

# Indikatordatenblatt

Indikator	Prähospitalzeit ≤ 60 min: akutes zentral-neurologisches Defizit
Nummer	5-6-4
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtergebnis</li> <li>• Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Einsätze im eigenen Rettungsdienstbereich</li> <li>◦ nächste geeignete Klinik aufnahmefähig ja/nein</li> <li>◦ NA-Nachforderung ja/nein</li> <li>◦ Eignung Zielklinik</li> <li>◦ Wochentag</li> <li>◦ transportierender Rettungsmitteltyp</li> </ul> </li> </ul>
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall sollen maximal 60 Minuten nach Notrufeingang der stationären Behandlung zugeführt werden.
Rationale	<p>Ausgehend von den anerkannten Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften sollte 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 (z. B. Reperfusionstherapie) ist mit einem besseren klinischen Verlauf und einem besseren Behandlungsergebnis assoziiert. Konkret liegt folgende Empfehlung zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlaganfall: 90 Minuten bis zur Entscheidung über Reperfusionstherapie</li> <li>• Um einen möglichst großen Nutzen zu erzielen, soll eine Reperfusion so früh wie möglich innerhalb des therapeutischen Zeitfensters erreicht und somit eine möglichst kurze Prähospitalzeit angestrebt werden.</li> <li>• Bei allen Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall, die Kandidatinnen/Kandidaten für eine Reperfusionstherapie sind, soll eine sofortige Bildgebung des Gehirns mit CT oder MRT erfolgen.</li> <li>• Da der Effekt der systemischen Thrombolyse zeitabhängig ist, soll die Behandlung so schnell wie möglich erfolgen.</li> </ul>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall Rettungsmed (2025)</li> <li>2. Ministerium für Soziales und Integration: Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg (2017)</li> <li>3. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V S3-Leitlinie Schlaganfall (2020)</li> <li>4. Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.: S2e-Leitlinie Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls (2021)</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: §7 Weitere Zeiten im Einsatzablauf, (2). Az. IM6-5461-272. (2022) Stuttgart</li> </ol>
Übergeordnetes Qualitätsziel	<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 TIA, Apoplex, SAB oder ICB</li> <li>• Ausschluss von Todesfeststellungen/erfolglosen Reanimationen</li> <li>• Ausschluss von 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>	Notarztdaten, RTW-Daten, Leitstellendaten
<b>Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung</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>Risikoadjustierung</b></p> <p>Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
<b>Gestufter 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 und aller Notarztstandorte und Rettungswachen.</p> <p>Alle Rettungsdienstbereiche, Leitstellen, Notarztstandorte und Rettungswachen sowie Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.</p>

Bemerkungen/Sonstiges	Methodische Hinweise
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Für die Berechnung des Indikators ist eine Verknüpfung von Leitstellen- und Notarztdaten bzw. RTW-Daten 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.).</li><li>• 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 Heimaleitstelle. Einige Flottenmanagementsysteme übermitteln den Status 8 jedoch auch von außerhalb auf einem zweiten Übertragungsweg an den Einsatzleitrechner.</li><li>• Die Berechnung dieses Indikators erfolgt für Einsätze mit und ohne (erkennbare) notärztliche Beteiligung.</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 (siehe QI 6-1-1 bis 6-1-4)</li><li>○ leitliniengerechte Versorgung (siehe QI 5-4-1 bis 5-4-4)</li></ul></li></ul>