

Jahresbericht des Deutschen Reanimationsregisters

Innerklinisches Notfallmanagement 2025

S. Seewald^{1,2} · M. Fischer^{1,3} · J.-T. Gräsner^{1,2,3} · J. Wnent^{1,2,3} · H. Hoffmann^{1,3} · L. Rück^{1,3} · A. Ramshorn-Zimmer^{1,4} · B. Bein^{1,5}
und die teilnehmenden Kliniken im Deutschen Reanimationsregister

► **Zitierweise:** Seewald S, Fischer M, Gräsner J-T, Wnent J, Hoffmann H, Rück L et al:
Jahresbericht des Deutschen Reanimationsregisters: Innerklinisches Notfallmanagement 2025.
Anästh Intensivmed 2026;67:V107–V112. DOI: 10.19224/ai2026.V107

Deutsches
Reanimationsregister



Als Grundlage des Jahresberichts „Innerklinisches Notfallmanagement“ des Deutschen Reanimationsregisters dienen 11.103 Datensätze aus 158 Kliniken in Deutschland.

Die ausgewerteten Daten stellen aufgrund des freiwilligen Charakters der Teilnahme am Deutschen Reanimationsregister eine Stichprobe dar, ermöglichen jedoch eine Aussage zur Notfallbehandlung in Krankenhäusern im Erfassungsbereich des Deutschen Reanimationsregisters.

Im vorliegenden Bericht wird nur ein Teil der erfassten Informationen vorgestellt. Die Zusammenstellung orientiert sich in erster Linie am Utstein Report, einer international anerkannten Berichtsform für Reanimationen [1], und umfasst erstmals alle dokumentierten Einsätze von Notfallteams, unabhängig davon, ob eine Reanimation erfolgte.

Ausgewertet werden im Folgenden die Gesamtdaten aller im Deutschen Reanimationsregister erfassten Notfallteamein-

sätze vom 01.01.2025 bis einschließlich 31.12.2025 sowie die Daten einer Referenzgruppe von 55 teilnehmenden Kliniken aus demselben Zeitraum, welche die folgenden Einschlusskriterien für Einsätze mit Herz-Kreislauf-Stillstand erfüllen:

- jemals ROSC (Return of spontaneous circulation) < 80 %
- Anteil an dokumentierten Weiterversorgungen von mindestens 60 %

Als Vergleichsgruppe für die Behandlung nach innerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand dient die Referenzgruppe von 57 Kliniken aus dem Jahr 2024. Die Daten zur Notfallteamversorgung ohne Reanimation werden in diesem Jahr erstmalig berichtet.

Durch Ermittlung der Referenzdaten werden die Ergebnisse genauer und es können insbesondere Aussagen zur Entlassungsrate und zum neurologischen Ergebnis bei Entlassung gemacht werden.

- 1 Deutsches Reanimationsregister, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V., Nürnberg
- 2 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
- 3 Institut für Rettungs- und Notfallmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel
- 4 Abteilung für Medizinmanagement, Abteilung für klinisches Prozessmanagement, Universitätsklinikum Leipzig
- 5 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg

Übersicht (Tab. 1)

Tabelle 1

Verteilung der Notfallteameinsätze.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
Anzahl Notfallteameinsätze [n]	11.103	4.691	
Anzahl Kliniken	158	55	57
Notfallversorgung ohne Reanimation [n, (%)]	4.837 (43,6)	1.909 (40,7)	
Reanimation [n, (%)]	6.135 (55,3)	2.727 (58,1)	2.659
Todesfeststellung [n, (%)]	131 (1,2)	55 (1,2)	

Demografische Daten

Etwa zwei Drittel der vom Notfallteam im Krankenhaus versorgten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus sind Männer. Anhand der Ergebnisse wird deutlich, dass ein großer Anteil (29,6 %) der innerklinisch vom Notfallteam versorgten Patientinnen und Patienten zu der Altersgruppe der über 80-Jährigen gehört. Das mittlere Alter der im Krankenhaus reanimierten Patientinnen und Patienten liegt relevant über dem vom Notfallteam Versorgten ohne Reanimation (Tab. 2).

Ort des Notfalls

Im Krankenhaus erfolgt der überwiegende Teil der Notfälle, die vom Notfallteam versorgt werden, auf Normalstationen. Hier sind die Patientinnen und Patienten hauptsächlich nicht mit Monitoren überwacht, die Überwachung findet in erster Linie durch das Pflegepersonal statt. Darüberhinaus stellt der Funktionsbereich einen häufigen Einsatzort für das Notfallteam dar (Tab. 3).

Vorerkrankungen

Patientinnen und Patienten mit innerklinischen Notfallereignissen sind häufig schwer vorerkrankt (Tab. 4).

Notfallversorgung ohne CPR

Ziel eines gut etablierten innerklinischen Notfallmanagements ist die Vermeidung des Eintretens eines Herz-Kreislauf-Stil-

Tabelle 2

Alter und Geschlecht der vom Notfallteam versorgten Patientinnen und Patienten.

	Gesamt 2025	Referenz 2025
Geschlecht, männlich [n, (%)]	6.647 (59,9)	2.760 (58,8)
Alter [Jahre, MW (STD)]	69,2 (17,9)	69,1 (18,1)
Altersgruppe ≤ 60 Jahre [n, (%)]	2.747 (24,7)	1.185 (25,3)
61 bis ≤ 70 Jahre [n, (%)]	2.331 (21,0)	961 (20,5)
71 bis ≤ 80 Jahre [n, (%)]	2.736 (24,6)	1.142 (24,3)
81 bis ≤ 90 Jahre [n, (%)]	2892 (26,0)	1.247 (26,6)
> 91 Jahre [n, (%)]	395 (3,6)	154 (3,3)
< 18 Jahre [n, (%)]	163 (1,5)	73 (1,6)
Alter nur Notfallversorgung ohne CPR [Jahre, MW (STD)]	64,0 (20,3)	63,3 (20,5)
Alter nur CPR [Jahre, MW (STD)]	73,2 (14,6)	73,0 (14,9)

MW: Mittelwert; **STD:** Standardabweichung; **CPR:** Reanimation.

Tabelle 3

Ort des Notfalls.

	Gesamt 2025	Referenz 2025
Normalstation [n, (%)]	6.053 (54,5)	2.559 (54,6)
Funktionsbereich [n, (%)]	1.506 (13,6)	667 (14,2)
Notaufnahme/Schockraum [n, (%)]	948 (8,5)	343 (7,3)
IMC, Intensivstation [n, (%)]	1.316 (11,9)	574 (12,2)
OP/Aufwachraum [n, (%)]	128 (1,2)	63 (1,3)
Gelände [n, (%)]	686 (6,2)	328 (7,0)

IMC: Intermediate-Care-Station.

standes. Aus diesem Grund berichtet der Jahresbericht des Deutschen Reanimationsregister in diesem Jahr erstmalig über die Notfallversorgung ohne CPR,

die in den folgenden Tabellen dargestellt ist. Eine frühzeitige Versorgung durch das Notfallteam kann eine Verschlechterung des Patienten bzw. der Patientin und damit das Eintreten eines Herz-Kreislauf-Stillstandes verhindern.

Am häufigsten wurde das Team zu C-Problemen alarmiert, danach folgten die D-Probleme (Tab. 5).

Vorausgegangener Aufenthalt auf der Intensivstation

Bei einem Anteil von fast 10 % der durch das Notfallteam behandelten Patientinnen und Patienten ist ein Aufenthalt auf der Intensivstation im Rahmen des Klinikaufenthaltes vorausgegangen. Aber nur etwas über 1% der Betroffenen wurden innerhalb der letzten 24 Stunden von der Intensivstation verlegt (Tab. 6).

Tabelle 4

Bestehende Vorerkrankungen.

	Gesamt 2025	Referenz 2025
Ohne Vorerkrankungen (PES1) [n, (%)]	362 (3,3)	150 (3,2)
VE ohne nennenswerte Einschränkung des tgl. Lebens (PES2) [n, (%)]	1.845 (16,6)	838 (17,9)
VE mit nennenswerter Einschränkung des tgl. Lebens (PES3) [n, (%)]	6.283 (56,6)	2.585 (55,1)
Normales tgl. Leben unmöglich (PES4) [n, (%)]	1.394 (12,6)	537 (11,4)
Moribunde/r PatientIn (PES5) [n, (%)]	41 (0,4)	18 (0,4)
Unbekannt [n, (%)]	1.178 (10,6)	563 (12,0)
PES1+2 nur Notfallversorgung ohne CPR [n, (%)]	1.298 (26,8)	562 (29,4)
PES1+2 nur CPR [n, (%)]	900 (14,7)	421 (15,4)

VE: Vorerkrankung; **PES:** Pre-Emergency-Score; **CPR:** Reanimation.

Durchgeführte Diagnostik

Bei einem wesentlichen Anteil der durch das Notfallteam durchgeführten Diagnostik handelt es sich um Basismaßnahmen des Monitorings. Die Ergebnisse unterstreichen, dass Notfallteamsätze ohne Reanimation nicht lediglich als Vorstufe einer Reanimation, sondern als eigenständiger und quantitativ bedeutsamer Bestandteil der innerklinischen Notfallversorgung einzuordnen sind. Die strukturierte Erfassung von Vitalparametern und die rasche apparative Basisdiagnostik schaffen die Grundlage, um reversible Ursachen einer akuten Verschlechterung frühzeitig zu erkennen, die Dringlichkeit der weiteren Versorgung einzuschätzen und eine zielgerichtete Eskalation, beispielsweise auf einer Überwachungs- oder Intensivstation, einzuleiten (Tab. 7).

Durchgeführte Therapie

Das Spektrum der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen verdeutlicht die zentrale Funktion des Notfallteams bei der unmittelbaren Stabilisierung kritisch erkrankter Patientinnen und Patienten außerhalb regulärer Intensivbereiche. Neben vergleichsweise häufigen Basismaßnahmen wie Sauerstoffgabe und nichtinvasiver Unterstützung der Spontanatmung ist bei einem relevanten Anteil der Patientinnen und Patienten auch eine Atemwegssicherung mittels endotrachealer Intubation erfolgt. Damit bildet die Versorgung ohne CPR einen wesentlichen Baustein der Prävention innerklinischer Herz-Kreislauf-Stillstände und zugleich eine wichtige Schnittstelle zur nachfolgenden intensivmedizinischen Behandlung (Tab. 8).

Reanimationsversorgung

Herz-Kreislauf-Stillstand beobachtet

Bei etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand wird der Kollaps im Krankenhaus durch das Pflegepersonal oder andere anwesende Personen beobachtet. Das stellt eine günstige Ausgangslage für den sofortigen Beginn von Reanima-

Tabelle 5

Alarmierungsgrund für das Notfallteam.

	Gesamt 2025	Referenz 2025
Alarmierungsgrund Atemweg (A) [n, (%)]	494 (10,2)	203 (10,6)
Alarmierungsgrund Beatmung (B) [n, (%)]	1.170 (24,2)	475 (24,9)
Alarmierungsgrund Kreislauf (C) [n, (%)]	2.123 (43,9)	813 (42,6)
Alarmierungsgrund Herz-Kreislauf-Stillstand [n, (%)]	210 (4,3)	79 (4,1)
Alarmierungsgrund Neurologie (D) [n, (%)]	1.407 (29,1)	526 (27,6)
Alarmierungsgrund Sonstiges (E) [n, (%)]	157 (3,2)	73 (3,8)
Alarmierungsgrund Team besorgt [n, (%)]	485 (10,0)	223 (11,7)

Tabelle 6

Vorausgegangener Aufenthalt auf der Intensivstation.

	Gesamt 2025	Referenz 2025
Vorausgegangener ITS-Aufenthalt [n, (%)]	475 (9,8)	143 (7,5)
Vorausgegangener ITS-Aufenthalt <24h [n, (%)]	74 (1,5)	23 (1,2)
Zeit Alarm bis Ankunft am Einsatzort [Minuten, MW (STD)]	4,0 (3,5)	3,6 (2,7)

ITS: Intensivstation; MW: Mittelwert; STD: Standardabweichung.

Tabelle 7

Durch das Notfallteam durchgeführte Diagnostik.

	Gesamt 2025	Referenz 2025
Pulsoximetrie – durch Notfallteam [n, (%)]	2.598 (53,7)	1.110 (58,1)
Pulsoximetrie – bereits vorhanden [n, (%)]	1.790 (37,0)	582 (30,5)
12-Kanal-EKG – durch Notfallteam [n, (%)]	603 (12,5)	137 (7,2)
12-Kanal-EKG – bereits vorhanden [n, (%)]	232 (4,8)	30 (1,6)
Invasive Blutdruckmessung – durch Notfallteam [n, (%)]	221 (4,6)	44 (2,3)
Invasive Blutdruckmessung – bereits vorhanden [n, (%)]	170 (3,5)	54 (2,8)

Tabelle 8

Therapie des Notfallteams.

	Gesamt 2025	Referenz 2025
Sauerstoffinsufflation – durch Notfallteam [n, (%)]	730 (15,1)	277 (14,5)
Sauerstoffinsufflation – bereits vorhanden [n, (%)]	1.523 (31,5)	497 (26,0)
NIV/CPAP/Beutel-Masken-Beatmung – durch Notfallteam [n, (%)]	434 (9,0)	197 (10,3)
NIV/CPAP/Beutel-Masken-Beatmung – bereits vorhanden [n, (%)]	157 (3,2)	47 (2,5)
SGA-Einlage – durch Notfallteam [n, (%)]	29 (0,6)	17 (0,9)
SGA-Einlage – bereits vorhanden [n, (%)]	8 (0,2)	1 (0,1)
Endotracheale Intubation – durch Notfallteam [n, (%)]	408 (8,4)	160 (8,4)
Endotracheale Intubation – bereits vorhanden [n, (%)]	60 (1,2)	17 (0,9)

tionsmaßnahmen dar. Die Beobachtung durch Ersthelfende und durch Pflegepersonal zeigt im Vergleich zum Vorjahr keine Veränderung (Tab. 9).

Reanimation vor Eintreffen des Notfall-/Reanimationsteams

In knapp 80 % der Herz-Kreislauf-Stillstände im Krankenhaus wurde mit den Reanimationsmaßnahmen vor Eintreffen des Notfall-/Reanimationsteams (Medical Emergency Team, MET) begonnen. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr abnehmend. Ziel sollte es sein, diesen Anteil weiter zu erhöhen (Tab. 10).

Ursache

Die Angaben zu den Ursachen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes in der Klinik basieren auf den Angaben der Ärztinnen und Ärzte des Notfall-/Reanimationsteams. Die Hauptursache für den innerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstand ist nach diesen Angaben vermutlich ein kardiales Geschehen, vor respiratorischen/hypoxischen Ursachen. Das Trauma spielt im Krankenhaus eine untergeordnete Rolle. Im Vergleich der Referenzkrankenhäuser zeigen sich keine Veränderungen im Vergleich zum Vorjahr (Tab. 11).

Erster abgeleiteter EKG-Rhythmus

Der Anteil der defibrillierbaren Rhythmen beim Erst-EKG nach Herz-Kreislauf-Stillstand ist mit unter 15 % weiterhin sehr gering und zeigt sich zu 2024 recht konstant (Tab. 12).

Während der Reanimation durchgeführte Maßnahmen

Neben den Thoraxkompressionen sind die ersten Maßnahmen nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand hier aufgeführt: Die Intubation und die Gabe von Adrenalin sind die häufigsten erweiterten Maßnahmen nach Herz-Kreislauf-Stillstand. Im Vergleich zum Vorjahr nahm die Etablierung eines intraossären Zugangs im Rahmen der Reanimationsversorgung zu (Tab. 13).

Im Hinblick auf die Reanimationsleitlinien des ERC (European Resuscitation Council) 2025 [2] sowie Studien aus

Tabelle 9

Anteil beobachteter Herz-Kreislauf-Stillstände.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
Ersthelfende/Besuchende [n, (%)]	363 (5,9)	129 (4,7)	143 (5,4)
Durch Pflegepersonal [n, (%)]	2.918 (47,6)	1.295 (47,5)	1.295 (48,7)
Durch MET-/CPR-Team [n, (%)]	655 (10,7)	343 (12,6)	277 (10,4)

MET: Notfallteam; **CPR:** Reanimation.

Tabelle 10

CPR vor Eintreffen des Notfallteams.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
Durch Pflegepersonal [n, (%)]	4.632 (75,5)	2.082 (76,3)	2.088 (87,7)
Durch Ersthelfende/Besuchende [n, (%)]	303 (4,9)	83 (3,0)	93 (3,9)

Tabelle 11

Vermutete Ursache des Herz-Kreislauf-Stillstandes.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
Kardial [n, (%)]	2.872 (46,8)	1.215 (44,6)	1.257 (47,8)
Hypoxie/respiratorisch [n, (%)]	1.896 (30,9)	859 (31,5)	821 (30,9)
Trauma [n, (%)]	34 (0,6)	17 (0,6)	9 (0,3)
Kardial und unbekannt [n, (%)]	3270 (53,3)	1.390 (51,0)	1.507 (56,7)

Tabelle 12

Erster abgeleiteter EKG-Rhythmus.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
Erster Rhythmus VF/pVT [n, (%)]	789 (12,9)	307 (11,3)	283 (10,6)
Erster Rhythmus PEA [n, (%)]	2.368 (38,6)	1.105 (40,5)	1.053 (39,6)
Erster Rhythmus Asystolie [n, (%)]	2.960 (48,2)	1.306 (47,9)	1.323 (49,8)

VF: Kammerflimmern; **pVT:** pulslose ventrikuläre Tachykardie; **PEA:** pulslose elektrische Aktivität.

Tabelle 13

Weitere Maßnahmen während der Reanimation.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
Adrenalin [n, (%)]	4.720 (76,9)	2.200 (80,7)	1.907 (71,7)
Amiodaron [n, (%)]	609 (9,9)	262 (9,6)	196 (7,4)
Atropin [n, (%)]	99 (1,6)	61 (2,2)	48 (1,8)
Endotracheale Intubation (ETI) [n, (%)]	4.321 (70,4)	2.011 (73,7)	1.848 (69,5)
SGA [n, (%)]	512 (8,3)	221 (8,1)	323 (12,1)
Feedback-System [n, (%)]	445 (7,3)	206 (7,6)	213 (8,0)
Mechanische CPR [n, (%)]	587 (9,6)	276 (10,1)	198 (7,4)
IOZ [n, (%)]	257 (4,2)	124 (4,5)	96 (3,6)

SGA: Supraglottische Atemwegsilfe; **CPR:** Reanimation; **IOZ:** intraossärer Zugang.

dem Deutschen Reanimationsregister und der PARAMEDIC-2 Studie [3,4] sind i.v.-Zugänge im Rahmen der Reanimation zu bevorzugen und sollten bei stationär behandelten Patientinnen und Patienten zum Standard gehören.

Nach der Reanimation durchgeführte Maßnahmen

Temperaturmanagement und Koronarangiographie gehören zu den von den Leitlinien empfohlenen Maßnahmen nach Reanimation [5]. Eine Veränderung zum Vorjahr zeigt sich hier nicht (Tab. 14).

Ergebnis der Erst- und Weiterversorgung

Dokumentiert wird hier das Ergebnis der Erstversorgung durch das Notfallteam. „ROSC-Rate“ bedeutet, dass der Patient bzw. die Patientin zu einem beliebigen Zeitpunkt der Reanimationsmaßnahmen einen Spontankreislauf wiedererlangt hat.

Als „Verlegung auf die weiterbehandelnde Einheit“ ist die Aufnahme mit ROSC oder laufender CPR zur weiteren Behandlung auf eine Station/einen Funktionsbereich definiert. Hierunter fallen die Intensivstation aber auch das Herzkatheterlabor oder der OP.

Als weitere Ergebnisse wurden das 24-h-Überleben, das 30-Tage-Überleben und die Entlassung aus dem Krankenhaus erfasst. Weiterhin wird das gute neurologische Ergebnis bei Entlassung berichtet.

Im Vergleich zum Vorjahr ergaben sich keine wesentlichen Veränderungen (Tab. 15).

Reanimationsversorgung in Bereichen ohne Monitoring (Normalstation und Gelände)

Die gesonderte Betrachtung von Normalstation und Klinikgelände ist besonders relevant, da in diesen Bereichen in der Regel keine kontinuierliche apparative Überwachung besteht und eine kritische Verschlechterung daher vor allem durch klinische Beobachtung erkannt werden muss. Dass in 88,4 % (Referenzstandorte 88,0 %) der Fälle bereits vor Eintreffen des MET-/CPR-Teams mit Reanima-

Tabelle 14

Maßnahmen nach erfolgreicher Reanimation.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
TTM [n, (% aller Aufnahmen)]	253 (14,5)	194 (13,7)	193 (13,6)
Koronarangiographie [n, (% aller Aufnahmen)]	346 (19,8)	272 (19,2)	253 (17,8)

TTM: Temperaturmanagement.

Tabelle 15

Ergebnis der Versorgung nach innerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand und Reanimation.

	Gesamt 2025	Referenz 2025	Referenz 2024
ROSC-Rate [n, (%)]	3.544 (57,8)	1.608 (59,0)	1.508 (56,7)
Verlegung weiterbehandelnde Einheit mit CPR [n, (%)]	348 (5,7)	151 (5,5)	156 (5,9)
Verlegung weiterbehandelnde Einheit mit ROSC [n, (%)]	3.022 (49,3)	1.361 (49,9)	1.268 (47,7)
Fehlende Daten: Versorgung im Krankenhaus [n]	n. d.	92	106
24-h-Überleben [n, (%)]	n. d.	972 (35,6)	880 (33,1)
30-Tage-Überleben/Lebend entlassen [n, (%)]	n. d.	513 (18,8)	514 (18,8)
Krankenhausentlassung mit CPC 1/2 [n, (%)]	n. d.	337 (12,4)	335 (12,6)
Krankenhausentlassung mit CPC 3/4 [n, (%)]	n. d.	37 (1,4)	24 (0,9)

ROSC: Rückkehr des Spontankreislaufs; **CPR:** Reanimation; **CPC:** Cerebral performance categories.

tionsmaßnahmen begonnen wurde, unterstreicht die entscheidende Bedeutung von unmittelbar handlungsfähigen Ersthelfenden und des Stationspersonals. Gleichzeitig liegen die ROSC-Rate mit 49,2 % (Referenz 50,3 %) und das 30-Tage-Überleben, beziehungsweise die Anzahl lebend aus dem Krankenhaus entlassener Patientinnen und Patienten,

in der Referenzgruppe mit 12,9 % unter den Ergebnissen der Gesamtgruppe aller überwachten sowie unüberwachten Orte. Dies verdeutlicht die besondere Vulnerabilität unüberwachter Versorgungsbereiche und die Bedeutung früher Erkennung, niedrigschwelliger Alarmierung sowie regelmäßiger Reanimationsschulungen (Tab. 16).

Tabelle 16

Ergebnis der Versorgung nach innerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand und Reanimation in Bereichen ohne Monitoring (Normalstation und Klinikgelände).

	Gesamt 2025	Referenz 2025
n	3.587	1.613
Kollaps beobachtet durch Ersthelfende/Besuchende [n, (%)]	220 (6,1)	84 (5,2)
Kollaps beobachtet durch Pflegepersonal [n, (%)]	1.324 (36,9)	612 (37,9)
Kollaps beobachtet durch MET-/CPR-Team [n, (%)]	114 (3,2)	57 (3,5)
CPR Start vor MET-/CPR-Team-Ankunft [n, (%)]	3171 (88,4)	1419 (88,0)
CPR Start durch MET-/CPR-Team [n, (%)]	376 (10,5)	181 (11,2)
ROSC-Rate [n, (%)]	1.766 (49,2)	811 (50,3)
Verlegung weiterbehandelnde Einheit mit CPR [n, (%)]	222 (6,2)	105 (6,5)
Verlegung weiterbehandelnde Einheit mit ROSC [n, (%)]	1.494 (41,7)	688 (42,7)
30-Tage-Überleben/Lebend entlassen [n, (%)]	n.d.	208 (12,9)

ROSC: Rückkehr des Spontankreislaufs; **CPR:** Reanimation; **CPC:** Cerebral performance categories; **MET:** Notfallteam.

Fazit

Der vorliegende Jahresbericht „Innerklinische Notfallversorgung 2025“ des Deutschen Reanimationsregisters zeigt die Daten von 11.103 Patientinnen und Patienten (158 Kliniken) in der Gesamtgruppe und von 4.691 Patientinnen und Patienten von 55 Referenzstandorten im Jahr 2025. Im Vergleich zum Vorjahr zeigen sich in wenigen Bereichen relevante Veränderungen. Insgesamt konnten im Berichtsjahr 2025 18,8 % der Patientinnen und Patienten mit innerklinischem Herz-Kreislauf-Stillstand und Reanimation lebend aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Erstmalig wird in diesem Berichtsjahr die Häufigkeit sowie die durchgeführte Diagnostik und Therapie von Behandlungen durch das Notfallteam ohne Reanimation berichtet. Damit wird die wesentliche Bedeutung des Notfallteams zur Prävention innerklinischer Herz-Kreislauf-Stillstände unterstrichen.

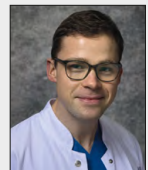
Wir möchten uns sehr herzlich bei den teilnehmenden 158 Standorten, die im Jahr 2025 Daten in das Register eingebracht haben, bedanken. Nur durch das umfassende Engagement der Verantwortlichen vor Ort ermöglicht das Deutsche Reanimationsregister einen guten Überblick über die innerklinische Reanimations- und Notfallversorgung in Deutschland und bildet ein wichtiges Werkzeug der Versorgungsforschung.

Literatur

1. Nolan JP, Berg RA, Andersen LW, Bhanji F, Chan PS, Donnino MW, et al: Cardiac Arrest and Cardiopulmonary Resuscitation Outcome Reports: Update of the Utstein Resuscitation Registry Template for In-Hospital Cardiac Arrest. A Consensus Report From a Task Force of the International Liaison Committee on Resuscitation (American Heart Association, European Resuscitation Council, Australian and New Zealand Council on Resuscitation, Heart and Stroke Foundation of Canada, InterAmerican Heart Foundation, Resuscitation Council of Southern Africa, Resuscitation Council of Asia). *Resuscitation* 2019;144:166–177
2. Soar J, Böttiger BW, Carli P, Jimenez FC, Cimpoesu D, Cole G, et al: European Resuscitation Council Guidelines 2025: Adult advanced life support. *Resuscitation* 2025;215:110769
3. Monaco T, Fischer M, Michael M, Hubar I, Westenfeld R, Rauch S, et al: Impact of the route of adrenaline administration in patients suffering from out-of-hospital cardiac arrest on 30-day survival with good neurological outcome (ETIVIO study). *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2023;31:14
4. Knapp J, Huber M, Gräsner JT, Bernhard M, Fischer M: Outcome differences between PARAMEDIC2 and the German Resuscitation Registry: a secondary analysis of a randomized controlled trial compared with registry data. *Eur J Emerg Med* 2022;29:421–430
5. Nolan JP, Sandroni C, Cariou A, Cronberg T, D'Arrigo S, Haywood K,

et al: European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine Guidelines 2025 Post-Resuscitation Care. *Resuscitation* 2025;215:110809.

Korrespondenz- adresse



**Priv.-Doz. Dr. med.
Stephan Seewald**

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel
Arnold-Heller-Straße 3, Haus R3
24105 Kiel, Deutschland

E-Mail: Stephan.Seewald@uksh.de
seewald@reanimationsregister.de

ORCID-ID: 0000-0002-7233-921X