

# Indikatoren datenblatt

<b>Indikator</b>	Primärer Transport ST-Hebungsinfarkt: Klinik mit PCI
<b>Nummer</b>	6-1-1
<b>Kennzahlen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesamtergebnis</li> <li>• Ergänzende Berechnung/Information: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eignung Zielklinik</li> <li>○ Notarzttherkunft</li> </ul> </li> </ul>
<b>Qualitätsziel</b>	Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt in einer Klinik mit unmittelbarer PCI-Bereitschaft
<b>Rationale</b>	<p>Entsprechend den aktuellen Empfehlungen sollten Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt primär in eine Klinik mit unmittelbarer PCI-Bereitschaft transportiert werden (24/7). Folgende Empfehlungen der European Society of Cardiology (ESC) und der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie (DGK) liegen zugrunde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine Reperfusionstherapie ist bei allen Patienten mit Symptomen einer Ischämie von <math>\leq 12</math> Stunden Dauer und anhaltender ST-Streckenhebung indiziert. (I A)</li> <li>• Es wird empfohlen, die prähospitalen Versorgung von STEMI-Patienten auf regionale Netzwerke zu stützen, die gebildet wurden, um die Reperfusionstherapie zügig und effektiv einzusetzen, und das Ziel anstreben, die primäre PCI möglichst vielen Patienten verfügbar zu machen. (I B)</li> <li>• Es wird empfohlen, dass primäre PCI-fähige Zentren einen 24/7-Service gewährleisten und in der Lage sind, eine primäre PCI ohne Verzögerung durchzuführen. (I B)</li> <li>• Es wird empfohlen, dass Rettungsdienste die STEMI-Patienten in ein PCI-Krankenhaus bringen und Nicht-PCI-Krankenhäuser umgehen. (I C)</li> <li>• Eine primäre PCI-Strategie wird bei wiederbelebten Patienten nach Herzstillstand und einem EKG im Einklang mit STEMI empfohlen. (I B)</li> </ul>
<b>Literatur</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. European Society of Cardiology (ESC), Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (DGK): ESC Pocket Guidelines Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI) (2017)</li> <li>2. Ibanez B, James S, Agewall S et al.: 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2018) 39, 119-177</li> <li>3. Thiele, H.: Empfehlungen der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie-Leitlinien 2017 – STEMI, Notfall Rettungsmed (2018) 21, 22-33</li> <li>4. German Resuscitation Council: Reanimation 2021 – Leitlinien kompakt (2021)</li> <li>5. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung [...]. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19</li> </ol>
<b>Übergeordnetes Qualitätsziel</b>	Optimale Weiterversorgung der Patientinnen und Patienten des Rettungsdienstes

<b>Berechnung</b>	<p><b>Grundgesamtheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäreinsätze</li> <li>• Rettungsdienstlich versorgte und transportierte Patientinnen und Patienten mit Infarkt-EKG oder Diagnose „STEMI VW“ oder „STEMI HW“</li> <li>• Ausschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übergabe an anderes Rettungsmittel</li> <li>○ Patientinnen und Patienten, die indizierte Therapie ablehnen</li> <li>○ Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht durch Ärztin/Arzt</li> <li>○ Patientinnen und Patienten, die vor Erreichen des Transportziels versterben</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Zähler/Formel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transportziel Klinik mit PCI</li> </ul>
<b>Datenquellen</b>	Notarzttdaten, Leitstellendaten (ergänzend; s. methodische Hinweise)
<b>Einflussfaktoren/ Risikoadjustierung</b>	<p><b>Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekundäreinsätze</li> <li>• Übergabe an anderes Rettungsmittel</li> <li>• Ablehnung der Behandlung durch Patientin/Patienten</li> <li>• Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht durch Ärztin/Arzt</li> <li>• Tod an der Einsatzstelle/während des Transports</li> </ul> <p><b>Weitere Einflussfaktoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Präklinisch primär lysierte Patientinnen und Patienten aufgrund zu erwartender langer Transportzeiten</li> <li>• Aktualität der zu Grunde gelegten Krankenhausdatenbank (geeignetes Transportziel).</li> </ul> <p><b>Risikoadjustierung</b> Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</p>
<b>Referenzbereich</b>	≥ Landeswert
<b>Auswertung</b>	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.
<b>Bemerkungen/Sonstiges</b>	<p><b>Methodische Hinweise</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verwendung der Leitstellendaten beschränkt sich auf Ergänzung nicht dokumentierter Notarzttdatenfelder.</li> <li>• Verantwortlichkeit kann differenziert werden: NA (begrenzt beeinflussbar), Rettungsdienstbereich (begrenzt beeinflussbar), Krankenhausstruktur.</li> <li>• Erwachsene mit nichttraumatischem OHCA sollen nach lokalen Regeln zu einem Cardiac Arrest Zentrum transportiert werden. Aktuell sind allerdings noch sehr wenigen Kliniken als Cardiac Arrest Zentrum zertifiziert.</li> </ul> <p><b>Potenzielle Fehlanreize</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unverhältnismäßig lange Transportzeiten</li> </ul> <p><b>Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikatoren „Prähospitalzeit“ und „Prähospitalzeit ≤ 60 min: ST-Hebungsinfarkt“</li> <li>• Ergänzende Betrachtung der Transportzeit</li> </ul>