

Indikatoren datenblatt

Indikator	Leitliniengerechte Versorgung: ST-Hebungsinfarkt
Nummer	5-4-1
Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtergebnis • Stratifizierungen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Einsatzort ○ Primärer Transport in geeignete Klinik (mit PCI) • Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht erfüllte Indikatorkriterien
Qualitätsziel	<p>Versorgung von Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt gemäß den aktuellen Leitlinien der ESC/DGK:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12-Kanal-EKG • Standardmonitoring (EKG, SpO₂ und RR_{sys} - jeweils Erst- oder Abschlussbefund) • Thrombozytenaggregationshemmung mit ASS • Schmerztherapie bei starkem Schmerz
Rationale	<p>Die prähospital registrierte eines 12-Kanal-EKGs bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf einen ST-Streckenhebungsinfarkt beschleunigt nicht nur die prä- bzw. intrahospital Reperfusion, sondern vermindert auch die Sterblichkeit. Folgende Empfehlungen der European Society of Cardiology 2023 (ESC) und der Leitlinie zur Reanimation 2021 des European Resuscitation Council (ERC) liegen zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb von 10 min 12-Kanal-EKG und Beurteilung durch qualifizierten Arzt (I B) • Eine Reperfusionstherapie (primäre PCI) ist indiziert bei allen Patientinnen und Patienten mit einer Anamnese von Ischämiesymptomen ≤ 12 h und persistierenden ST-Streckenhebungen (I A) • Ein kontinuierliches EKG-Monitoring und die Verfügbarkeit eines Defibrillators so schnell wie möglich wird empfohlen bei allen Patientinnen/Patienten mit Verdacht auf STEMI, bei Verdacht auf ACS mit anderen EKG-Veränderungen oder anhaltenden Brustschmerzen sowie nach der Diagnose eines Herzinfarkts. • ASS wird so früh wie möglich für alle Patient*innen ohne Kontraindikationen empfohlen mit einer Initialdosis von 150-300mg p.o. (oder 75-250mg i.v.). • Antikoagulation wird bei primärer PCI für alle Patientinnen und Patienten zusätzlich zur Antiplättchentherapie empfohlen, allerdings gibt es keine hochwertige Evidenz für den größeren Nutzen einer präklinischen Gabe im Vergleich zu einer Gabe während der PCI. • Titrierte intravenöse Gabe von Opioiden sollte zur Schmerzlinderung in Betracht gezogen werden (IIa C)
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 2021 – Leitlinien kompakt (2021) 3. Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg (WBO 2020)
Übergeordnetes Qualitätsziel	Hohe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie

Berechnung	<p>Grundgesamtheit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primäreinsätze • Patientinnen und Patienten mit Infarkt-EKG oder Diagnose „STEMI VW“ oder „STEMI HW“ • Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> ○ Patientinnen und Patienten, die indizierte Therapie ablehnen ○ Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht ○ Todesfeststellung/Reanimationssituation ○ ambulant behandelte Patientinnen/Patienten (ohne Transport) <p>Zähler/Formel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen und Patienten mit 12-Kanal-EKG, Standardmonitoring (EKG, SpO₂ und NIBD jeweils Erst- oder Abschlussbefund), ASS-Therapie oder vorbehandelt mit Antikoagulanzen/ Thrombozytenaggregationshemmern und Schmerztherapie bei NRS >4
Datenquellen	Notarzttdaten, Rettungsdiensttdaten (ergänzend; s. methodische Hinweise)
Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung	<p>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sekundäreinsätze • Ablehnung der Behandlung durch Patientin/Patient • Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht • Reanimationssituation • ambulant behandelte Patientinnen/Patienten (ohne Transport) <p>Weitere Einflussfaktoren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor Eintreffen des Rettungsdienstes bereits durchgeführte Maßnahmen (z. B. durch die Hausärztin/den Hausarzt) werden ggf. nicht als solche erkannt. • Gerätedefekt • Individuelle Kontraindikationen <p>Risikoadjustierung</p> <p>Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Referenzbereich	Indikator noch nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen
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. Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswertung.
Bemerkungen/Sonstiges	<p>Methodische Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verwendung der Rettungsdiensttdaten beschränkt sich auf Ergänzung nicht dokumentierter Notarzttdatenfelder. • Ein bereits durch Andere, z.B. den Hausarzt, durchgeführtes 12-Kanal-EKG kann unter Monitoring als „12-Kanal EKG vorhanden/durch Andere“ (Code 97) dokumentiert werden. • ASS wird als Antikoagulans, nicht als Analgetikum gewertet. • ASS in der Vormedikation wird über den Code 2497 = „vorbehandelt mit Antikoagulanzen/Thrombozytenaggregationshemmern“ abgeleitet. • Der Schmerzscore wird möglicherweise nur eingeschränkt valide dokumentiert. • Der neu aufgetretene Linksschenkelblock ist im Datensatz nicht enthalten. • Der Einfluss von Nitraten auf das Schmerzniveau wird in zusätzlichen Berechnungen betrachtet. <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgabe der Daten aller Einzelbedingungen der Indikatorberechnung • Indikator geeignete Zielklinik: STEMI