

# Indikatoren datenblatt

<b>Indikator</b>	Prähospitalzeit ≤ 60 min: ST-Hebungsinfarkt
<b>Nummer</b>	5-6-1
<b>Kennzahlen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtergebnis</li> <li>• Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einsätze im eigenen Rettungsdienstbereich</li> <li>○ Eignung Zielklinik</li> <li>○ Wochentag</li> <li>○ transportierender Rettungsmitteltyp</li> <li>○ NA-Nachforderung ja/nein</li> <li>○ nächste geeignete Klinik aufnahmebereit ja/nein</li> </ul> </li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten mit einem ST-Hebungsinfarkt sollen maximal 60 Minuten nach Notrufeingang der stationären Behandlung zugeführt werden.
<b>Rationale</b>	<p>Ausgehend von den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften soll die definitive klinische Therapie bei zeitkritischen notfallmedizinischen Krankheitsbildern nach höchstens 90 Minuten beginnen. Um dies erreichen zu können, muss die stationäre Diagnostik und Therapie spätestens 60 Minuten nach Notrufeingang beginnen. Die Verkürzung der Zeit bis zum Beginn der definitiven klinischen Therapie ist mit einem besseren klinischen Verlauf und einem besseren Behandlungsergebnis assoziiert. Konkret liegt folgende Empfehlung zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• maximale Zeitspanne vom ersten medizinischen Kontakt bis zur Drahtpassage: ≤ 90 min</li> <li>• maximal erwartete Zeitspanne ab Stellung der STEMI-Diagnose bis zum primären PCI (Drahtpassage) für die bevorzugte Auswahl der primären PCI-Strategie gegenüber der Fibrinolyse (falls dieses Zeitziel nicht erreicht werden kann, ist die Fibrinolyse in Betracht zu ziehen): ≤ 120 min</li> <li>• maximale Zeitspanne von der STEMI-Diagnose bis zum Bolus- oder Infusionsbeginn der Fibrinolyse bei Patientinnen und Patienten, die keine primären PCI-Zielzeiten erreichen können: ≤ 10 min</li> </ul>
<b>Literatur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Society of Cardiology (ESC): ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes (2023)</li> <li>2. Rao, SV et al.: 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the management of patients with acute coronary syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. (2025) 151:e771–e862</li> <li>3. German Resuscitation Council: Reanimation 2025 – Leitlinien kompakt (2025)</li> <li>4. Trentzsch, H., Fischer, M, Marung, H et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2025)</li> <li>5. Sefrin, P: Hilfsfrist versus Versorgungszeit. (2017) in: Handbuch des Rettungswesens, Mendel Verlag, Witten</li> <li>6. Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen Baden-Württemberg: Verordnung des Innenministeriums über die Planung und Durchführung des Rettungsdienstes in Baden-Württemberg. (2026)</li> </ol>
<b>Übergeordnetes Qualitätsziel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hohe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie</li> <li>• schnellstmögliche Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rettungsdienst</li> </ul>
<b>Berechnung</b>	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäreinsätze</li> <li>• rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten mit Diagnose „STEMI VW“ oder „STEMI HW“</li> <li>• Ausschluss von Todesfeststellungen/erfolglosen Reanimationen</li> <li>• Ausschluss von Fällen mit bewusstem Therapieverzicht, Ablehnung indizierter Maßnahmen und Palliativsituation</li> </ul> <p><b>Zähler/Formel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status 8 (transportierendes RM) minus Aufschaltzeitpunkt ≤ 60 min</li> </ul>

<b>Datenquellen</b>	MIND (notarztbesetzte Rettungsmittel, RTW), Leitstellendaten
<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>• Tod an der Einsatzstelle</li> </ul> <p><b>Weitere Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unterschiedliche Rahmenbedingungen, die teilweise nicht beeinflussbar sind (siehe hierzu auch QI 3-1 bis 3-4)</li> <li>• Gerade in ländlichen Gebieten besteht die Möglichkeit langer Transportzeiten in die nächste geeignete Klinik. Diesem Aspekt soll durch Stratifizierung nach Transportziel Rechnung getragen werden.</li> </ul> <p><b>Adjustierung (für Stellungnahmen im Rahmen des Gestuften Dialogs)</b>          Eine Adjustierung ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
<b>Gestufte Dialog</b>	Aufgrund multipler Einflüsse und Prozessverantwortlicher ist dieser Indikator nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen.
<b>Auswertung</b>	<p>Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche, Notarztstandorte und Rettungswachen.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche, Leitstellen, Notarztstandorte, Rettungswachen und Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.</p>
<b>Bemerkungen/ Sonstiges</b>	<p><b>Methodische Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Auswertung des Indikators für Einsätze ohne notärztliche Beteiligung bedeutet nicht, dass die Notarztindikation beim ST-Hebungsinfarkt infrage gestellt wird. Es gibt jedoch auch Fälle mit der Diagnose ST-Hebungsinfarkt ohne notärztliche Beteiligung, die mit dieser Auswertung erfasst werden.</li> <li>• Für die Berechnung des Indikators ist eine Verknüpfung von MIND und Leitstellendaten erforderlich.</li> <li>• Die Zeit vom Aufschaltzeitpunkt bis zum Eintreffen der Patientin/des Patienten in der Zielklinik besteht aus mehreren Teilprozessen mit unterschiedlichen Prozessverantwortlichen (Leitstelle, Notfallrettung, Bereichsausschuss, Krankenhausplanung etc.). Nicht-Aufnahmefähigkeit von Zielkliniken ist möglich. Diese Fälle sollen hier jedoch nicht ausgeschlossen werden, um die Versorgungsstruktur realistisch darzustellen.</li> <li>• Aus Patientensicht betrachtet dieser Indikator nur einen Teil der relevanten Versorgungszeit. Daher sollte auch die Weiterversorgung im Krankenhaus qualitätsgesichert werden. Für die Qualitätssicherung der SQR-BW kann derzeit jedoch nur auf die vom Rettungsdienst beeinflussbare Zeit fokussiert werden.</li> <li>• Bei Transporten zu Zielen außerhalb des eigenen Rettungsdienstbereiches erfolgt wegen fehlender Funkabdeckung i. d. R. keine Übermittlung des Status 8 an die Heimatleitstelle. Einige Flottenmanagementsysteme übermitteln den Status 8 jedoch auch von außerhalb auf einem zweiten Übertragungsweg an den Einsatzleit-rechner.</li> <li>• Der neu aufgetretene Linksschenkelblock und andere STEMI-Äquivalente werden durch den Datensatz aktuell nicht abgebildet.</li> </ul> <p><b>Potenzielle Fehlanreize</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Status 8 wird nicht oder nicht zum richtigen Zeitpunkt übermittelt (z. B. vor Erreichen des Transportziels)</li> <li>• Fokussierung auf den zeitlichen Aspekt der Versorgung</li> <li>• Vernachlässigung der Eignung der Zielklinik</li> </ul> <p><b>Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Auswertung der „Qualität der Versorgung bei Tracerdiagnosen“ beinhaltet zwei weitere Informationsebenen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ geeignete Zielklinik</li> <li>○ leitliniengerechte Versorgung; für ST-Hebungsinfarkt ab dem Datenjahr 2025 ersetzt durch „ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt“ und „12-Kanal-EKG bei (Verdacht auf) akutes Koronarsyndrom oder unklarem Thoraxschmerz“</li> </ul> </li> </ul>