

Indikatoren datenblatt

Indikator	Primärer Transport ST-Hebungsinfarkt: Klinik mit PCI
Nummer	6-1-1
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> ○ Eignung Zielklinik
Qualitätsziel	Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt in einer Klinik mit unmittelbarer PCI-Bereitschaft
Rationale	<p>Entsprechend den aktuellen Empfehlungen sollten Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt primär in eine Klinik mit unmittelbarer PCI-Bereitschaft transportiert werden (24/7). Folgende Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) liegen zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eine Reperfusionstherapie ist bei allen Patientinnen und Patienten mit Symptomen einer Ischämie von ≤ 12 Stunden Dauer und anhaltender ST-Streckenhebung indiziert. (I A) • Es wird empfohlen, die prähospitalen Versorgung von STEMI-Patientinnen/Patienten auf regionale Netzwerke zu stützen, die gebildet wurden, um die Reperfusionstherapie zügig und effektiv einzusetzen, und das Ziel anstreben, die primäre PCI möglichst vielen Patientinnen und Patienten verfügbar zu machen. (I B) • Es wird empfohlen, dass PCI-fähige Zentren einen 24/7-Service gewährleisten und in der Lage sind, eine primäre PCI ohne Verzögerung durchzuführen. (I B) • Es wird empfohlen, dass Rettungsdienste die STEMI-Patientinnen/Patienten in ein PCI-Krankenhaus bringen und Nicht-PCI-Krankenhäuser umgehen. (I C) • Eine primäre PCI-Strategie wird bei wiederbelebten Patientinnen und Patienten nach Herzstillstand und einem EKG im Einklang mit STEMI empfohlen. (I B)
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. European Society of Cardiology (ESC): ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes (2023) 2. German Resuscitation Council: Reanimation 2025 – Leitlinien kompakt (2025) 3. Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2025) 4. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2020)
Übergeordnetes Qualitätsziel	optimale Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten des Rettungsdienstes
Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primäreinsätze • rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten mit Diagnose „STEMI VW“ oder „STEMI HW“ • Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> ○ Übergabe an anderes Rettungsmittel ○ ambulante Versorgung ○ Transport ohne Notärztin/Notarzt ○ Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patienten ○ Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht ○ Patientinnen und Patienten, die vor Erreichen des Transportziels versterben <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transportziel Klinik mit PCI
Datenquellen	MIND (RTW, notarztbesetzte Rettungsmittel), Leitstellendaten

<p>Einflussfaktoren/ Adjustierung</p>	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekundäreinsätze • Übergabe an anderes Rettungsmittel • ambulante Versorgung • Transport ohne Notärztin/Notarzt • Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patienten • Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht • Tod an der Einsatzstelle/während des Transports <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • präklinisch primär lysierte Patientinnen und Patienten aufgrund zu erwartender langer Transportzeiten • Aktualität der zu Grunde gelegten Krankenhausdatenbank (geeignetes Transportziel) <p>Adjustierung (für Stellungnahmen im Rahmen des Gestuften Dialogs)</p> <p>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 Indikatorergebnis berechnet. Das adjustierte Ergebnis bildet dann die Entscheidungsgrundlage zur Anforderung von Stellungnahmen. Für diesen Indikator wird folgender Einflussfaktor bei der Adjustierung berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit
<p>Gestufte Dialog</p>	<p>Referenzbereich: \geq Landeswert</p>
<p>Auswertung</p>	<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. Alle Rettungsdienstbereiche, Notarztstandorte und Rettungswachen erhalten eine Auswertung.</p>

**Bemerkungen/
Sonstiges**

Methodische Hinweise

- 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.
- Die Verwendung der RTW- und Leitstellendaten beschränkt sich auf die Ergänzung nicht dokumentierter Felder der Dokumentation von notärztlich besetzten Rettungsmitteln.
- Verantwortlichkeit kann differenziert werden: NA (begrenzt beeinflussbar), Rettungsdienstbereich (begrenzt beeinflussbar), Krankenhausstruktur
- Erwachsene mit nichttraumatischem OHCA sollen nach lokalen Regeln in ein 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.
- Aufgrund eines Exportfehlers bei Fällen ohne notärztlich begleiteten Transport werden derzeit nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.

Potenzielle Fehlanreize

- unverhältnismäßig lange Transportzeiten

Maßnahmen

- Indikatoren „Prähospitalzeit“ und „Prähospitalzeit ≤ 60 min: ST-Hebungsinfarkt“
- ergänzende Betrachtung der Transportzeit
- Die Auswertung der „Qualität der Versorgung bei Tracerdiagnosen“ beinhaltet zwei weitere Informationsebenen:
 - 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“
 - Prähospitalzeit ≤ 60 min