

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 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 2025 des European Resuscitation Council (ERC) liegen zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • innerhalb von 10 min 12-Kanal-EKG und Beurteilung durch qualifizierte Ärztin/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 Patientinnen/Patienten ohne Kontraindikationen empfohlen mit einer Initialdosis von 150 – 300 mg p. o. (oder 75 – 250 mg 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 2025 – Leitlinien kompakt (2025) 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	MIND (RTW, notarztbesetzte Rettungsmittel)
Einflussfaktoren/ Adjustierung	<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>Adjustierung (für Stellungnahmen im Rahmen des Gestuften Dialogs) Eine Adjustierung ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
Gestufter Dialog	Dieser Indikator ist 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 Berechnung dieses Indikators erfolgt bisher nur für Einsätze mit notärztlicher Beteiligung. • Die Verwendung der RTW-Daten beschränkt sich auf Ergänzung nicht dokumentierter Felder der Dokumentation von notärztlich besetzten Rettungsmitteln. • 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“ dokumentiert. • Der Schmerzscore wird möglicherweise nur eingeschränkt valide dokumentiert. • Der neu aufgetretene Linksschenkelblock und andere STEMI-Äquivalente werden durch den Datensatz aktuell nicht abgebildet. <p>Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausgabe der Daten aller Einzelbedingungen der Indikatorberechnung • Ab dem Datenjahr 2025 Aufteilung auf zwei Indikatoren: <ul style="list-style-type: none"> ○ ASS-Gabe bei ST-Hebungsinfarkt (QI 5-11) ○ 12-Kanal-EKG bei Verdacht auf akutes Koronarsyndrom (QI 5-12) • Die Auswertung der „Qualität der Versorgung bei Tracerdiagnosen“ beinhaltet zwei weitere Informationsebenen: <ul style="list-style-type: none"> ○ geeignete Zielklinik (siehe QI 6-1-1 bis 6-1-4) ○ Prähospitalzeit ≤ 60 min (siehe QI 5-6-1 bis 5-6-6)