabschlüsse und Zielvereinbarungen pro Indikator – Notarztstandorte

Im Vorjahr geschlossene Zielvereinbarungen wurden wie üblich mit besonderer Aufmerksamkeit nachverfolgt: Von den acht Notarztstandorten mit Zielvereinbarungen im Gestuften Dialog 2023 hatte ein Standort in 2024 ein rechnerisch unauffälliges Ergebnis erreicht und somit die Zielvereinbarung umgesetzt, fünf weitere Standorte konnten ihr Ergebnis 2024 im Vergleich zum Vorjahr verbessern. In diesen Fällen wurde nur erneut eine Stellungnahme angefordert, wenn die im Vorjahr geschlossene Zielvereinbarung die Standortorganisation betraf, da sich der Umsetzungsstand dieser Zielvereinbarungen nicht aus dem Indikatorergebnis ableiten lässt. Von zwei Notarztstandorten, deren Ergebnis sich 2024 nicht verbessert hatte, wurden erneut Stellungnahmen zur rechnerischen Auffälligkeit und zum Umsetzungsstand der Zielvereinbarung zur Standortorganisation angefordert. Von den vier Zielvereinbarungen zur Standortorganisation aus dem Gestuften Dialog 2023 waren zwei im Folgejahr erfüllt.

Ein Standort hatte Zielvereinbarungen aus dem Gestuften Dialog 2021 wiederholt nicht erfüllt und wurde daraufhin im Rahmen des Gestuften Dialogs 2024 gegenüber den Gremien benannt.

3.2.2 Gestufter Dialog mit Rettungswachen

Für 291 Rettungswachen wurde der Gestufte Dialog eröffnet, davon erhielten 234 lediglich Hinweise und von 57 wurde eine Stellungnahme angefordert.

3.2.2.1 Rettungsdienstliche Indikatoren zur Versorgungsqualität

Da die bereits seit Jahren bekannten Exportprobleme bei Erstbefunden (Pulsfrequenz wurde als Ersatz bei fehlender Herzfrequenz nicht übermittelt) und dem Blutzuckerwert (Werte aus dem Verlauf wurden nicht exportiert) weiterhin bestehen, musste der Gestufte Dialog für die Indikatoren **Standarderhebung eines Erstbe-**

fundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten und Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung auch für das Datenjahr 2024 erneut pausiert werden. Der Indikator **Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit** war somit der einzige Indikator zur rettungsdienstlichen Versorgungsqualität, für den der Gestufte Dialog 2024 durchgeführt werden konnte. Für diesen Indikator wurden vor der Anforderung von Stellungnahmen bereits bekannte Faktoren berücksichtigt, die das jeweils eingesetzte Personal nicht beeinflussen konnte (Adjustierung). In 85 eröffneten Dialogen wurden 80 Hinweise versandt und fünf Stellungnahmen bewertet. Alle angeforderten Stellungnahmen wurden von den Standorten eingereicht.

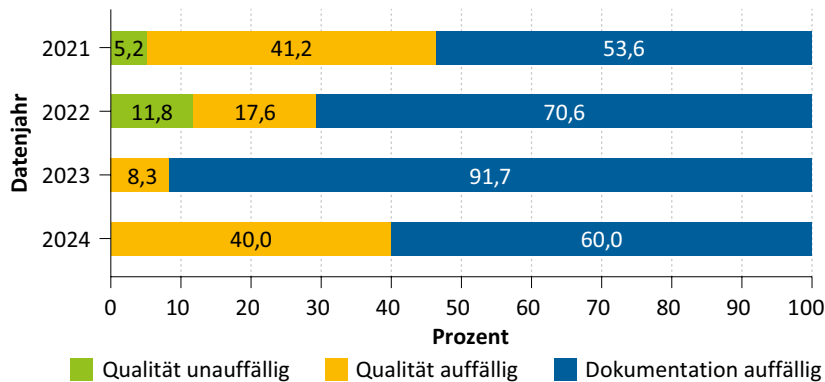


Abbildung 149: Bewertete Stellungnahmen 2021 bis 2024: Ergebnisse nach Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten – Rettungswachen

Abbildung 149 zeigt die Verteilung der bewerteten Stellungnahmen zu Versorgungsindikatoren der Datenjahre 2021 bis 2024. Für die Datenjahre 2023 und 2024 konnte lediglich der Indikator **Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit** in den Gestuften Dialog einbezogen werden. Da deshalb die Gesamtzahl der Stellungnahmen in 2023 und 2024 relativ niedrig war (2023: zwölf Stellungnahmen, 2024: fünf Stellungnahmen) und bei diesem Indikator der Anteil von Dokumentationsmängeln und falsch gepflegten Klinikstammdaten dominiert, ist ein Vergleich mit den Vorjahren nur eingeschränkt möglich. Für das Datenjahr 2024 griff zudem erstmals die Adjustierung, bei der Einsätze mit der Angabe „nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit“ in den Einsatzbesonderheiten für die Anforderung von Stellungnahmen nicht berücksichtigt wurden. Wie aus Abbildung 150 ersichtlich war die häufigste genannte Ursache eine falsche Datenerfassung/Dokumentation, gefolgt von Prozessmängeln – in einer Stellungnahme wurde eine Kombination von Prozessmängeln und falscher Datenerfassung/Dokumentation festgestellt. Nur in einer Stellungnahme wurden Softwarefehler der Einsatzdokumentation als ursächlich identifiziert.

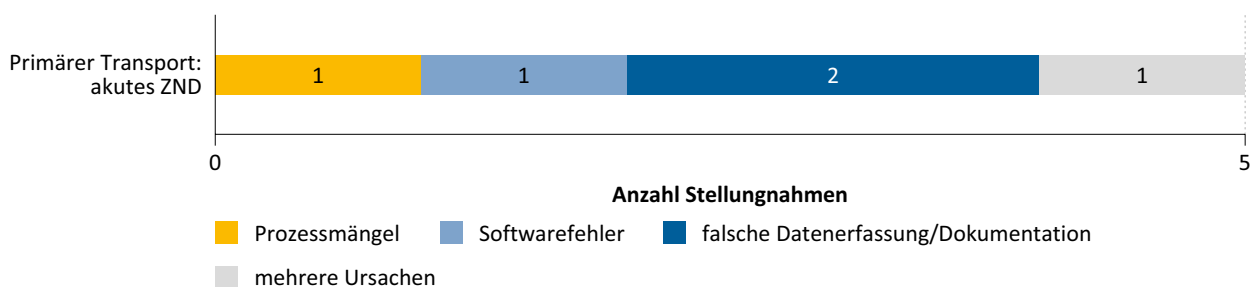


Abbildung 150: Anzahl und Bewertung der Stellungnahmen 2024 – Rettungswachen

3.2.2.2 Vollständigkeit der Datenlieferung (Rettungswachen)

Von 34 Rettungswachen wurden Stellungnahmen zur **Vollständigkeit** der Datenlieferung angefordert. Bei der Hälfte der eingegangenen Stellungnahmen war eine falsche Datenerfassung/Dokumentation ausschlaggebend (z. B. falsche Standortkennung bei Ersatzfahrzeugen oder Ersatz-Dokumentationssystemen). Die zweithäufigste Ursache waren Softwarefehler in der Einsatzdokumentation (24 %), gefolgt von Softwarefehlern der

Leitstelle (15 %). In drei Stellungnahmen (9 %) wurden keine ausreichend erklärenden Gründe für die auffällige **Vollständigkeit** der Datenlieferung, in einer Stellungnahme eine unvollständige Datenlieferung (3 %) genannt.

3.2.2.3 Ausrückzeit Rettungswachen

Für die rechnerische Auffälligkeit bei der **Ausrückzeit** RTW waren wie in den Vorjahren am häufigsten räumliche/bauliche Mängel der Rettungswachen ursächlich (65 %). Mit großem Abstand an zweiter Stelle standen mit 20 % technische Mängel (z. B. verlängerte Alarmlaufzeiten). In jeweils 10 % der Fälle wurden Prozess- oder Strukturmängel festgestellt oder keine ausreichend erklärenden Gründe in der Stellungnahme benannt. Die Summe dieser Prozentangaben ergab mehr als 100 %, da bei sechs Stellungnahmen verschiedene Kombinationen mehrerer Ursachen beschrieben wurden.

3.2.2.4 Zielvereinbarungen mit Rettungswachen

Im Gestuften Dialog 2024 wurden mit fünf Rettungswachen Zielvereinbarungen geschlossen. Diese betrafen ausschließlich die **Ausrückzeit** und die **Vollständigkeit**.

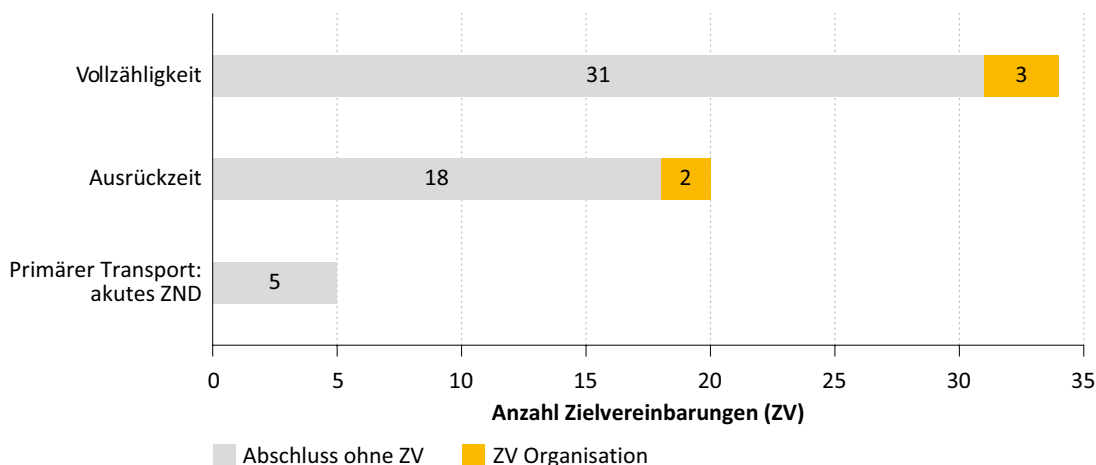


Abbildung 151: Anzahl Dialogabschlüsse und Zielvereinbarungen pro Indikator – Rettungswachen

Im Vorjahr waren mit zwei Standorten Zielvereinbarungen geschlossen worden. Diese waren beide im Folgejahr umgesetzt.

3.2.3 Gestufter Dialog mit Leitstellen

Auch für das Datenjahr 2024 wurde der Gestufte Dialog zu zwei zeitbasierten Indikatoren durchgeführt. Insgesamt wurden von elf Leitstellen Stellungnahmen angefordert, an vier Leitstellen wurden lediglich Hinweise versendet.

Zur **Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen** wurden sieben Stellungnahmen angefordert. Hier von enthielten fünf Stellungnahmen Hinweise auf Strukturmängel und jeweils eine enthielt Hinweise auf organisatorische Mängel bzw. eine Kombination unterschiedlicher Faktoren, wobei auch hier u. a. Strukturmängel angeführt wurden. Insgesamt ergab sich wie in den Vorjahren also ein in erster Linie strukturell geprägtes Bild. Dies wurde vorrangig mit einem Ungleichgewicht zwischen den Kapazitäten zur (Not-)Rufannahme einerseits und dem (Not-)Rufaufkommen andererseits erklärt. Bei manchen Leitstellen war dieses Ungleichgewicht teils innerhalb des betroffenen Jahres bereits schon wieder behoben.

Acht Stellungnahmen wurden zur **Erstbearbeitungszeit** abgegeben. Wie im Vorjahr standen bei vier Leitstellen Prozessmängel im Fokus, bei zwei Leitstellen organisatorische, in einem Fall strukturelle Mängel und in einem weiteren Fall mehrere unterschiedliche Faktoren. Verschiedene Leitstellen haben organisatorische

und strukturelle Anpassungen angekündigt oder bereits durchgeführt, von denen auch Verbesserungen im prozessualen Bereich erwartet werden.

Es fand ein Beratungsgespräch statt.

3.2.3.1 Zielvereinbarungen mit Leitstellen

Mit Leitstellen wurden im Gestuften Dialog 2024 keine Zielvereinbarungen geschlossen. Im Vorjahr, also im Gestuften Dialog 2023, wurde mit einer Leitstelle eine organisationsbezogene Zielvereinbarung geschlossen. Für das Datenjahr 2024 wurde der Referenzwert des von der Zielvereinbarung betroffenen Indikators bereits erreicht.

3.3 Eröffnung Gestufter Dialog 2025

Für das Datenjahr 2025 wurden neben der **Vollzähligkeit** der Datenlieferung (Notarztstandorte und Rettungswachen) folgende Indikatoren in den Gestuften Dialog einbezogen:

für Leitstellen:

- Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle
- Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen

für Notarztstandorte:

- Ausrückzeit (nur bodengebundene Notarztstandorte)
- Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten
- Primärer Transport ST-Hebungsinfarkt: Klinik mit PCI
- Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum
- Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit
- Schmerzreduktion

für Rettungswachen:

- Ausrückzeit
- Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit
- Schmerzreduktion (erstmalig)

Der Gestufte Dialog zur **Ausrückzeit** wird für Luftrettungsstationen pausiert, da aufgrund verschiedener Faktoren insbesondere bei bereichsübergreifenden Einsätzen die Datenqualität unzureichend und dadurch die Validität der Ergebnisse stark eingeschränkt ist.

Auch für die Indikatoren **Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung**, **Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** und **Kapnometrie bei Atemwegssicherung** musste der Gestufte Dialog – wie in den Vorjahren – wegen der weiterhin eingeschränkt validen Datengrundlage (teilweise fehlender Export dokumentierter Werte/Befunde und falscher Export von Airway-Maßnahmen) pausiert werden. Beim Indikator **Standarderhebung eines Erstbefundes bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten** war zudem eine inhaltlich umfassende Überarbeitung erforderlich.

Aufgrund des seit dem Datenjahr 2022 bestehenden Exportfehlers bei optionalen Feldern konnten auch für das Datenjahr 2025 bei den notärztlichen Transportziel-Indikatoren sowie beim notärztlichen Indikator **Schmerzreduktion** nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport eingeschlossen werden (siehe Kapitel 2.1).

Wo es möglich ist, werden bei der Entscheidung über die Anforderung von Stellungnahmen und deren anschließender Bewertung erneut die Vorjahresergebnisse berücksichtigt. Ergänzend hierzu wird für die In-

diktoren **Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten, Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum, Primärer Transport ST-Hebungsinfarkt: Klinik mit PCI und Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit** eine Adjustierung durchgeführt, in die die Erkenntnisse aus den Gestuften Dialogen der Vorjahre mit einfließen.

Abbildung 152 zeigt die Entwicklung der Indikatorergebnisse 2025 in Abhängigkeit vom Status im Gestuften Dialog des Vorjahres für Rettungswachen und Notarztstandorte. Hier zeigt sich, dass sich nach einer Stellungnahme im Gestuften Dialog 2024 die Indikatorergebnisse im Folgejahr durchschnittlich am deutlichsten verbessert haben. Auch nach einem Hinweis kam es bei den meisten Indikatoren durchschnittlich noch zu einer leichten Ergebnisverbesserung im Folgejahr, teilweise jedoch auch zu einer leichten Verschlechterung. Nach einer Zielvereinbarung zur Dokumentation im Gestuften Dialog 2024 zeigte sich ebenfalls eine leichte Verbesserung des Indikatorergebnisses. Standorte, die 2024 rechnerisch unauffällig waren, haben sich hingegen im Folgejahr tendenziell eher verschlechtert. Am deutlichsten war die positive Veränderung zum Vorjahr erneut beim Indikator **Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum** erkennbar, da die Fallzahlen bei diesem Indikator an den meisten Standorten gering sind und sich dadurch Veränderungen statistisch stark auswirken.

Zielvereinbarungen werden erst zum Abschluss des Verfahrens am Ende des auf das Datenjahr des Gestuften Dialogs folgenden Jahres geschlossen. Daher können sich lediglich bereits im Vorfeld getroffene Maßnahmen, die infolge des eingeleiteten Gestuften Dialogs deutlich vor der Zielvereinbarung initiiert wurden, auf das Ergebnis noch innerhalb des gleichen Kalenderjahres auswirken. Es ist jedoch zu erwarten, dass die Zielvereinbarungen im übernächsten Jahr zu einer Ergebnisverbesserung führen.

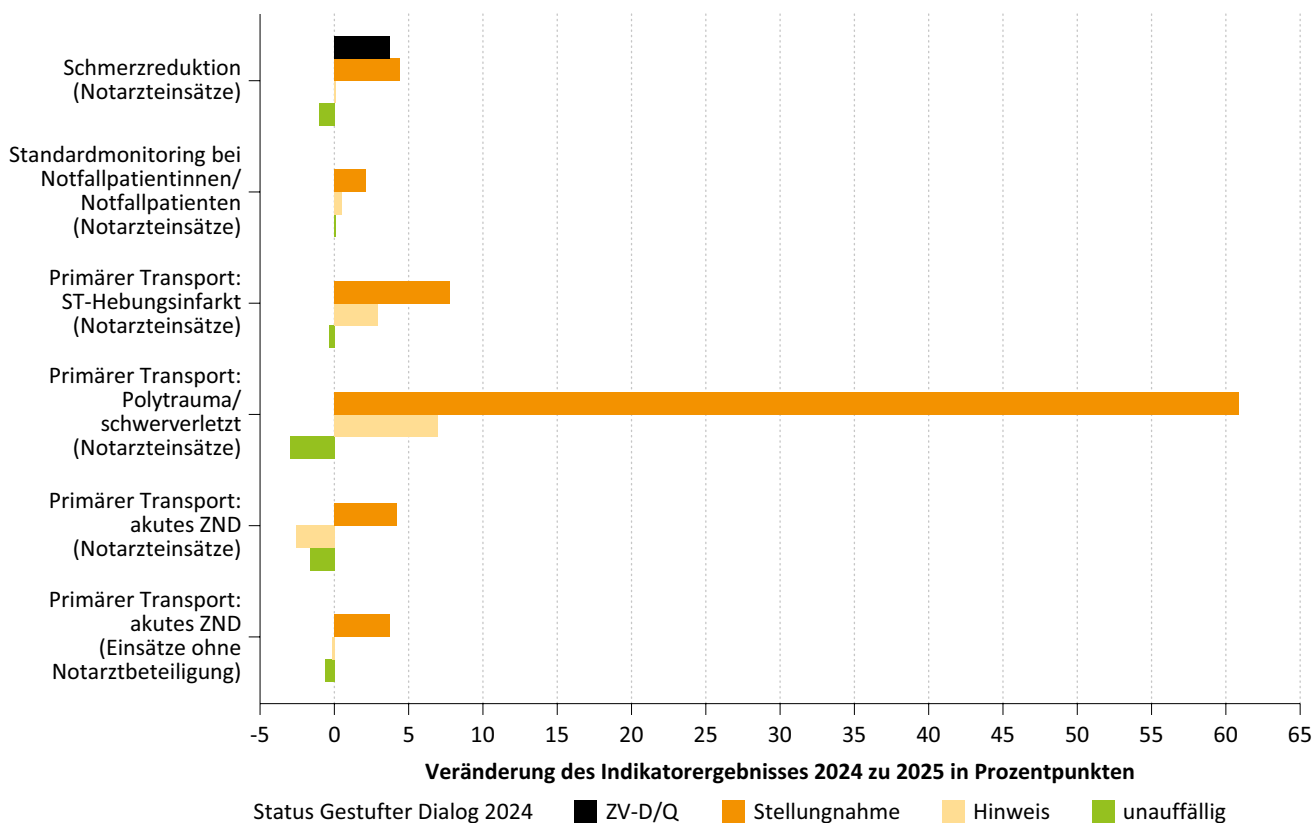


Abbildung 152: Entwicklung der Indikatorergebnisse 2025 in Abhängigkeit vom Status im Gestuften Dialog 2024

Der Gestufte Dialog 2025 wurde mit 200 Notarztstandorten, 312 Rettungswachen sowie zehn Leitstellen eröffnet (siehe Tabellen 53 bis 55). Insgesamt wurden 831 Hinweise verschickt und 181 Stellungnahmen angefordert, davon 41 Stellungnahmen zur Vollständigkeit der Datenlieferung.

Indikator	Referenzbereich (%)	Hinweis		Stellungnahme	
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten	≥ 90,2	69	33	18	9
Primärer Transport STEMI: Klinik mit PCI	≥ 99,4	23	11	5	2
Primärer Transport Polytrauma/schwerverletzt: regionales/überregionales Traumazentrum	≥ 93,6	30	17	8	4
Primärer Transport akutes ZND: Klinik mit Schlaganfalleinheit	≥ 95,0	47	22	13	6
Schmerzreduktion	≥ 92,7	77	37	14	7

Tabelle 53: Auslösung des Gestuften Dialogs 2025: ratenbasierte Qualitätsindikatoren (MIND von Notarztstandorten)

Indikator	Referenzbereich (%)	Hinweis		Stellungnahme	
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Primärer Transport akutes ZND: Klinik mit Schlaganfalleinheit	≥ 97,6	73	22	6	2
Schmerzreduktion	≥ 63,8	112	33	37	11

Tabelle 54: Auslösung des Gestuften Dialogs 2025: ratenbasierte Qualitätsindikatoren (MIND von Rettungswachen – Einsätze ohne Notarztbeteiligung)

Indikator	Referenzbereich (mm:ss)	Hinweis		Stellungnahme	
		Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen	90. Perzentil ≤ 00:15	0	0	2	6
Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle	Median ≤ 02:19	6	18	4	12
Ausrückzeit RTW	Median ≤ 01:00	266	78	8	3
Ausrückzeit NA	Median ≤ 01:30	128	64	25	12

Tabelle 55: Auslösung des Gestuften Dialogs 2025: zeitbasierte Qualitätsindikatoren (Leitstellendaten)

Anhang



SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel nach Monat	31
Abbildung 2: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel nach Rettungsmitteltyp und Monat	31
Abbildung 3: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmitteltypen pro Rettungsdienstbereich	32
Abbildung 4: auftragsbezogene Leistungszahlen notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Einsatzverteilung – Stundenintervalle	33
Abbildung 5: auftragsbezogene Leistungszahlen RTW: Einsatzverteilung – Stundenintervalle	33
Abbildung 6: auftragsbezogene Leistungszahlen KTW: Einsatzverteilung – Stundenintervalle	33
Abbildung 7: Leistungszahlen Luftrettung in Baden-Württemberg: Einsätze in Baden-Württemberg (primär und sekundär) pro Luftrettungsstation	35
Abbildung 8: Leistungszahlen Luftrettung in Baden-Württemberg: Einsatzhäufigkeit je Rettungsdienstbereich (Einsatzort)	36
Abbildung 9: Leistungszahlen Luftrettung primär: Einsatzverteilung – Stundenintervalle	37
Abbildung 10: Leistungszahlen Luftrettung sekundär: Einsatzverteilung – Stundenintervalle	37
Abbildung 11: Leistungszahlen und Einsatzdauer bodengebundener Intensivtransport in Baden-Württemberg	38
Abbildung 12: Vollständigkeit und Verknüpfbarkeit der Daten notarztbesetzter Rettungsmittel nach Rettungsdienstbereichen	41
Abbildung 13: Vollständigkeit und Verknüpfbarkeit der RTW-Daten nach Rettungsdienstbereichen	43
Abbildung 14: Notarzteinsätze: Altersgruppen	46
Abbildung 15: Notarzteinsätze: M-NACA	47
Abbildung 16: Notarzteinsätze: Erkrankungsgruppen	47
Abbildung 17: Notarzteinsätze: Verletzungsgruppen	48
Abbildung 18: Notarzteinsätze: tageszeitliche Einsatzverteilung – Diagnosegruppen	48
Abbildung 19: Notarzteinsätze: tageszeitliche Einsatzverteilung – Tracerdiagnosen	49
Abbildung 20: Notarzteinsätze: Erkrankungsgruppen/M-NACA	49
Abbildung 21: Notarzteinsätze: Verletzungsgruppen/M-NACA	50
Abbildung 22: Notarzteinsätze: Erkrankungen und Verletzungen/Altersgruppen	50
Abbildung 23: Notarzteinsätze: Erkrankungsgruppen/Altersgruppen	51
Abbildung 24: Notarzteinsätze: Verletzungsgruppen/Altersgruppen	51
Abbildung 25: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Altersgruppen	53
Abbildung 26: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: M-NACA	53
Abbildung 27: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungsgruppen	54
Abbildung 28: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Verletzungsgruppen	54
Abbildung 29: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: tageszeitliche Einsatzverteilung – Diagnosen	55
Abbildung 30: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungsgruppen/M-NACA	55
Abbildung 31: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Verletzungsgruppen/M-NACA	56
Abbildung 32: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungen und Verletzungen/Altersgruppen	56
Abbildung 33: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Erkrankungsgruppen/Altersgruppen	57
Abbildung 34: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Verletzungsgruppen/Altersgruppen	57
Abbildung 35: Zeiten im Einsatzablauf: zeitbasierte Qualitätsindikatoren und weitere Intervalle	63
Abbildung 36: Gesprächsannahmezeit bei Rettungsdiensteinsätzen	64
Abbildung 37: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle	65
Abbildung 38: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen	66
Abbildung 39: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden)	67
Abbildung 40: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis im Tagesverlauf (Stundenintervalle)	68
Abbildung 41: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 9 (Median)	68
Abbildung 42: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 9 (95. Perzentil)	68
Abbildung 43: Ausrückzeit RTW	69
Abbildung 44: Ausrückzeit RTW: Indikatorergebnis im Tagesverlauf (Stundenintervalle)	70
Abbildung 45: Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze)	70
Abbildung 46: Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel	72
Abbildung 47: Fahrzeit RTW	73
Abbildung 48: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung)	74

Abbildung 49: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Differenz der Eintreffzeiten zwischen RTW und notarztbesetztem Rettungsmittel bei Tracerdiagnosen.....	75
Abbildung 50: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Rettungsdienstbereiche (95. Perzentil).....	76
Abbildung 51: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (Median).....	76
Abbildung 52: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (95. Perzentil).....	77
Abbildung 53: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung).....	77
Abbildung 54: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Rettungsdienstbereiche (95. Perzentil).....	78
Abbildung 55: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (Median).....	78
Abbildung 56: Prähospitalzeit (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Teilzeiten – Tracerdiagnosen (95. Perzentil).....	78
Abbildung 57: Zeiten im Einsatzablauf: Zeitbasierte Leitstellenindikatoren – Rangfolge der Leitstellen (95. Perzentil).....	80
Abbildung 58: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden) und RTW: Ergebnisse 2021 bis 2025.....	81
Abbildung 59: Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel und RTW: Ergebnisse 2021 bis 2025.....	81
Abbildung 60: Prähospitalzeit bei Tracerdiagnosen (Einsätze mit und ohne Notarztbeteiligung): Ergebnisse 2021 bis 2025.....	83
Abbildung 61: Richtige Einsatzindikation.....	85
Abbildung 62: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel.....	86
Abbildung 63: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen.....	88
Abbildung 64: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen.....	88
Abbildung 65: Notarztindikation.....	89
Abbildung 66: Notarztindikation: Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen.....	89
Abbildung 67: Notarztindikation: Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen.....	90
Abbildung 68: Dispositionsqualität: Kombination von Notarztindikation und Notarznachforderung bei M-NACA ≥ 4	92
Abbildung 69: Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung.....	93
Abbildung 70: Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Atemwegszugang.....	94
Abbildung 71: Kapnometrie/Kapnografie bei Atemwegssicherung: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Anzahl der Atemwegssicherungen pro Standort.....	94
Abbildung 72: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten.....	95
Abbildung 73: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Häufigkeit der Einzelmaßnahmen.....	95
Abbildung 74: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Altersgruppen.....	96
Abbildung 75: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen.....	96
Abbildung 76: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen.....	96
Abbildung 77: Standardmonitoring bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach M-NACA und Erkrankungen/Verletzungen.....	97
Abbildung 78: Standarderhebung Erstbefund bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten.....	98
Abbildung 79: Standarderhebung Erstbefund bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Häufigkeit der Einzelmaßnahmen.....	98
Abbildung 80: Standarderhebung Erstbefund bei Notfallpatientinnen/Notfallpatienten: Indikatorergebnis nach Altersgruppen.....	99
Abbildung 81: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze).....	100
Abbildung 82: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach initialem GCS.....	101
Abbildung 83: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Altersgruppen.....	101
Abbildung 84: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen.....	101
Abbildung 85: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen.....	102
Abbildung 86: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung).....	102
Abbildung 87: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach initialem GCS.....	103
Abbildung 88: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Altersgruppen.....	103
Abbildung 89: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen.....	104
Abbildung 90: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen.....	104
Abbildung 91: Diagnostik und Monitoring: Rangfolge der Rettungsdienstbereiche.....	107
Abbildung 92: 12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz.....	109
Abbildung 93: ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt.....	110
Abbildung 94: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: ST-Hebungsinfarkt.....	112
Abbildung 95: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: ST-Hebungsinfarkt.....	113
Abbildung 96: Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma/schwerverletzt.....	115

Abbildung 97: Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma/schwerverletzt – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen	115
Abbildung 98: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung)	116
Abbildung 99: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung)	118
Abbildung 100: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Art des Transportziels	118
Abbildung 101: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: Polytrauma/schwerverletzt (mit vitaler Gefährdung) – Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen	119
Abbildung 102: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Notarzteinsätze)	120
Abbildung 103: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen	120
Abbildung 104: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)	121
Abbildung 105: Leitliniengerechte Versorgung: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen	121
Abbildung 106: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Notarzteinsätze)	122
Abbildung 107: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)	123
Abbildung 108: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Notarzteinsätze)	124
Abbildung 109: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Art des Transportziels	125
Abbildung 110: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)	125
Abbildung 111: Primärer Transport in geeignete Zielklinik: akutes ZND (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Art des Transportziels	126
Abbildung 112: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Notarzteinsätze)	127
Abbildung 113: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Notarzteinsätze) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen	127
Abbildung 114: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)	128
Abbildung 115: Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Häufigkeit der Einzelmaßnahmen	128
Abbildung 116: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Notarzteinsätze)	129
Abbildung 117: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Notarzteinsätze) – Indikatorergebnis nach NEWS2-Score	130
Abbildung 118: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)	131
Abbildung 119: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis (Einsätze ohne Notarztbeteiligung) – Indikatorergebnis nach NEWS2-Score	131
Abbildung 120: Reanimationserkennung durch die Leitstelle	132
Abbildung 121: Kapnografie bei Reanimation	134
Abbildung 122: Kapnografie bei Reanimation: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Atemwegszugang	134
Abbildung 123: ROSC bei Klinikaufnahme	135
Abbildung 124: ROSC bei Klinikaufnahme: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom initialen EKG-Befund	135
Abbildung 125: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Herz-Kreislauf-Stillstand	136
Abbildung 126: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze)	138
Abbildung 127: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Erstbefund Schmerzempfinden (NRS)	138
Abbildung 128: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer Analgetikagabe	139
Abbildung 129: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen	139
Abbildung 130: Schmerzreduktion (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen	139
Abbildung 131: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung)	140
Abbildung 132: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Erstbefund Schmerzempfinden (NRS)	140
Abbildung 133: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer Analgetikagabe	141
Abbildung 134: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Erkrankungsgruppen	141
Abbildung 135: Schmerzreduktion (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis nach Verletzungsgruppen	141
Abbildung 136: Patientenmeldung Zielklinik	142
Abbildung 137: Tracerdiagnosen pro Rettungsdienstbereich	143
Abbildung 138: Versorgung und Transport: ST-Hebungsinfarkt – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche	145
Abbildung 139: Versorgung und Transport: Polytrauma/schwerverletzt – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche	146
Abbildung 140: Versorgung und Transport: akutes ZND – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche	148
Abbildung 141: Versorgung und Transport: Atemnot – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche	149
Abbildung 142: Versorgung und Transport: Sepsis – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche	150
Abbildung 143: Beginn der Herzdruckmassage	151
Abbildung 144: Inzidenz Herz-Kreislauf-Stillstand/Reanimation/ROSC	153

Abbildung 145: Versorgung und Transport: Schmerzreduktion – Rangfolge der Rettungsdienstbereiche.....	154
Abbildung 146: Bewertete Stellungnahmen 2020 bis 2024: Ergebnisse nach Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten – Notarztstandorte.....	160
Abbildung 147: Anzahl und Bewertung der Stellungnahmen 2024 pro Indikator – Notarztstandorte.....	161
Abbildung 148: Anzahl Dialogabschlüsse und Zielvereinbarungen pro Indikator – Notarztstandorte.....	163
Abbildung 149: Bewertete Stellungnahmen 2021 bis 2024: Ergebnisse nach Überprüfung der rechnerischen Auffälligkeiten – Rettungswachen.....	164
Abbildung 150: Anzahl und Bewertung der Stellungnahmen 2024 – Rettungswachen.....	164
Abbildung 151: Anzahl Dialogabschlüsse und Zielvereinbarungen pro Indikator – Rettungswachen.....	165
Abbildung 152: Entwicklung der Indikatorergebnisse 2025 in Abhängigkeit vom Status im Gestuften Dialog 2024.....	167

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Leistungszahlen von Einsätzen innerhalb Baden-Württembergs	29
Tabelle 2: einsatzbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsdienst – Rettungsmittel aus Baden-Württemberg	29
Tabelle 3: auftragsbezogene Leistungszahlen Rettungsmittel aus Baden-Württemberg	30
Tabelle 4: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel aus Baden-Württemberg innerhalb des eigenen Rettungsdienstbereichs	30
Tabelle 5: auftragsbezogene Leistungszahlen bodengebundener Rettungsmittel aus Baden-Württemberg – Einsatzart	30
Tabelle 6: Leistungszahlen Luftrettung	34
Tabelle 7: Leitstellendaten: Korrekturen	39
Tabelle 8: Leitstellendaten: Datenbeschaffenheit	44
Tabelle 9: Notarzteinsätze: Einsatzmerkmale	45
Tabelle 10: Einsätze ohne Notarztbeteiligung: Einsatzmerkmale	52
Tabelle 11: Qualitätsindikatoren der SQR-BW	62
Tabelle 12: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Gesprächsannahmezeit	63
Tabelle 13: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Erstbearbeitungszeit	64
Tabelle 14: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis bei Notarzteinsatz	65
Tabelle 15: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Einsatzart	65
Tabelle 16: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis bei Gesprächsannahme vor/nach Alarmierung	65
Tabelle 17: Erstbearbeitungszeit in der Leitstelle: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Leitungstyp	66
Tabelle 18: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Ausrückzeit	67
Tabelle 19: Ausrückzeit notarztbesetzter Rettungsmittel (bodengebunden): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung	68
Tabelle 20: Ausrückzeit RTW: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung	69
Tabelle 21: Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Tageszeit	71
Tabelle 22: Ausrückzeit Luftrettung (Primäreinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung	71
Tabelle 23: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Fahrzeit	71
Tabelle 24: Fahrzeit notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung	72
Tabelle 25: Fahrzeit RTW: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von Status 2 (einsatzbereit auf Wache) bei Alarmierung	73
Tabelle 26: Methodik Indikatorberechnung: Prüfung der Zeitdifferenzen – Prähospitalzeit	74
Tabelle 27: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Differenz der Eintreffzeiten zwischen RTW und notarztbesetztem Rettungsmittel	75
Tabelle 28: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis bei Notarznachforderung	75
Tabelle 29: Prähospitalzeit (Einsätze mit Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp	75
Tabelle 30: Richtige Einsatzindikation: Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen	85
Tabelle 31: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis bei Reanimation	87
Tabelle 32: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis bei initialem Schmerz ≥ 5 (NRS)	87
Tabelle 33: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis bei Tracerdiagnosen	87
Tabelle 34: Nachforderung notarztbesetzter Rettungsmittel: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Gesprächsdauer des initialen Anrufs	87
Tabelle 35: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einem parenteralen Zugang	100
Tabelle 36: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Notarzteinsätze): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einer begonnenen Reanimation	100
Tabelle 37: Blutzuckermessung bei Bewusstseinsstörung (Einsätze ohne Notarztbeteiligung): Indikatorergebnis in Abhängigkeit von einem parenteralen Zugang	103
Tabelle 38: 12-Kanal-EKG bei ACS: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Einsatzort	109
Tabelle 39: 12-Kanal-EKG bei ACS: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Diagnose	109
Tabelle 40: ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Einsatzort	111
Tabelle 41: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: ST-Hebungsinfarkt – Indikatorergebnis bei Notarznachforderung	112
Tabelle 42: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: ST-Hebungsinfarkt – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp	112

Tabelle 43: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Polytrauma/schwer verletzt (mit vitaler Gefährdung) – Indikatorergebnis bei Notarznachforderung.....	117
Tabelle 44: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Polytrauma/schwer verletzt (mit vitaler Gefährdung) – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp.....	117
Tabelle 45: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Indikatorergebnis bei Notarznachforderung.....	123
Tabelle 46: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: akutes ZND (Notarzteinsätze) – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp.....	123
Tabelle 47: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis – Indikatorergebnis bei Notarznachforderung.....	130
Tabelle 48: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Sepsis – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp.....	130
Tabelle 49: Reanimationserkennung durch die Leitstelle: Indikatorergebnis in Abhängigkeit von der Reanimationssituation.....	133
Tabelle 50: Kapnografie bei Reanimation: Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom Patientenzustand bei Krankenhausaufnahme.....	134
Tabelle 51: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Herz-Kreislauf-Stillstand – Indikatorergebnis bei Notarznachforderung.....	136
Tabelle 52: Prähospitalzeit ≤ 60 Min.: Herz-Kreislauf-Stillstand – Indikatorergebnis in Abhängigkeit vom transportierenden Rettungsmitteltyp.....	137
Tabelle 53: Auslösung des Gestuften Dialogs 2025: ratenbasierte Qualitätsindikatoren (MIND von Notarztstandorten).....	168
Tabelle 54: Auslösung des Gestuften Dialogs 2025: ratenbasierte Qualitätsindikatoren (MIND von Rettungswachen – Einsätze ohne Notarztbeteiligung).....	168
Tabelle 55: Auslösung des Gestuften Dialogs 2025: zeitbasierte Qualitätsindikatoren (Leitstellendaten).....	168

Impressum

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg
Leuschnerstraße 43
70176 Stuttgart

Tel. 0711 2252-2260

Fax 0711 2252-2276

Leiter: Dr. med. Joachim Koster

Eine Einrichtung des

Medizinischen Dienstes Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schwarzwald

Tel. 07821 938-0

Fax 07821 938-1200

V. i. S. d. P.

Andreas Klein (Vorstandsvorsitzender)
Medizinischer Dienst Baden-Württemberg
Ahornweg 2
77933 Lahr/Schwarzwald

Bildquellen

Titelseite © Johanniter/Monika Höfler

Satz

Kerstin Beck

Medizinischer Dienst Baden-Württemberg



www.sqrbw.de

SQR-BW

Stelle zur trägerübergreifenden
Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Baden-Württemberg