

24.–25. März 2026

13. Bad Boller Reanimations- und Notfall- gespräche

INNERKLINIK

**Aus Risiken
Sicherheit generieren**



team for SURVIVAL

BAD BOLLER REANIMATIONS- UND NOTFALLGESPRÄCHE

Die Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche sind **der** Think Tank zu Fragen der Reanimations- und Notfallversorgung in Deutschland.

Initiativen und Programme werden aus Bad Boll herausgetragen und finden bundesweiten Anklang: Zahlreiche Initiativen füllen konkrete Projekte mit Leben. So wird das gemeinsame Ziel vorangetrieben: Eine Verbesserung der Überlebensrate nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand zu erreichen und das System der Notfallversorgung in Deutschland zu optimieren.

Im Fokus 2026 stand die innerklinische Reanimation, da aktuelle Daten einen erheblichen Handlungsbedarf aufzeigen: Trotz vorhandener Strukturen bestehen große Unterschiede in der Versorgungsqualität und den Überlebenschancen.

Gemeinsames Grußwort von BDA, DGAI und dem Deutschen Reanimationsregister

Prof. Dr. med. Grietje Beck
Prof. Dr. med. Gernot Marx
Prof. Dr. med. Jan-Thorsten Gräsner

Die Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche stehen seit vielen Jahren für fachliche Exzellenz, interprofessionellen Dialog auf Augenhöhe und eine besondere Atmosphäre, die viele mit dem „Geist von Bad Boll“ verbinden. Für BDA, DGAI und das Deutsche Reanimationsregister sind sie weit mehr als ein wissenschaftliches Forum: Sie sind ein Ort, an dem komplexe Fragen der Notfall- und Reanimationsversorgung wissenschaftlich fundiert, strukturell durchdacht und mit Blick auf die konkrete Versorgungsrealität weiterentwickelt werden.

Das Besondere an Bad Boll ist, dass die hier entstehenden Impulse nicht abstrakt bleiben. Aus Analyse, Erfahrung und Austausch erwachsen konkrete Konzepte, Initiativen und Versorgungsstrukturen, die bundesweit Wirkung entfalten. Dieses Format lebt von den Menschen, die Verantwortung übernehmen – in Klinik, Wissenschaft, Politik und Verwaltung – und die gemeinsam daran arbeiten, die Überlebenschancen nach Herz-Kreislauf-Stillstand nachhaltig zu verbessern.

Ein sichtbares Beispiel für diese gemeinsame Entwicklung im prähospitalen Bereich sind die „10 Thesen für 10.000 Leben“. Sie haben sich als strategischer Kompass erwiesen, weil sie Prävention, Akutversorgung, Nachsorge und Forschung entlang der gesamten Überlebenskette zusammenführen. Seit ihrer ersten Formulierung im Jahr 2014 konnten in der außerklinischen Reanimation messbare Fortschritte erzielt werden. Dass evidenzbasierte, langfristige und konsequent umgesetzte Strategien Wirkung zeigen, ist ein großer gemeinsamer Erfolg. Dies ist unser Ansporn für die Optimierung der Versorgung von Notfällen im Krankenhaus.

Im Jahr 2026 richtete sich daher der Fokus auf die innerklinische Notfallversorgung und Reanimation. Auch hier wurden in den vergangenen Jahren wichtige Fortschritte erreicht, zugleich bleibt die Aufgabe bestehen, Qualität, Prozesse und Verantwortlichkeiten systematisch weiterzuentwickeln. Der BDA begleitet diesen Weg mit voller Überzeugung als berufspolitische Stimme und verlässlicher Brückenbauer im Notfallsystem. Die DGAI setzt als wissenschaftliche Fachgesellschaft mit der innerklinischen Resuscitation Academy Deutschland zusätzliche Impulse für eine nachhaltige Qualitätsentwicklung in den Kliniken.

Wesentliche Grundlage hierfür ist erneut das Deutsche Reanimationsregister. Es macht Entwicklungen sichtbar, schafft wissenschaftliche Orientierung und zeigt zugleich, wo weiterer Handlungsbedarf besteht. Gemeinsam mit der Resuscitation Academy Deutschland steht es für einen Ansatz, der Denken, Messen und Handeln eng miteinander verzahnt. Sowohl für den Rettungsdienst als auch für die Kliniken.

BDA, DGAI und das Deutsche Reanimationsregister verbindet das Ziel, starke wissenschaftliche Grundlagen, verlässliche Strukturen und eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten weiter auszubauen. Unser gemeinsamer Dank gilt daher allen, die Bad Boll Jahr für Jahr mit Expertise, Engagement und Verantwortung füllen.



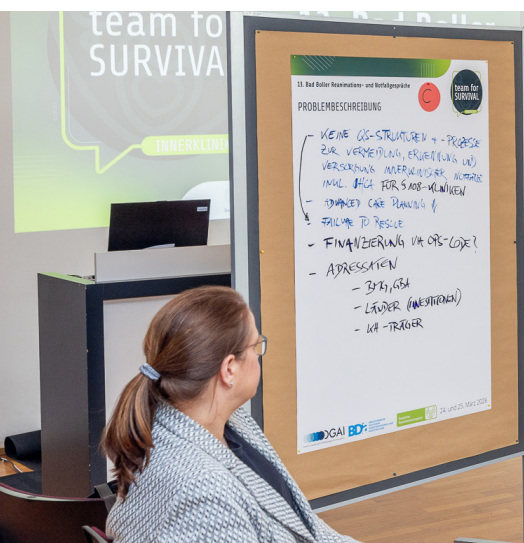
Prof. Dr. med. Grietje Beck
Präsidentin des Berufsverbands Deutscher
Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)



Prof. Dr. med. Gernot Marx
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)



Prof. Dr. med. Jan-Thorsten Gräsner
Sprecher des Organisationskomitees
des Deutschen Reanimationsregisters



Einordnung und Perspektiven der Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche

Prof. Dr. med. Jan-Thorsten Gräsner

Die Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche haben in den vergangenen Jahren gezeigt, dass aus einem fachlich offenen und auch kontroversen Austausch konkrete Verbesserungen für die Versorgung entstehen können. Gerade im prähospitalen Bereich wurde deutlich, dass Bad Boll nicht bei der Diskussion stehen bleibt: Themen wie Laienreanimation, Ausbildung von Schülerinnen und Schülern, Telefonreanimation, strukturierte Post-Reanimationsbehandlung und professionelles Reanimationstraining wurden hier mit angestoßen und anschließend in Versorgung, Fachpolitik und Gesetzgebung weitergetragen. Der wesentliche Erfolg des Formats liegt damit darin, Wissen, Erfahrung und Umsetzung miteinander zu verbinden.

Mit dem innerklinischen Schwerpunkt rückt nun ein Bereich in den Mittelpunkt, in dem bereits Fortschritte sichtbar sind, der aber weiterhin erhebliches Entwicklungspotenzial aufweist. Die Daten aus Deutschland zeigen bei begonnenen innerklinischen Reanimationen etwa 56% Return of Spontaneous Circulation (ROSC), 33% Ein-Tages-Überleben, 17% 30-Tage-Überleben und 12% gutes neurologisches Outcome. Internationale Vergleichsdaten liegen zum Teil höher: Für Schweden werden ROSC-Raten von 45–72% und 30-Tage-Überlebensraten von 18–49% berichtet, für Dänemark etwa 53% ROSC und für Großbritannien bis zu 75% ROSC. Diese Zahlen sind wegen unterschiedlicher Erfassung, Inzidenzen und Fallselektion nicht unmittelbar gleichzusetzen, sie markieren aber klar den Rahmen dessen, was erreichbar sein kann.

Eine zentrale Grundlage für die Einordnung dieser Unterschiede ist das Deutsche Reanimationsregister. Es macht Entwicklungen über viele Jahre sichtbar, erlaubt den Vergleich zwischen Standorten und zeigt, wo Prozesse, Strukturen und Behandlungsqualität weiter verbessert werden müssen. Auch die aktuellen Empfehlungen zur Verbesserung der innerklinischen Reanimationsversorgung betonen, dass leistungsfähige Systeme klare Alarmierungswege, standardisierte Abläufe, Datennutzung und konsequente Qualitätsentwicklung brauchen.

Genau an dieser Stelle gewinnt die innerklinische Resuscitation Academy als neues Format besondere Bedeutung. Sie kann die Brücke zwischen Analyse und Umsetzung schlagen und damit für den innerklinischen Bereich das leisten, was im prähospitalen Bereich bereits erfolgreich vorgedacht und weiterentwickelt wurde: bewährte Prinzipien systematisch in Kliniken zu übertragen, Teams zu stärken, Prozesse zu standardisieren und Ergebnisse messbar zu verbessern. Die von ILCOR formulierten „10 Steps toward improving in-hospital cardiac arrest quality of care“ bieten hierfür einen internationalen Orientierungsrahmen, der nun in die Versorgungspraxis übersetzt werden muss.

Dabei geht es nicht nur um Technik und Organisation, sondern auch um Haltung. Das häufig Michael K. Copass zugeschriebene Zitat „What you believe determines how you perform“ bringt diesen Gedanken prägnant auf den Punkt: Wer Reanimation als gestaltbare, verbesserbare Aufgabe versteht, schafft eher die Voraussetzungen für gute Ergebnisse. Gerade deshalb ist es das Ziel, Kreislaufstillstände möglichst zu verhindern, Behandlungsentscheidungen bewusst und verantwortlich zu treffen, Reanimation im Ereignisfall in höchster Qualität durchzuführen und zugleich auch das Wohlbefinden der Mitarbeitenden mitzudenken.

Die Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche 2026 können damit ein Ausgangspunkt sein, um den nächsten Entwicklungsschritt für die innerklinische Notfallversorgung anzustoßen.

Sicherheitskultur im Krankenhaus und der unerwartete Herz-Kreislauf-Stillstand als Qualitätsindikator

Prof. Dr. med. Matthias Fischer

Der Patient/die Patientin erwartet, wenn er/sie zu einer Behandlung in ein Krankenhaus gehen muss, dass er/sie dort geheilt wird und die Klinik gesund verlässt. Er/Sie erwartet Patientensicherheit und ein adäquates Risikomanagement.

Die Herstellung von Sicherheit im Krankenhaus ist vielgestaltig: Patientenarmbänder und Checklisten verhindern die Verwechslung; digitale Patientenakten vermeiden Übertragungsfehler; Medikationssicherheit durch Unit-Dose-Systeme; Hygienemaßnahmen, SOPs zur Sterilgut-Aufbereitung und Händedesinfektion-Kampagnen vermindern Infektionen; externe Sicherheitsanalysen, Audits und Peer-Review-Verfahren prüfen und verbessern die Abläufe in der Patientenversorgung.

Zu den proaktiven Methoden des klinischen Risikomanagements zählt man: Peer-Review-Verfahren, Audits, Fehlerbaumanalysen, Szenarioanalysen und systematische Datensammlung. Das Deutsche Reanimationsregister sammelt systematisch Daten aus der Notfallversorgung der Krankenhäuser und stellt Analysen und Berichte zur Verfügung.

Die ERC-Leitlinien 2025 empfehlen klar Maßnahmen zur Verhinderung des innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstands (IHCA), dazu gehören: Advanced Care Planning, Early Warning Score Systems, Staff Trainings, Early Call for Help, Medical Emergency Teams, Sufficient Intermediate or Intensive Care Capacity.

Auf Basis des Reanimationsregisters und einer gemessenen Inzidenz von 1,6 bis 2,2 pro 1.000 stationäre Fälle ist bei ca. 17,5 Millionen stationären Fällen mit 28.000 bis 38.500 unerwarteten IHCA mit Reanimation pro Jahr zu rechnen. Zur Verifizierung haben wir den OPS-Code 8-77 analysiert, er wird zur Kodierung von IHCA und OHCA verwendet. In den Jahren 2023 und 2024 wurden 82.146 und 81.510 Patientinnen und Patienten erfasst. Nach Abzug von ca. 25% Doppelkodierungen und ca. 24.000 OHCA-Patientinnen und -Patienten verbleiben etwa 37.500 Fälle mit IHCA und Reanimation. Somit ergeben zwei Berechnungen übereinstimmend eine Anzahl von 28.000 bis 38.000 IHCA-Patient-

innen und -Patienten pro Jahr. Da ca. 80% davon versterben, ergibt dies ca. 30.000 Todesfälle pro Jahr in den deutschen Kliniken, von denen ein Teil potenziell vermeidbar wäre. Das ist deutlich mehr als die ca. 3.000 Verkehrstoten pro Jahr.

Die Befragungsstudie des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (KhaSimMiR, 2023) zeigt auf, dass z.B. perioperative Checkliste oder Dekubitus-Management zu >90% systematisch umgesetzt sind. Aber Maßnahmen zur Früherkennung von Patientinnen und Patienten mit Komplikationen sind nur zu 25% systematisch umgesetzt. Bei 75% der Krankenhäuser gibt es keine fest etablierten Systeme, Risikopatientinnen und -patienten zu erkennen und durch ein MET-Team behandeln zu lassen. Simulations- und Teamtraining für das Personal sind nur in 25% bis 37% der Kliniken etabliert. Eine rezente Meta-Analyse zeigt, dass die Etablierung von MET-Teams die Wahrscheinlichkeit für einen IHCA um 40–50% senken kann.

Fazit und Handlungsbedarf: Sicherheitskultur und Risikomanagement sind hochrelevante Themen für Krankenhäuser aber insbesondere für unsere Patientinnen und Patienten. Das Reanimationsregister sollte flächendeckend umgesetzt werden, der IHCA sollte verhindert werden, durch Umsetzung von advanced care planning, Early-Warning-Score-Systemen, Medical Emergency Teams und ausreichender IMC und Intensivkapazität.



Überzeugende Konzepte liegen längst vor – sie sind jedoch noch nicht flächendeckend umgesetzt. Formate wie die Bad Boller Gespräche bieten die Chance, Entscheidungsträger gezielt zu erreichen und genau das voranzubringen: Krankenhäuser zu einem noch sichereren Ort für Patientinnen und Patienten zu machen.

Prof. Dr. med. Axel Heller
Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Augsburg

Besonders wertvoll ist für mich der interdisziplinäre Austausch mit Expertinnen und Experten unterschiedlichster Fachrichtungen und Professionen. Dieses Jahr habe ich mitgenommen, dass wir noch viel zu tun haben, um die Datenbasis für die innerklinische Reanimation zu verbessern.

Prof. Dr. Sina Coldewey, MD PhD
Direktorin des Instituts für Anästhesiologie und Perioperative Medizin am Universitätsspital Zürich

Es ist sehr spannend, dass hier so viele Expertinnen und Experten zusammengebracht werden. Jede und jeder bringt Best Practices mit, die gut funktionieren. Aus diesem Erfahrungsschatz kann man sich bedienen und die Ansätze auf den eigenen Krankenhausstandort übertragen.

Univ.-Prof. Dr. med. Jens-Christian Schewe
Leiter der perioperativen Intensivmedizin, Universitätsmedizin Rostock



Es war eine schöne und spannende Veranstaltung mit vielen Expertinnen und Experten, die zahlreiche Ideen und Maßnahmen entwickelt haben, wie innerklinische Notfälle vermieden oder besser behandelt werden können. Ich wünsche diesem Thema den gleichen Erfolg wie den außerklinischen Gesprächen.

Renate Höchstetter
 Ärztliche Referentin,
 Verband der Universitätsklinika

Der Austausch hier in Bad Boll ist ein wichtiger Ausgangspunkt, um Impulse in Politik und Fachgesellschaften zu setzen – etwa für eine Leitlinie zum innerklinischen Notfallmanagement und einen nationalen Score zur Früherkennung kritisch kranker Patientinnen und Patienten im Krankenhaus.

Stefan Lenkeit, M.Sc.
 pflegerische Abteilungsleitung Klinische Akut- und Notfallmedizin, Zentrale Notaufnahme und Beobachtungsstation, GFO Kliniken Troisdorf

Bad Boll ist für mich erneut geprägt von hervorragenden Diskussionen. Gerade im Bereich Advance Care Planning und der Frage, wie Patientinnen und Patienten bei kritischen Ereignissen im Krankenhaus individuell behandelt werden sollen, werden die Inhalte auch für die Öffentlichkeit relevant sein.

Dr. Holger Maurer
 stellv. Direktor der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, UKSH, Campus Lübeck



Regulatorische Rahmenbedingungen: Vom Strukturrahmen zur datengestützten Qualitätssicherung

Dr. med. Alexandra Ramshorn-Zimmer

Innerklinische Herz-Kreislauf-Stillstände sind nicht nur Akutereignisse, sondern ein Gradmesser der klinischen Sicherheitsarchitektur. Ihre Reduktion wird bundesrechtlich bislang vor allem indirekt adressiert: über das gesetzlich verankerte Qualitätsmanagement, klinisches Risikomanagement, Personalvorgaben und Notfallstrukturen. Diese Regelungen stärken die Voraussetzungen für Früherkennung, Eskalation und Reaktionsfähigkeit, schaffen bislang jedoch weder eine ausdrückliche bundesrechtliche Pflicht zu Medical Emergency Teams oder Rapid Response Teams noch zur systematischen registerbasierten Vollerfassung innerklinischer Herz-Kreislauf-Stillstände.

Gerade daraus ergibt sich die strategische Bedeutung der aktuellen strukturellen und regulatorischen Entwicklungen: der Digitalisierung als Vorstufe einer registerfähigen Ordnung. Das Krankenhauszukunftsgesetz hat wesentliche digitale Infrastrukturen in den Krankenhäusern angestoßen; hinzu kommen die elektronische Patientenakte und Interoperabilitätsstandards für informationstechnische Systeme in Krankenhäusern. Erst sie schaffen jene Datenverfügbarkeit und Anschlussfähigkeit, ohne die eine registergestützte Qualitätssicherung dauerhaft begrenzt bliebe.

Vor diesem Hintergrund kommt dem Medizinregistergesetz, das derzeit als Kabinettsentwurf vorliegt, besondere Bedeutung zu. Es soll die Erhebung, den Austausch und die Nutzung von Medizinregisterdaten erleichtern, die Qualitätsentwicklung der Register fördern und einen übergreifenden Rechtsrahmen für bislang nicht spezialgesetzlich geregelte Medizinregister schaffen. Sein ordnungspolitischer Kern besteht darin, Register nicht länger als heterogene Datensammlungen, sondern als qualifizierungsbedürftige Infrastruktur der Versorgung, Qualitätssicherung und versorgungsnahen Forschung zu behandeln. Vorgesehen sind ein Zentrum für Medizinregister beim BfArM, ein Medizinregisterverzeichnis und ein Qualifizierungsverfahren; erst qualifizierte Register erhalten die besonderen gesetzlichen Datenverarbeitungsbefugnisse. Registerqualität wird damit rechtsförmig operationalisiert.

Die gesundheitspolitische Tragweite des Medizinregistergesetzes liegt somit nicht in einem Automatismus der Vollerfassung, sondern in der Schaffung eines regulatorischen Rahmens für die umfassende Nutzung qualifizierter Registerdaten. In Verbindung mit der parallelen Digitalisierung erhöht es die Chancen auf bessere Datenverfügbarkeit und Vollzähligkeit und schafft zugleich die Grundlage, Erkenntnisse aus dem Deutschen Reanimationsregister systematisch in die Versorgung zurückzuführen. Registerdaten können so zu einem Instrument kontinuierlicher Qualitätsverbesserung werden – nicht nur retrospektiv in der Analyse, sondern prospektiv in der Früherkennung kritischer Verläufe und der Prävention kritischer Ereignisse. Das Gesetz markiert damit den Beginn einer neuen Entwicklungsstufe: von der engagierten Registerpraxis hin zu einer rechtlich abgesicherten, interoperablen und lernfähigen Qualitätsinfrastruktur, deren Nutzung einen Beitrag zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität leisten kann.



Daten aus dem Deutschen Reanimationsregister zum innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstand

PD Dr. med. Jan Wnent

Die Inzidenz des innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstands liegt international aktuell bei 1,8 bis 2,5 und in den Daten aus dem Deutschen Reanimationsregister in Deutschland bei 2,2 innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillständen pro 1.000 stationäre Fälle/Jahr, stark abhängig davon, welches Krankenhauskollektiv und welche europäischen Länder betrachtet werden. Hier fehlt aktuell international eine Risikoadjustierung zur besseren Vergleichbarkeit unterschiedlicher Krankenhäuser.

Die einheitliche innerklinische Notrufnummer wird seit 2005 seitens des ERC empfohlen. Eine Umfrage in 14 europäischen Ländern zeigt, dass in nur 13% der befragten Krankenhäuser diese Empfehlung derzeit umgesetzt ist.

Im Vergleich zur außerklinischen Reanimation sind die IHCA-Patientinnen und -Patienten etwas älter, mit durchschnittlich 73,1 Jahren. Fast 40% der Fälle betreffen die Altersgruppe der über 80-Jährigen. Mit 64% sind Männer häufiger betroffen als Frauen.

In 92% der Fälle werden Reanimationsmaßnahmen vor Eintreffen des MET-Teams begonnen. In 60% der Fälle sind Patientinnen und Patienten auf der Normalstation betroffen.

Kardiale Ursachen machen ca. 47% der Fälle aus. Der Anteil respiratorischer bzw. hypoxämischer Ursachen ist mit 31% deutlich höher als in der Präklinik und stellt eine primär reversible Ursache des IHCA da.

Der Anteil der primär defibrillierbaren EKG-Rhythmen ist seit Jahren stabil bei 11-14% und damit noch einmal niedriger als bei Patientinnen und Patienten die durch den Rettungsdienst reanimiert werden.

Es zeigt sich eine Häufung der Ereignisse morgens zwischen 6 und 7 Uhr. Die Wahrscheinlichkeit nimmt über den Lauf des Tages ab.

Ungefähr 57% der Patientinnen und Patienten erreichen einen ROSC, das 30-Tage-Überleben liegt bei 17%. Es zeigen sich deutliche Unterschiede im primären Reanimationsergebnis in Abhängigkeit von der Tageszeit und dem Wochentag. Eine weitergehende wissenschaftliche Betrachtung des innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstandes ist dringend erforderlich.

2,2

innerklinische Herz-Kreislauf-Stillstände
pro 1.000 stationäre Fälle / Jahr

92%

Reanimationsmaßnahmen
vor Eintreffen des MET-Teams

60%

der Reanimationen erfolgen
auf der Normalstation

57%

Patientinnen und Patienten
erreichen einen ROSC

17%

30-Tage-Überleben

Seewald S, Fischer M, Gräsner J-T, Wnent J,
Hoffmann H, Rück L, et al:

Jahresbericht des Deutschen
Reanimationsregisters:

Innerklinische Reanimation 2024.

Anästh Intensivmed 2025;66:V117-V121.

DOI: 10.19224/ai2025.V117

Ergebnisse der Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche 2026

Die Dimension des Problems

Nach Zahlen des Deutschen Reanimationsregisters, an dem aktuell 236 Kliniken in Deutschland teilnehmen, kommt es bundesweit hochgerechnet zu 28.000 bis 38.000 innerklinischen Reanimationen pro Jahr. Zum Vergleich: Im Jahr 2025 wurden in Deutschland etwa ein Zehntel, 2.800, Verkehrstote registriert. Die Inzidenz des innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstands liegt bei 1,6 bis 2,2 pro 1.000 stationäre Patientenfälle und Jahr und entspricht damit weitgehend internationalen Angaben von 1,8 bis 2,5 pro 1.000, abhängig von den jeweiligen Einschlusskriterien. 60% der Ereignisse treten auf Normalstationen auf. Ein Teil dieser Herz-Kreislauf-Stillstände ist potentiell vermeidbar.

Die betroffenen Patientinnen und Patienten sind im Mittel 73 Jahre alt, fast 50% sind jünger als 73 Jahre. Ursächlich sind in 47% kardiale und in 31% respiratorische beziehungsweise hypoxämischer Genese. Das unterscheidet die innerklinische Situation deutlich vom außerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstand, bei dem in mehr als 70% kardiale Ursachen vorliegen. Auch schockbare Rhythmen sind mit 11% bis 14% deutlich seltener als im präklinischen Bereich.

Positiv ist, dass bei 92% der betroffenen Patientinnen und Patienten bereits vor Eintreffen des Notfallteams Erstmaßnahmen durch das Stationspersonal erfolgen.

Die primären Überlebensraten (ROSC) variieren jedoch je nach Standort erheblich und liegen zwischen 31% und 73%. Ein signifikant schlechteres Outcome zeigt sich in Nachtschichtzeiten mit 43% ROSC sowie an Wochenenden. Bezogen auf einen Erfassungszeitraum von mehr als 15 Jahren überleben 33% der Patientinnen und Patienten die ersten 24 Stunden, das 30-Tage-Überleben liegt im Durchschnitt bei 17%.

Sowohl diese deutlichen Ergebnisunterschiede innerhalb des Deutschen Reanimationsregisters als auch die internationalen Vergleiche machen klar, dass weiterhin erhebliches Optimierungspotenzial besteht, um mehr Patientinnen und Patienten zu retten.

Genau hier setzen die Bad Boller Reanimations- und Notfallgespräche 2026 an, indem sie konkrete Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der Versorgung formulieren.



Lösungsansätze

Die oben angeführten Zahlen verdeutlichen den Handlungsbedarf, der sich zum Teil auch aus einer Fragmentierung des Versorgungsprozesses ergibt. Hier scheint aktuell aus Sicht der teilnehmenden Expertinnen und Experten eine Identifikation des medizinischen Personals mit dem Gesamtprozess nicht immer ausreichend vorhanden zu sein.

Zur Erkennung der Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko für ein unerwartetes Ereignis im Sinne einer ungeplanten Aufnahme auf die Intensivstation oder eines innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstands ist ein risikoadaptiertes Monitoring sinnvoll. Dies inkludiert auch die notwendige Einführung eines einheitlichen Early Warning Scores, wie zum Beispiel den National Early Warning Score (NEWS 2), zumindest auf der Ebene des Krankenhauses, besser aber auf regionaler oder nationaler Ebene.

Ferner ist es notwendig, medizinisch nicht indizierte Reanimationen zu vermeiden. Dazu gehört auch die konsequente Umsetzung eines Advanced Care Planning und die Erhebung des Patientenwillens in Bezug auf die Intensivtherapie und Reanimation, bei Aufnahme in das Krankenhaus. Dies ist besonders relevant, da ein wesentlicher Anteil der Patientinnen und Patienten deutlich vorerkrankt und von fortgeschrittenem Alter ist. Internationale Daten, beispielsweise aus Schweden zeigen, dass bis zu 89% der Patientinnen und Patienten eine Therapie-limitierung wünschen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die einheitliche, flächendeckende und kontinuierliche Ausbildung in Basis- und erweiterten Notfallmaßnahmen für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Dies führt zu einer signifikanten Verbesserung der Versorgungssicherheit, reduziert das Risiko eines Second-Victim-Phänomens und führt zu einer verbesserten Mitarbeitendenzufriedenheit. Dieser Aspekt wurde in den aktuellen ILCOR Leitlinien und erstmals auch im Konzept der innerklinischen 10 Schritte zur Optimierung der Patientenversorgung ausdrücklich erwähnt. Hierbei spielen Debriefing, Vermeidung von Never Events und strukturierte Fall-Konferenzen eine zentrale Rolle.

Um einen Verbesserungsprozess anzustoßen, muss sowohl, gemäß der Utstein „Formula for Survival“ das Problem wissenschaftlich aufgearbeitet, als auch Schulungen durchgeführt, sowie die Implementierung von Maßnahmen vorangebracht werden (Wissenschaft x Ausbildung x Implementierung = Überleben). Jede Schwächung eines einzelnen Faktors hat direkte Auswirkungen auf den Therapieerfolg.

Ziel muss es sein, von der aktuell eher Problemfokussierung hin zu einer lösungsorientierten Einstellung zu kommen, um aus Risiken Sicherheit zu generieren.



Konkrete Forderungen

Deutschlandweite

Etablierung

von Advanced

Care Planing

1.

Die Perspektive der Patientinnen und Patienten bildet die Basis jeder medizinischen Therapie und steht damit auch im innerklinischen Notfallmanagement im Mittelpunkt. Daher sollte bei Aufnahme ins Krankenhaus gezielt nach Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht und anderer Therapielimitierungen gefragt sowie diese im Laufe der Behandlung im interdisziplinären und multiprofessionellen Team mit den Patientinnen und Patienten sowie den Angehörigen festgelegt werden. Diese Festlegungen müssen jederzeit – auch im Notfall – sicher verfügbar vorliegen. Analoge Empfehlungen existieren bereits für den Pflegebereich, geregelt im § 132g SGB V.

Insbesondere innerklinische Herz-Kreislauf-Stillstände kündigen sich häufig durch eine vorherige Verschlechterung von Vitalwerten an und sind damit in vielen Fällen durch eine konsequente risikoadaptierte Patientenüberwachung und eine zielgerichtete, frühzeitige Therapie, vermeidbar. Die Nutzung von Wearables in Hochrisikobereichen kann das Monitoring ergänzen. Ebenso ermöglicht eine Vermeidung von ungeplanten Aufnahmen auf die Intensivstation, diese knappe Ressource im Krankenhaus zu schonen.

Daher wird die verbindliche Einführung von Early Warning Scores (NEWS 2) in allen deutschen Krankenhäusern gefordert. Diese Etablierung muss durch Schulungen des Stationsteams im Fokus auf eine Sicherheitskultur flankiert werden. Darüber hinaus sollte sich die Schulung des NEWS auch in der Pflegeausbildung und dem Medizinstudium wiederfinden.

Einführung von

Early Warning Scores

und flächendeckende

risikoadaptierte

Patientenüberwachung

2.

Qualifizierung des Personals auf Stationen und in Funktionsbereichen

3.

Zeitkritische Notfälle erfordern eine direkte, strukturierte und zielgerichtete Erstversorgung vor Eintreffen von Notfallteams. Hierfür müssen alle Mitarbeitenden in Krankenhäusern mindestens jährlich

- in der Erkennung von kritischen Veränderungen bei Patientinnen und Patienten im Sinne der Anwendung des EWS
- in Basismaßnahmen der Wiederbelebung

geschult werden.

Das Basisnotfallmaterial sollte in Krankenhäusern einheitlich verbindlich festgelegt und in allen Bereichen unmittelbar verfügbar sein. Hierzu zählt auch die entsprechende Ausstattung mit Defibrillatoren.

Seit über 15 Jahren empfehlen die Leitlinien des European Resuscitation Council (ERC) und diverse Fachgesellschaften und Berufsverbände die Verwendung einer europaweit einheitlichen Notrufnummer für das Krankenhaus, um Mitarbeitenden und Besuchenden Sicherheit zu geben. Diese Empfehlungen zur flächendeckenden Einführung der 2222 sollte in ganz Deutschland umgesetzt werden.

4.

Einheitliche innerklinische Notrufnummer einführen

Einführung eines Medizinischen Einsatzteams (MET)

Entsprechend der Empfehlungen der europäischen Leitlinien ist für alle deutschen Krankenhäuser die Einführung eines Medizinischen Einsatzteams (MET) zu fordern.

Dieses wird auf Basis des Early Warning Score alarmiert.

Medizinische Einsatzteams müssen folgende Struktur- und Ausstattungsmerkmale erfüllen:

- Teamleitung: Facharzt/Fachärztin in der unmittelbaren Versorgung von Patientinnen und Patienten mit notfallmedizinischem Bezug.
- Ärztliches Teammitglied: mind. 24 Monate Weiterbildungszeit, davon 6 Monate Intensivmedizin sowie die Zusatzweiterbildung Notfallmedizin.
- Mind. eine examinierte Pflegekraft, welche regelmäßige Erfahrung in der Versorgung von Notfall- und Intensivpatienten vorweisen kann.
- Alle Teammitglieder müssen regelmäßig in erweiterten Reanimationsmaßnahmen interdisziplinär und interprofessionell trainiert werden. Dies sollte mindestens jährlich erfolgen.
- Unmittelbare Verfügbarkeit vom Klinikeinheitlichen Notfallmaterial für die Behandlung reversibler Ursachen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes (inkl. Videolaryngoskopie, Kapnographie, Sonographie, invasive Blutdruckmessung).
- Festlegung der Teamrollen bei Dienstantritt.
- Datenerfassung im Deutschen Reanimationsregister.

5.

Unterstützungssysteme sollten etabliert werden

6.

Bei größeren Kliniken mit längeren Wegezeiten für das MET sollten Fahrzeuge und Unterstützungssysteme (z.B. durch die Nachbarstation) im Falle eines schwerwiegenden medizinischen Notfalls, analog zu First-Responder-Systemen im Rettungsdienst, etabliert werden.

Aktuell erfolgt keine flächendeckende Erfassung der innerklinischen Notfallversorgung. Am Deutschen Reanimationsregister nehmen 236 von 1.841 Krankenhäusern teil. Es muss eine deutschlandweite Datenerfassung erfolgen, um Qualitätsindikatoren ermitteln zu können sowie basierend auf diesen eine kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses anzustoßen.

7.

Kontinuierliche
Qualitätsverbesserung
auf Basis definierter
Qualitätsindikatoren

Zusammenfassung

In Deutschland erleiden jährlich **ca. 28.000–38.000 Patientinnen und Patienten einen innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstand mit hoher Letalität**. Ein erheblicher Anteil dieser Ereignisse ist vermeidbar. Durch die flächendeckende Implementierung von Early Warning Scores, einheitlicher Notrufnummer, medizinischer Einsatzteams (MET) mit begleitender Schulung der Mitarbeitenden sowie Qualitätssicherungsmaßnahmen kann die Sicherheitskultur im Krankenhaus nachhaltig gestärkt und die Mitarbeitendenzufriedenheit erhöht werden. Darüber hinaus sollte flächendeckend Advanced Care Planning in deutschen Krankenhäusern etabliert werden, um nicht indizierte Maßnahmen zu vermeiden und den Willen der Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt zu rücken.



Handlungsempfehlungen für die Geschäftsführung

Einheitliche Notrufnummer

Eine **einheitliche Telefonnummer** (2222) für innerklinische Notfälle.

Sicherheitskultur als Unternehmensziel verankern

Aktive Kommunikation der Sicherheitskultur und Ressourcenhinterlegung. Möglichkeit der ehrlichen Benennung von Never Events.

Notfallverantwortung pro Schicht

Benennung einer **notfallverantwortlichen Person** auf jeder Station bei Schichtübergabe.

Unterstützungssysteme einführen

Etablierung **von Unterstützungssystemen bei längeren Eintreffzeiten des MET** und schwerwiegenden medizinischen Notfällen.

NEWS 2 einführen

Einführung eines **flächendeckenden National Early Warning Score** sowie verpflichtende Schulung aller Berufsgruppen.

MET-Team einführen / ausbauen

Einführung **niederschwellig alarmierbarer MET-Teams**, welche entsprechende Qualifikations- und Ausstattungsanforderungen erfüllen.

ACP- und DNR-Prozess etablieren

Einführung von **Advance Care Planning** für alle Krankenhauspatientinnen und -patienten sowie Verfügbarkeit der Ergebnisse.

Interprofessionelles Notfalltraining

Regelmäßiges, interdisziplinäres und interprofessionelles Teamtraining in Basis- und erweiterten Notfallmaßnahmen für alle Mitarbeitenden.

Am Deutschen Reanimationsregister teilnehmen

Erhebung von **Qualitätsindikatoren und Benchmarking** mit Referenzstandorten.

Budget für Sicherheitskultur bereitstellen

Bereitstellung von Personal für Training und Prozessentwicklung **sowie Material**.

Impressum

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V.

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V.

Deutsches Reanimationsregister

Neuwieder Straße 9

90411 Nürnberg

Website

www.reanimationsregister.de

Kontakt

info@reanimationsregister.de