

# Indikatorendatenblatt

<b>Indikator</b>	Leitliniengerechte Versorgung: Atemnot
<b>Nummer</b>	5-4-3
<b>Kennzahlen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtergebnis</li> <li>• Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersgruppen</li> <li>○ Diagnosen der Grundgesamtheit</li> <li>○ Einsatzort</li> <li>○ Erkrankungen/Verletzungen</li> </ul> </li> <li>• Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nicht erfüllte Indikatorkriterien</li> </ul> </li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	<p>Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Atemnot gemäß den aktuellen Leitlinien und Empfehlungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Messung von Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz, Körpertemperatur sowie Blutdruck und EKG-Ableitung (Details siehe „Berechnung“)</li> <li>• Untersuchung der Bewusstseinslage</li> <li>• Sauerstoffgabe bei kritischer Sauerstoffsättigung</li> </ul>
<b>Rationale</b>	<p>Eine durch diverse mögliche Faktoren ausgelöste Atemnot stellt einen potentiell lebensbedrohlichen Zustand und eine für Patientinnen und Patienten als bedrohlich empfundene Situation dar. Deshalb sind eine Diagnostik und die engmaschige Überwachung der Vitalfunktionen unabdingbar. Zur Sicherstellung einer suffizienten Sauerstoffversorgung ist bei einer Sauerstoffsättigung von unter 92 % eine Sauerstoffgabe einzuleiten. Für das akute Koronarsyndrom, den ST-Hebungsinfarkt und COPD gelten abweichende Grenzwerte (siehe Abschnitte Berechnung und methodische Hinweise).</p>
<b>Literatur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.: S3-Leitlinie Sauerstoff in der Akuttherapie beim Erwachsenen (2021)</li> <li>2. Nationale Versorgungsleitlinie Asthma – Version 5.0, 2024</li> <li>3. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie (GPP) (Hrsg.): S2k-Leitlinie Management der ambulant erworbenen Pneumonie bei Kindern und Jugendlichen (2024)</li> <li>4. European Society of Cardiology (ESC): ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes (2023)</li> <li>5. Ärztliche Leitungen Rettungsdienst Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt: Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst (2023), Seite 63</li> </ol>
<b>Übergeordnetes Qualitätsziel</b>	hohe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie

<b>Berechnung</b>	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäreinsätze</li> <li>• Patientinnen/Patienten mit Diagnose Asthma, Status asthmaticus, exazerbierte COPD, Pseudokrapp, Dyspnoe unklarer Ursache oder Untersuchungsbefund Dyspnoe</li> <li>• Ausschluss:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patientinnen und Patienten, die indizierte Maßnahmen ablehnen</li> <li>○ Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht</li> <li>○ Todesfeststellung/Reanimationssituation</li> <li>○ ambulant behandelte Patientinnen/Patienten (ohne Transport)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Zähler/Formel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientinnen/Patienten mit Messung von SpO<sub>2</sub> (Erst- oder Abschlussbefund), Atemfrequenz, Körpertemperatur und Untersuchung der Bewusstseinslage</li> <li>• bei Bedingung SpO<sub>2</sub> &lt; 92 % (bzw. bei ACS/STEMI bei SpO<sub>2</sub> &lt; 90 %, bei COPD bei SpO<sub>2</sub> &lt; 88 %), dann zusätzlich Zähler: Sauerstoffgabe oder Beatmung</li> <li>• bei Bedingung Alter ab Vollendung des 12. Lebensjahres, dann zusätzlich Zähler: Blutdruckmessung, EKG (Erst- oder Abschlussbefund)</li> <li>• bei Bedingung Alter ab Vollendung des 5. Lebensjahres und (potenziell) lebensbedrohlich erkrankt/verletzt (M-NACA ≥ 4), dann zusätzlich Zähler: Blutdruckmessung, EKG (Erst- oder Abschlussbefund)</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	MIND (RTW, notarztbesetzte Rettungsmittel)
<b>Einflussfaktoren/Adjustierung</b>	<p><b>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundäreinsätze</li> <li>• Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient</li> <li>• bewusster Therapieverzicht /Palliativsituation</li> <li>• Todesfeststellung/Reanimationssituation</li> <li>• ambulante Behandlung ohne Transport</li> </ul> <p><b>Weitere Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vor Eintreffen des Rettungsdienstes bereits (z. B. hausärztlich) durchgeführte Maßnahmen werden ggf. nicht als solche erkannt.</li> <li>• individuelle Kontraindikationen</li> </ul> <p><b>Adjustierung (für Stellungnahmen im Rahmen des Gestuften Dialogs)</b>        Eine Adjustierung ist für diesen Indikator bisher nicht vorgesehen.</p>
<b>Gestufte Dialog</b>	Dieser Indikator ist noch nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen.
<b>Auswertung</b>	Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte und Rettungswachen. Alle Rettungsdienstbereiche, Notarztstandorte und Rettungswachen sowie Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.

<b>Bemerkungen/ Sonstiges</b>	<b>Methodische Hinweise</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Berechnung dieses Indikators erfolgt separat für Einsätze mit und ohne notärztliche Beteiligung.</li><li>• RTW-Daten werden – sofern verknüpfbar – zur Ergänzung nicht dokumentierter Felder der Dokumentation von notärztlich besetzten Rettungsmitteln herangezogen.</li><li>• Die Atemfrequenz wird möglicherweise nur eingeschränkt valide dokumentiert.</li><li>• In der S3-Leitlinie Sauerstofftherapie in der Akuttherapie beim Erwachsenen (2021) werden unterschiedliche SpO<sub>2</sub>-Zielbereiche angegeben (88 – 92 % bei Hyperkapnierisiko, 92 – 96 % ohne Hyperkapnierisiko). Da ein Hyperkapnierisiko (z. B. aufgrund von Thoraxdeformitäten, neuromuskulären Erkrankungen, zystischer Fibrose etc.) nicht aus dem Datensatz erkennbar ist, kann rechnerisch nur die COPD berücksichtigt werden. In Fällen ohne die Diagnose COPD wird die Grenze von 92 % herangezogen.</li><li>• Abweichend von der o. g. S3-Leitlinie Sauerstofftherapie in der Akuttherapie beim Erwachsenen empfiehlt die ESC-Leitlinie akutes Koronarsyndrom (2023) bei ACS/STEMI erst bei einer Sauerstoffsättigung von &lt; 90 % eine Sauerstoffgabe.</li><li>• Laut S3-Leitlinie Sauerstofftherapie in der Akuttherapie beim Erwachsenen (2021) soll eine Hyperoxämie aufgrund potentiell schädlicher Effekte vermieden werden und bei SpO<sub>2</sub>-Werten ≥ 96 % keine Sauerstoffgabe erfolgen. Da aus dem Datensatz nicht sicher erkennbar ist, ob der übermittelte SpO<sub>2</sub>-Wert mit oder ohne Sauerstoffgabe erhoben wurde, wird diese Empfehlung hier nicht berücksichtigt.</li><li>• Aufgrund der Diversität der Ursachen für Atemnot beschränkt sich der Indikator auf den Mindestumfang an durchzuführenden Maßnahmen.</li><li>• Diagnoseabhängige weitergehende Therapiemaßnahmen werden durch den Indikator nicht berücksichtigt.</li></ul>