



Arbeitsgemeinschaft
der bayerischen
Herzinfarkt-Netzwerke

Notwendige Standards in Bayerischen Herzinfarktnetzwerken:

Konsens der Arbeitsgemeinschaft
Sitzung Würzburg 28.11.2009

Standards in Bayerischen Herzinfarktnetzen

Voraussetzungen

Ziele

Logistik

Therapiestandards

Zeiten



Grundvoraussetzungen eines Herzinfarktnetzwerkes

Therapiepfade für STEMI

- An Guidelines (internationalen/nationalen) orientiert
- Abgestimmt und festgeschrieben zwischen allen Beteiligten
- An lokale Gegebenheiten angepasst

Willensbekundung einer optimierten Zusammenarbeit

- Rettungsdienste
- Notärzte
- Regionalkliniken (KHs ohne HKL)
- Interventionskliniken

Mindestens eine Interventionseinrichtung

- 24-h-Herzkatheterbereitschaft mit ausreichender STEMI-PCI-Erfahrung



Ziele

Bei akutem Brustschmerz oder klin. V.a. Herzinfarkt immer 12-Kanal-EKG vor Ort

Idealerweise selbstständig durch RD schon vor Eintreffen des NA

Bei STEMI primäre PCI <2h als optimale Therapie immer anzustreben

es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, dies innerhalb eines Netzwerkes garantieren zu können!

Direktanfahrt PCI-Zentrum

Bypassieren des nächstgelegenen Regionalkrankenhauses

Nur falls PCI <2h nicht erreichbar und Schmerzbeginn <3h ggf. alternativ

Lyse prähospital erwägen

HK+ggf PCI dann routinemäßig nach 6-24 h, als Rescue-PCI umgehend nach Erkennen des Lyseversagens

falls kein STEMI und kein Schock Anfahrt des nächstgelegenen Krankenhauses



Logistik

Immer Übertragung des EKG an PCI-Zentrum

web-basierte/digitale Versionen werden für absolut notwendig erachtet
aktuell entweder CorPuls oder Physio-Control (LifeNet)

Tel. Anmeldung des Patienten im PCI-Zentrum incl. voraussichtlicher Ankunftszeit (zentrumseigene Hotline erforderlich)

Notarzt-Klinikarzt-Kontakt äußerst erwünscht
alleinige Leitstelleninformation wird nicht als ausreichend erachtet

Übergabe des Patienten bevorzugt im HK-Labor

mindestens jedoch Übergabe in direkte kardiologische Verantwortung (z.B. kardiologische Intensivstation, keine Übergabe in einer Notaufnahme ohne kardiologische Vor-Ort-Kompetenz!)



Prähospitaler Medikation

- immer **5.000 E Heparin iv (oder LMWH – je nach „Regionalstandard“)**
- immer **500 mg ASS iv**
- bei Schmerzen **Morphin 3-5 mg iv, ggf wdh**
- ggf. Sedierung mit **Midazolam 1-2 mg iv**

- prähospitaler **Thienopyridin-Loading-Dose** (Clopidogrel 600 mg oder Prasugrel 60 mg) bei bislang fehlender Studienlage wird **nicht** als Standard festgelegt
„as early as possible“ nach ESC-Leitlinie wird als intrahospitaler Gabe für ausreichend erachtet
- prähospital iv **Betablocker** (Metoprolol 5 mg iv, ggf wdh) empfohlen bei Hypertension oder normotoner Tachykardie
bei restlichen kreislaufstabilen Patienten optional (IIb-Empfehlung nach ESC, d.h. überlegenswert)

- bei geplanter PCI **keine Lyse**
- bei geplanter PCI prähospital **kein GP IIb/IIIa - Antagonist**



Qualitätsmanagement prähospital/intrahospital

Zwingend zu erfassende Zeitpunkte

- | | |
|--|----------------|
| • Beginn der aktuellen Symptomatik/Schmerz | PAIN |
| • Arzterstkontakt | CONTACT |
| • Aufnahme/Ankunft KH | DOOR |
| • Ankunft HKL | CATH |
| • Punktion | PUNCTURE |
| • erste Balloninsufflation | BALLOON |

Hieraus zu errechnende und für alle Patienten zu dokumentierende Zeiten (T) umfassen PCT, CDT, DBT, CBT und PBT



Qualitätsmanagement intrahospital

Geplant „Bayernvariante“ FITT-STEMI?

- Vorteil der genauen Charakterisierung des Patientenkollektivs
- „Harte“ Endpunkte (Mortalität, NYHA)
- Automatisierte und anonymisierte Datenauswertung (digital)

Wird erarbeitet durch Nukleus-Gruppe bis Ende Q1-2010

- z.B. kleinere Variante versus „Maximalvariante“
- z.B. Bayernvariante als Maximalvariante mit integrierter „Minimalvariante“. Minimalvariante als „Mussfeld“ definiert, die ausgefüllt werden müssen – restliche Felder als „optional“

Protokoll, 02.12.09:

Prof. W. von Scheidt
Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Bayerischer Herzinfarktnetzwerke

PD S. Maier

