

# Indikatoren datenblatt

<b>Indikator</b>	Prähospitalzeit ≤ 60 min: Herz-Kreislauf-Stillstand
<b>Nummer</b>	5-6-5
<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>○ nächste geeignete Klinik aufnahmebereit ja/nein</li> <li>○ Notarzt-Nachforderung ja/nein</li> <li>○ Wochentag</li> <li>○ transportierender Rettungsmitteltyp</li> </ul> </li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand 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 (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>• Herz-Kreislauf-Stillstand: 90 Minuten bis Kausaltherapie (60 Minuten bis Klinikaufnahme)</li> </ul>
<b>Literatur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Myers, JB et al.: Evidence-based performance measures for emergency medical Services systems: a model for expanded EMS benchmarking. <i>Prehosp Emerg Care</i> (2008) 12(2), 141-151</li> <li>2. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: S3-Leitlinie Polytrauma/ Schwerverletzten-Behandlung (2023)</li> <li>3. European Society of Cardiology (ESC): ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes (2023)</li> <li>4. Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. <i>Notfall Rettungsmed</i> (2025)</li> <li>5. Sefrin, P.: Hilfsfrist versus Versorgungszeit. (2017) in: <i>Handbuch des Rettungswesens</i>, 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 Herz-Kreislauf-Stillstand</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), 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>	<p>Aufgrund multipler Einflüsse und Prozessverantwortlicher ist dieser Indikator nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen.</p>
<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.          Alle Rettungsdienstbereiche, Leitstellen, Notarztstandorte und Rettungsdienstorganisationen erhalten eine Auswertung.</p>
<b>Bemerkungen/          Sonstiges</b>	<p><b>Methodische Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Berechnung dieses Indikators erfolgt bisher nur für Einsätze mit notärztlicher Beteiligung.</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.).</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 Heimatleitstelle. Einige Flottenmanagementsysteme übermitteln den Status 8 jedoch auch von außerhalb auf einem zweiten Übertragungsweg an den Einsatzleit-rechner.</li> <li>• Erwachsene mit nichttraumatischem OHCA sollen nach lokalen Regeln zu einem Cardiac Arrest Zentrum transportiert werden. Aktuell sind allerdings noch sehr wenige Kliniken als Cardiac Arrest Zentrum zertifiziert und es gibt keine zuverlässige, öffentlich zugängliche Möglichkeit zur Überprüfung der Zertifizierung.</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</li> </ul> </li> </ul> <p>Hinweis: Geeignete Zielklinik und leitliniengerechte Versorgung werden bei Reanimation derzeit nicht über QI abgebildet.</p>