

Indikatorendatenblatt

Indikator	Primärer Transport akutes zentral-neurologisches Defizit: Klinik mit Schlaganfalleinheit
Nummer	6-1-4
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> ○ Adjustierung für Stellungnahmen ○ Eignung Zielklinik ○ Initialer GCS
Qualitätsziel	Patientinnen und Patienten mit akutem zentral-neurologischen Defizit sollen primär in ein Krankenhaus mit Schlaganfalleinheit transportiert werden.
Rationale	<p>Die Prognose von Schlaganfällen kann durch schnelle Diagnostik, adäquate Therapie und rechtzeitig einsetzende Frührehabilitation deutlich verbessert werden. Die Behandlung in Schlaganfalleinheiten erhöht signifikant die Wahrscheinlichkeit des Überlebens, die Chance wieder in den häuslichen Rahmen zurückzukehren und den Grad der Unabhängigkeit nach akutem Schlaganfall bei gleichzeitig statistisch verkürztem stationärem Aufenthalt.</p> <p>Alle Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen akuten Schlaganfall inklusive einer transitorisch ischämischen Attacke (TIA) müssen ausnahmslos notfallmäßig in die nächstgelegene zertifizierte Schlaganfalleinheit eingewiesen und dort umgehend diagnostiziert werden. Nur in begründeten Einzelfällen kann hiervon abgewichen werden. Soweit bereits präklinisch zu erkennen ist, dass die therapeutischen Möglichkeiten einer Lokalen Schlaganfallstation nicht ausreichen, ist die Patientin/der Patient direkt in einen Regionalen Schlaganfallschwerpunkt (regionale Stroke Unit) bzw. in ein Schlaganfallzentrum (überregionale Stroke Unit) einzuweisen.</p>
Literatur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.: S2e-Leitlinie Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls (2021) 2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V.: S3-Leitlinie Schlaganfall (2020) 3. Deutsche Gesellschaft für Neurologie et al.: S2k-Leitlinie Behandlung von spontanen intrazerebralen Blutungen (2021) 4. Ministerium für Soziales und Integration: Baden-Württembergs Konzeption zur Akutversorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten im Krankenhaus (Juli 2025) 5. Trentzsch, H. Fischer, M., Marung H. et al.: Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2025) 6. Ärztliche Leitungen Rettungsdienst Baden-Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Sachsen-Anhalt: Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst (2023) 7. Sun Y, Paulus D, Eyssen M, Maervoet J, Saka O. A systematic review and meta-analysis of acute stroke unit care: what's beyond the statistical significance? BMC medical research methodology. 2013; 13:132
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 TIA, Apoplex, SAB oder ICB • Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> ○ Fälle mit traumabedingter ICB/SAB ○ ambulante Versorgung/Übergabe an anderes Rettungsmittel ○ Transport ohne Notärztin/Notarzt (nur bei Notarzteinsätzen) ○ Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient ○ Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht ○ Tod vor Erreichen des Transportziels <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transportziel Krankenhaus mit zertifizierter Schlaganfallereinheit
Datenquellen	MIND (RTW, notarztbesetzte Rettungsmittel), Leitstellendaten
Einflussfaktoren/ Adjustierung	<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 (nur bei Notarzteinsätzen) • Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient • Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht • Tod an der Einsatzstelle/während des Transports <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • In Einzelfällen ist bei akuter vitaler Bedrohung und langen Transportzeiten in die geeignete Klinik u. U. der Transport in die nächstgelegene Klinik sinnvoll. • Aktualität der zu Grunde gelegten Krankenhausdatenbank (geeignetes Transportziel) <p>Adjustierung (für Stellungnahmen im Rahmen des Gestuften Dialogs)</p> <p>Es gibt Faktoren, die durch das rettungsdienstliche Personal nicht beeinflusst werden können und deren Auswirkungen dazu führen können, dass die Nichterfüllung von im Indikator genannten Anforderungen in Einzelfällen gerechtfertigt sein kann. Ziel der Adjustierung ist es, solche Einflussfaktoren bei der Bewertung zu berücksichtigen, sofern dies anhand der Datensätze erkennbar ist. Dementsprechend werden Fälle, bei denen solche Einflussfaktoren vorliegen und die die Indikatorkriterien nicht erfüllen, ausgeschlossen. Aus der dann verbleibenden (eingeschränkten) Grundgesamtheit wird das adjustierte Indikatorergebnis berechnet und auf dieser Basis wird über die Anforderung von Stellungnahmen entschieden.</p> <p>Für diesen Indikator sind dies folgende Einflussfaktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinder/Jugendliche vor der Vollendung des 18. Lebensjahres • nächste geeignete Klinik nicht aufnahmebereit • Symptombeginn vor > 24 Stunden
Gestufte Dialog	Referenzbereich: \geq Landeswert
Auswertung	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.

Bemerkungen/ Sonstiges	<p>Methodische Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none">• Die Berechnung dieses Indikators erfolgt separat für Einsätze mit und ohne notärztliche Beteiligung.• Die Verwendung der Leitstellendaten beschränkt sich auf Ergänzung nicht dokumentierter Felder der Dokumentation von RTW und notarztbesetzten Rettungsmitteln.• Aufgrund eines Exportfehlers bei Notarzteinsätzen ohne notärztlich begleiteten Transport werden derzeit für den notärztlichen Indikator nur Fälle mit notärztlich begleitetem Transport berücksichtigt.• Die Unterscheidung von ischämischen und hämorrhagischen Insulten ist präklinisch kaum möglich, daher werden beide Formen eingeschlossen.• Verantwortlichkeit kann differenziert werden: NA/RD (begrenzt beeinflussbar), Rettungsdienstbereich (begrenzt beeinflussbar), Krankenhausstruktur <p>Potenzielle Fehlanreize</p> <ul style="list-style-type: none">• unverhältnismäßig lange Transportzeiten <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none">• Indikatoren „Prähospitalzeit“ und „Prähospitalzeit ≤ 60 min: akutes zentral-neurologisches Defizit“• ergänzende Betrachtung der Transportzeit• Die Auswertung der „Qualität der Versorgung bei Tracerdiagnosen“ beinhaltet zwei weitere Informationsebenen:<ul style="list-style-type: none">o leitliniengerechte Versorgung (siehe QI 5-4-1 bis 5-4-4)o Prähospitalzeit ≤ 60 min (siehe QI 5-6-1 bis 5-6-6)
-----------------------------------	--