



ARBEITSGEMEINSCHAFT DER BAYERISCHEN HERZINFARKT-NETZWERKE

Kliniken Nordoberpfalz AG / Klinikum Weiden
Medizinische Klinik II



24. November 2012

4. Gemeinsame Arbeitssitzung:



Arbeitsgemeinschaft der
Bayerischen Herzinfarktnetzwerke



ARBEITSGEMEINSCHAFT DER BAYERISCHEN HERZINFARKT-NETZWERKE

Programm

12:15 Uhr	Imbiss		14:45 Uhr	"Stand der Dinge" Vorstellung neuer Teilnehmer	Maler v. Scheidt
13:00 Uhr	Begrüßung	Schwinger, Stellv. Börgern., Meyer		Bericht der Arbeitsgemeinschaft	Maler
13:05 Uhr	Grußwort	Dr. Marcel Huber Staatsminister		Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaft	v. Scheidt
13:25 Uhr	PCI- Netzwerke ein Muss! (NV – Leitlinie KHK)	Zerkowski	15:00 Uhr	Kaffeepause	
13:35 Uhr	"Leitliniengerechte Standards der KHK-Therapie"	Elsner Schwinger	15:30 Uhr	Diskussionsrunde: Praktisches Vorgehen	Moshage Kupatt
	Verbesserung der Erstversorgung der STEMI-Patienten durch WHIN (Weidener-Heartinfarkt-Netz). Kooperation Klinik – Notarzt	Graf		Wie optimal STEMI Patienten transportieren, NAW oder Hubschrauber?	Pawlak
	Wann ist der Einsatz einer Herz- Lungen-Unterstützung sinnvoll?	Engel		Praktische Vorschläge der Arbeitsgemeinschaft Bayerischer Herzinfarkt-Netze zur Umsetzung / Implementierung von Netzwerken	Maler
	Clopidogrel, Prasugrel oder Ticagrelor indiziert bei STEMI? Wie vorgehen?	Pauschinger	16:30 Uhr	Diskussion	
	Nutzen der therapeutischen Hypothermie bei reanimierten Patienten?	Dauber		Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarkt-Netzwerke (Tagesordnung s. gesonderte Mail)	Alle
	Diskussion		17:00 Uhr	Verabschiedung	



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Bericht der Arbeitsgemeinschaft Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarkt-Netzwerke

Herbstkonvent 24.11.2011



Sebastian Maier** & Wolfgang von Scheidt*

*I.Medizinische Klinik, Klinikum Augsburg, Herzzentrum Augsburg-Schwaben

** II.Medizinische Klinik, Klinikum St. Elisabeth Straubing



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Vorstellung neuer Teilnehmer



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Satzung

Ist nach dem letzten Herbstkonvent fertig gestellt worden und Online verfügbar



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Mitglieder der AG

**...Der schriftliche
Aufnahme/Beitrittsantrag ist an den
Vorstand zu richten ...**



Beitrittserklärung

Hiermit erklären wir als

unseren Beitritt zur

**Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen
Herzinfarktnetzwerke (AG BayHIN).**

Unterschrift, Stempel

, den

Aufruf an alle:

**Beitrittserklärung bitte ausfüllen und
einsenden:**

Fax:

09421 – 710 87 1610

Mail:

sebastian.maier@klinikum-straubing.de



Bisher „offiziell“ beigetreten und „nicht-akkreditiert“ sind:

- Regensburg
- Rothenburg o.d.T.
- Passau – östliches Niederbayern
- Westmittelfranken
- Hochfranken
- Deggendorfer Herzinfarktnetzwerk
- Königswinkel-Ausserfern (D-Ö)



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Suchen

Home Aktuelles Allgemeines Wir über uns Netzwerke Simulationstraining Download Mapservet Kontakt

Meist gelesen

- Impressum
- Copyright-Datenschutz
- Allgemeines
- Wir über uns
- Netzwerke

Benutzername

Passwort

Angemeldet bleiben

Anmeldung

Passwort vergessen?

Benutzername vergessen?

Netzwerke

Die Akkreditierung bescheinigt, dass das jeweilige Herznfarktnetz wichtige Qualitätsstandards vorweisen kann und auch erhält. Diese, von der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herznfarktnetze festgelegten Standards, werden regelmäßig überprüft. Die Akkreditierung ist also ein "Gütesiegel" für ein Bayerisches Herznfarktnetz.

- Carlo-Angel-Netzwerk
- Deggendorfer Herznfarktnetzwerk
- HERA - Netzwerk Herznfarktnetz Region Augsburg (akkreditiert)
- HERO Herznfarktnetzwerk Oberbayern
- Herznfarktnetzwerk Kaufbeuren-Ostallgäu (akkreditiert)
- Herznfarktnetzwerk Miesbacher Land
- Herznfarktnetzwerk Mainfranken (akkreditiert)
- Herznfarktnetzwerk Nord-Oberfranken/Süd-Thüringen
- Herznfarktnetzwerk Oberallgäu-Kempten
- Herznfarktnetzwerk Ostliches Niederbayern
- Herznfarktnetzwerk Pfaffenlofen/Schriberhausen/Mainburg
- Herznfarktnetzwerk Rosenheimer Land
- Herznfarktnetzwerk Südoberbayern (Jura TU/BSG) (akkreditiert)
- HNKI Herznfarktnetzwerk Donau-Iller
- Infarktnetzwerk Rettungszweckverband Bamberg
- Interventionszentrum Ansbarg
- Interventionsnetzwerk Ansbach/Günzenhausen
- Interventionsnetzwerk Duffen/Wilhelms/München West
- Herznfarktnetz Großhadern
- STEME Netzwerk Klinikum Nürnberg
- Wittn Weidener Herznfarktnetz (akkreditiert)

Schlagwörter

Arbeitsgemeinschaft Herznfarktnetzwerk München Kliniken beteiligte Ansprechpartner Herznfarktnetz bayerischen dieser Werbung durch Notfallmedizin Informationen Augsburg können Nürnberg STEAM ARGE/IMA Medizinmanagement Website

Kooperationspartner

ÄLRD
INM agbn



Web-Site

Vielen Dank an das INM!

Herrn Björn Hötschl / Dr. Bert Urban



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE



Arbeitsgemeinschaft der
Bayerischen Herzinfarkt-Netzwerke

Erfassungsbogen Herzinfarkt-Netzwerke Bayern

Ansprechpartner (Adresse - e-mail):

Name des Netzwerkes:

Status des Netzwerkes:

stabilisiert („genehmigt“ (seit durch das BfM))

oder

„im Aufbau“

Kooperationspartner (Kliniken, Rettungsdienste, Behörden...)

Homepage:

Haben Sie ein eigenes Logo? Wenn ja bitte mitschicken!

Sonstiges/Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Fax: 09421-710-87-1610 Mail: sebastian.maier@klinikum-straubing.de

Aufruf an alle:

**Teilen Sie uns Ihre Infos mit!
Die HP lebt von Ihren Beiträgen**

Fax:

09421 – 710 87 1610

Mail:

sebastian.maier@klinikum-straubing.de



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Zielvereinbarung

Zielvereinbarung
Herzinfarktnetzwerk des Rettungsdienstbereichs XXXX ,
nach dem Muster der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke
zwischen

dem Zweckverband für Rettungsdienst und Feuerwehralarmierung ...
der KVB ...
dem Klinikum ...
dem Krankenhaus ...
dem Krankenhaus ...
dem Krankenhaus ...
...
dem Bayerischen Roten Kreuz, Malteser Hilfsdienst, Johanniter Unfallhilfe, ...
Kreisverband ...
...
und
den Obleitern der Notarztstandorte ...
sowie
den ÄMRD im Rettungsdienstbereich ...



**Muster der ZV ist jetzt im
Downloadbereich der HP
verfügbar...**

Besonderer Dank an Herrn Pawlak!

Präambel

1. Die aktuellen Leitlinien zur Versorgung von Herzinfarktpatienten der maßgeblichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz- und Kreislaufforschung, European Cardiac Society, American Heart Association, European Resuscitation Council) fordern die Einrichtung von Herzinfarktnetzwerken zur optimierten Patientenversorgung. Die strukturierte Versorgung des akuten Herzinfarktes hat nachweisbare Verbesserungen in der Versorgungsqualität erbracht. Die Einhaltung der bekannten Zeitfenster kann hierdurch messbar optimiert werden. Die leitliniengerechte Versorgung jedes Herzinfarktpatienten kann gewährleistet werden.

Akkreditierung



Beitrittserklärung

Hiermit erklären wir als Herzinfarktnetzwerk _____ unseren Beitritt zur Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke (AG BayHIN).

Wir erfüllen folgende Bedingungen:

- Schriftliche Zielvereinbarung der Beteiligten des Herzinfarktnetzwerkes (s. Anlage)
- Akzeptanz der grundsätzlichen Ziele der Arbeitsgemeinschaft (Konsens 28.11.2009)
- Verpflichtung zu den AG BayHIN Standards bezüglich Grundvoraussetzungen, Versorgungszielen, Logistik, Therapie und Qualitätsmanagement (gemäß Konsens 28.11.2009 und 27.11.2010)

_____, den _____



Modifizierung des Webauftritts:

Kennzeichnung der
• Kennzeichnung der Netzwerke
• In Akkreditierung befindliche Netzwerke
• Netzwerke

erledigt

jeweils mit Erklärungen



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Die 4 ersten vorläufig zertifizierten Netzwerke
Bayerns aus 2011 (bis 12/12):

Weidner Herzinfarktnetz (WHIN)
Herzinfarktnetzwerk Kaufbeuren-Ostallgäu
Netzwerk Herzinfarkt Region Augsburg (HERA)
Herzinfarktnetz Mainfranken



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Weidner Herzinfarktnetz (WHIN)
Herzinfarktnetz Mainfranken

Reakkreditiert bis 12/17

Herzinfarktnetzwerk Kaufbeuren-Ostallgäu

Reakkreditiert bis 12/13

Neu akkreditiertes Netzwerk

anlässlich der Frühjahrstagung der DGK in Mannheim April 2012





ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Neu akkreditiertes
Netzwerk



ARBEITSGEMEINSCHAFT DER
BAYERISCHEN HERZINFARKT-NETZWERKE



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

AKKREDITIERTE NETZWERKE 2012

- Weidner Herzinfarktnetz (WHIN)
- Herzinfarktnetzwerk Kaufbeuren-Ostallgäu
- Netzwerk Herzinfarkt Region Augsburg (HERA)
- Herzinfarktnetz Mainfranken
- Herzinfarktnetzwerk Südostbayern
- Herzinfarktnetz Region Kempten - Oberallgäu



AKKREDITIERUNG in Vorbereitung

- Regensburg
- Amberg
- Rosenheim/Miesbach

Zertifikat



Öffentlichkeits- arbeit



Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke: Präklinische Standards bei der Herzinfarktbehandlung

Study Group of the Bavarian Heart Attack Network: Preclinical Standards in the Treatment of Heart Attack

Autoren

P. Sefrin¹, S. Maier²

Institute

¹ Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte (agbn), ZOM, Klinik und Poliklinik für Anästhesie
² Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke, Zentrum Innere Medizin, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Schwerpunkt Internistische Notfall- und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Würzburg

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1266103>
Der Notarzt 2011; 27: 101–104
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0177-2309



Leitthema

Notfall Rettungsmed 2011; 15:101–102
DOI 10.1055/s-0030-1266103
Online publiziert: 14. April 2011
© Springer Verlag 2011

Schlüsselwörter
Koronare, München
P. Sefrin, Würzburg

Jährlich erleiden in Deutschland ca. 265.000 Menschen einen akuten Myokardinfarkt; ca. 85.000 Menschen sterben daran, überwiegend prähospital und vor Arztkontakt [1]. Der V.a. Myokardinfarkt ist mit bis zu einem Drittel aller Notarztanrufe eine der häufigsten Indikationen im Rettungsdienst [2].

Kernelement der optimalen Behandlung des ST-Hebungs-Myokardinfarkts (STEMI) stellt die rasche und vollständige Reperfusion der verschlossenen Koronararterie dar [3]. Zum Erreichen dieses Ziels ist die unverzügliche Einleitung von 1 h entgeltlich primärer perikutaner Koronarintervention (PPCI) einer Thrombolyse vorzuziehen [4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. Die aktuellen Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC) fordern für die PPCI als Reperfusionstrategie einen Anterior-Linker-Bundle-Zug (ALB) von weniger als 120 min für jeden Patienten [4]. Für die Mehrheit der Patienten werden diese ersten ambulanten Zeitangaben bislang nicht erreicht [1, 2, 3, 6]. Trotzdem hat sich durch den routinemäßigen Einsatz einer raschen Reperfusionstrategie, insbesondere mittels PPCI, die Prognose der Erkrankung in den letzten beiden Dekaden drastisch verbessern lassen [4, 5, 6, 16, 17]. Zur weiteren Verbesserung der Versorgung von STEMI-Patienten fordert die ESC-Leitlinie zusätzlich zur Schaffung regionaler Herzerkrankungszentren und einer Zeit zwischen Symptombeginn und effektiver Reperfusion der verschlossenen Koronararterie so kurz wie möglich zu halten [4].

W. von Scheidt¹, C. Thilo², S.-G. Maier²
¹Medizinische Klinik, Klinikum Augsburg, Universitätsklinikum Augsburg, Schwaben
²Medizinische Klinik und Poliklinik I, Universitätsklinikum Würzburg

Myokardinfarktnetzwerke

Strukturelle Voraussetzungen eines Herzinfarktnetzwerkes

Hintergrund

Polymyomen, Schlaganfälle und Myokardinfarkten gehen als akut lebensbedrohliche Erkrankungen, die von einer standardisierten Akutversorgung im Rahmen von Netzwerken mit konstantem Ablauf für die Prä- und Intra-hospitalphase profitieren.

Die Strukturierung von Herzinfarktnetzwerken ist nirgendwo automatisch vorgegeben

Die Strukturierung von Herzerkrankungszentren ist nicht trivial und steigend automatisch vorgegeben. Sie bedarf formalen, logischer und inhaltlicher Überlegungen und jeweils einer detaillierten Abstimmung zwischen allen beteiligten Akteuren wie Notämtern, Leitstellen, Rettungsdiensten, Regionalkrankenhäusern und Interventionszentren. Interdisziplinäre Organisationsstrukturen und einheitliche Behandlungsprotokolle sind erforderlich [4]. Die patientenübergreifende Zeitintervalle (Symptombeginn bis Eintreffen professioneller Hilfe, optimales Intervalle (Notarzt) kann durch kontinuierliche Information der Bevölkerung über Infarkt-symptome positiv beeinflusst werden. Das entscheidende Zeitintervall (Einkontakt bis Reperfusion) kann durch optimale Strukturvorgaben zwischen den professionellen Akteuren verkürzt werden. Die jeweilige Struktur eines Herzerkrankungszentrums muss geeignet sein, dieses Ziel zu optimieren. Einige Hinweise zur grundsätzlichen Struktur eines Herzer-

krankungszentrums können anhand der Standards der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzerkrankungszentren gegeben werden [4]. Tab. 1, 2, 3, 4, 5, 6, <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>.

Ziele und Grundvoraussetzungen

Die grundsätzlichen Ziele eines Herzerkrankungszentrums sind in Tab. 1 dargestellt. Sie sollen eine optimale, flächendeckende Versorgung von STEMI-Patienten ermöglichen. Grundvoraussetzungen hierfür sind die gemeinsame Festlegung klarer Therapieziele und Standards und deren Anpassung an die jeweiligen lokalen Gegebenheiten, eine schrittweise Periode der Verbesserung, kontinuierliche Weiterbildung zur Zusammenarbeit zwischen allen beteiligten Personengruppen und Institutionen an der prähospitalen Versorgung sowie das Vorhandensein mindestens einer erfahrenen Interventionsklinik mit 24 h-Beurteilung an 100 Tagen im Jahr [4]. Tab. 2.

Kooperationsvereinbarung

Zwischen allen Beteiligten sollte eine schriftliche Kooperationsvereinbarung geschlossen werden, in der alle die Ziele und die logische, koordinierte Vorgehensweise abgestimmt. Ein Prototyp einer Kooperationsvereinbarung der AG der Bayerischen Herzerkrankungszentren ist an dieser Stelle ebenfalls (<http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>). Kooperationsvereinbarungen sollen eine grundsätzliche Qualitätssicherung, die Finanzierung der Behandlungsmittel, die Finanzierung der jeweiligen Aufgaben von Zweckverband Rettungsdienst, Ärztlichen Leitstellen Rettungsdienst (ALRD) und

» Die Strukturierung von Herzinfarktnetzwerken ist nirgendwo automatisch vorgegeben

» Eine telefonische Anmeldung direkt im Interventionszentrum durch den Notarzt sollte unbedingt erfolgen

» Eine klinikinterne Qualitätssicherung ist essenziell



Tab. 1 Ziele der AG der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke. (Nach AG BayHIN, <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>)

Bildung von Netzwerken mit transparenten (zertifizierten) Struktur- und Leistungsmerkmalen (inklusive Ist-Analyse)

Festlegung optimaler Prähospital- und Intrahospitalstandards, nachhaltiges Risikomanagement

Enge Zusammenarbeit mit ÄLRDs/Notärzten/Rettungsdiensten, Leitstelle, Regionalkliniken, Behörden

Standardisierte QM-Dokumentation, kontinuierliche Qualitätsverbesserung im eigenen System

Optimale, flächendeckende Versorgung von Patienten mit akutem Myokardinfarkt mittels PPCI

ÄLRD Ärztliche Leiter Rettungsdienst, QM Qualitätsmanagement, PPCI primäre perkutane Koronarintervention.

Notfall Rettungsmed 2012 · 15:305–312

DOI 10.1007/s10049-011-1506-0

Online publiziert: 14. Juni 2012

© Springer-Verlag 2012



Tab. 2 Grundvoraussetzungen eines Herzinfarktnetzwerks. (Nach AG BayHIN, <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>)

Therapiepfade für STEMI

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

Willensbekundung einer optimierten Zusammenarbeit

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

Mindestens eine Interventionseinrichtung

- 24-h-Herkatheter-Bereitschaft mit ausreichender STEMI-PCI-Erfahrung

Notfall Rettungsmed 2012 · 15:305–312

DOI 10.1007/s10049-011-1506-0

Online publiziert: 14. Juni 2012

© Springer-Verlag 2012



Tab. 3 Logistische Vorgaben generell. (Nach AG BayHIN, <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>)

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 < 2 h als optimale Therapie immer anzustreben

- Es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, dies innerhalb eines Netzwerks garantieren zu können!

Direktanfahrt PCI-Zentrum

- Bypassieren des nächstgelegenen Regionalkrankenhauses

Nur falls PCI < 2 h sicher nicht erreichbar und Schmerzbeginn < 3 h ggf. alternativ Lyse prähospital erwägen

- HK und 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

RD Rettungsdienst, NA Notarzt, HK Herzkatheter, STEMI ST-Hebungs-Myokardinfarkt

Notfall Rettungsmed 2012 · 15:305–312

DOI 10.1007/s10049-011-1506-0

Online publiziert: 14. Juni 2012

© Springer-Verlag 2012



Tab. 4 Logistische Vorgaben im Detail. (Nach AG BayHIN, <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>)

Immer Übertragung des EKG an PCI-Zentrum

- Webbasierte/digitale Versionen werden für absolut notwendig erachtet

Telefonische Anmeldung des Patienten im PCI-Zentrum inklusive voraussichtlicher Ankunftszeit (zentrumseigene Hotline erforderlich)

- Notarzt-Kliniker-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

Notfall Rettungsmed 2012 · 15:305–312

DOI 10.1007/s10049-011-1506-0

Online publiziert: 14. Juni 2012

© Springer-Verlag 2012



Tab. 5 Prähospitaler Medikation. (Nach AG BayHIN, <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>)

5.000 E Heparin i.v. (oder LMWH – je nach „Regionalstandard“)

500 mg ASS iv

Bei Schmerzen Morphin 3–5 mg i.v., ggf. wiederholen

Ggf. Sedierung mit Midazolam 1–2 mg i.v., ggf. Gabe von Nitroglycerin

Prähospitaler *Thienopyridin-Loading-Dose* (Clopidogrel 600 mg oder Prasugrel 60 mg) wird *nicht* als *obligater* Standard festgelegt

Prähospital i.v. Betablocker (Metoprolol 5 mg i.v., ggf. wiederholen) empfohlen bei Hypertension oder normotoner Tachykardie

– Bei restlichen kreislaufstabilen Patienten optional (IIb-Empfehlung nach ESC)

Bei geplanter PPCI keine Lyse

Bei geplanter PPCI prähospital kein GP IIb/IIIa-Antagonist

LMWH Low Molecular Weight Heparins, ESC Europäischen Gesellschaft für Kardiologie, PPCI primäre perkutane Koronarintervention.

Notfall Rettungsmed 2012 · 15:305–312
DOI 10.1007/s10049-011-1506-0
Online publiziert: 14. Juni 2012
© Springer-Verlag 2012



Tab. 6 Qualitätsmanagement prä- und intrahospital. (Nach AG BayHIN, <http://www.herzinfarkt-netzwerk.de>)

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.

Notfall Rettungsmed 2012 · 15:305–312
DOI 10.1007/s10049-011-1506-0
Online publiziert: 14. Juni 2012
© Springer-Verlag 2012



Neues aus der kardiologischen Intensivmedizin

Die Intensivmedizin in Deutschland hat einen hohen Standard und Zielwert mit stetig wachsenden Patientenzahlen. In der Vergangenheit haben sich die intensivmedizinischen Standards durch die Überführung in die hochspezialisierten Intensivmedizin an Bedeutung gewonnen und die Behandlung intensiverer Erkrankungen hat eine starke Unterstützung in besonderen Umfang gefunden. Die Intensivmedizin hat sich in den letzten Jahren zu einem zentralen Bestandteil der inneren Medizin entwickelt und übernimmt einen wichtigen und unverzichtbaren Anteil an intensiv- und überlebenswichtigen Patienten mit potenziell lebensbedrohlichen Erkrankungen. Diese Patienten sind aufgrund der steigenden Zahl der Überlebenden zunehmend in der Lage, eine sehr gute Versorgung der Intensivmedizin mit der Notfallmedizin zu erhalten. Die Intensivmedizin ist eine der wichtigsten und am weitesten entwickelten Disziplinen der Notfallmedizin. Die Intensivmedizin ist eine der wichtigsten und am weitesten entwickelten Disziplinen der Notfallmedizin.

600 | *Herzinfarkt-Netzwerke*

... Bestes Beispiel dafür ist die Therapie des akuten Koronarsyndroms, insbesondere des ST-Hebungs-Myokardinfarktes (STEMI). Hier sind kürzlich neue Leitlinien publiziert worden, in denen die optimale Behandlung innerhalb eines Herzinfarktnetzwerkes mit klaren logistischen und therapeutischen Zielen beschrieben wird [1]. **Bayern war in dieser Hinsicht fortschrittlich, besteht doch schon seit 2009 die Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke (www.herzinfarkt-netzwerk.de), die es sich bayernweit zum Ziel gesetzt hat, eine bestmögliche Versorgung von Herzinfarktpatienten, unabhängig von Tageszeit, räumlichen Gegebenheiten und wirtschaftlichen Interessen zu verwirklichen...**

Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke

Ziel dieser Arbeitsgemeinschaft (www.herzinfarkt-netzwerk.de) ist die Optimierung der Versorgung von Herzinfarktpatienten durch Vernetzung der regionalen Herzinfarktnetzwerke in Bayern. Diese Vernetzung ermöglicht einen intensiven Erfahrungsaustausch sowie die Festlegung gemeinsamer Qualitätsstandards. Die Arbeitsgemeinschaft hat insbesondere eine Definition von Grundvoraussetzungen und qualitativen Mindestanforderungen an ein Herzinfarktnetz erarbeitet [4, 5].



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

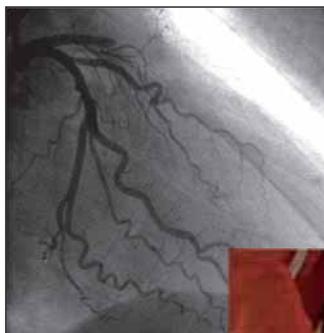
Positionspapier zur Struktur und Notwendigkeit von Herzinfarktnetzwerken

Sebastian K.G. Maier^{1*}, Holger Thiele², Ralf Zahn³, Peter Sefrin⁴, Christoph K. Naber⁵,
Karl Heinrich Scholz⁶, Wolfgang von Scheidt⁷

Auf dem Weg, positiv begutachtet, Endversion wird erstellt...



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE



Erreichtes & Ungelöstes



Ziele 2012: was wurde geschafft?

Erreichtes:

- Satzung
- Zielvereinbarungsvordruck Netzwerk
- Beitrittsbedingungen zur AG
- Akkreditierung
- Festlegung Intra-Hospital-Standards & QM
- Publikationen zu Herzinfarktnetzwerken
- Positionspapier DGK zu Herzinfarktnetzwerken

Ungelöstes oder Teilgelöstes

- Prähospitalphase: EKG-Telemetrie, Weisungsungebundenheit Notärzte
- Umsetzung QM (FITT-STEMI Bayern) sollte realisiert werden
- Auditing

Probleme

Prähospitalphase

EKG-Telemetrie (Finanzierung und Akzeptanz)

Standard-Adhärenz Notärzte (Hoffnung = ÄLRD)

Intrahospitalphase

Umsetzung Intra-Hospital-Standards & QM

„FITT-STEMI Bayern“



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Telemetrie-Projekt



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE



FITT-STEMI-Bayern-Projekt

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



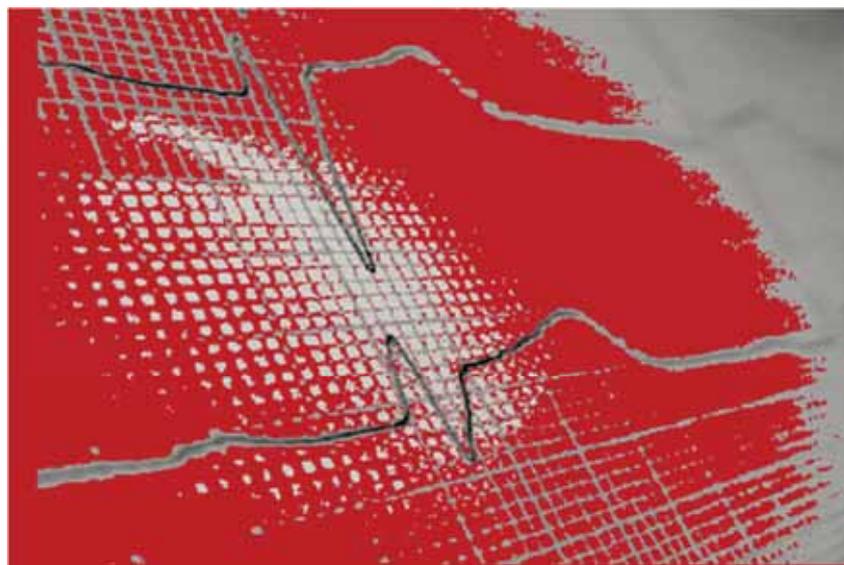
ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Sonstiges...

???



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE



Auf gutem Weg:

**Arbeitsgemeinschaft der
Bayerischen Herzinfarktnetzwerke**



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Mitgliederversammlung Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarkt-Netzwerke

Herbstkonvent 24.11.2011



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE



Einladung und Tagesordnung Mitgliederversammlung der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarktnetzwerke

Samstag, 24. November 2012, 16.30 Uhr
Neues Rathaus Weiden, Großer Sitzungssaal
Dr.-Pfleger-Str. 15, 92637 Weiden

-Änderungen vorbehalten-

Top 1	Begrüßung	W. v. Scheidt S. Maier
Top 2	Wahl des neuen stellvertretenden Vorsitzenden <small>(Wahlvorschläge für diesen Tagesordnungspunkt bitte bis 18.11.12 per Mail an: sebastian.maier@klinikum-straubing.de)</small>	S. Maier
Top 3	Qualitätsicherung im Rahmen von FITT-STEMI	W. v. Scheidt S. Maier
Top 4	Neue akkreditierte Herzinfarktnetze	W. v. Scheidt S. Maier
Top 5	Sonstiges <small>(Vorschläge für diesen Tagesordnungspunkt bitte bis 18.11.12 per Mail an: sebastian.maier@klinikum-straubing.de)</small>	W. v. Scheidt S. Maier



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Wahl des neuen stellvertretenden Vorsitzenden



ARBEITSGEMEINSCHAFT
DER BAYERISCHEN
HERZINFARKT-NETZWERKE

Wahlvorschlag:

Prof. Dr. R. H. G. Schwinger, Weiden



Wahl des Vorstandes



Vorstand

ÄLRD

AGBN

INM

Oberbayern

Niederbayern

Oberfranken

Mittelfranken

Unterfranken

Oberpfalz

Schwaben

München

Pawlak

Sefrin

Zwißler/Urban

Moshage

Elsner

Brachmann

Pauschinger

Ertl

Schwinger

von Scheidt

Kuppat

1. Vorsitzender

2. Vorsitzender

Past President

Maier

Schwinger

von Scheidt

Qualitätssicherung

FITT-STEMI-Dokumentationsbogen

DRG-Klass: ICD-10:

Einleitend: Primärtransport Sekundärtransport Selbstverletzung

Regulärer HIL Rufbereitschaft HIL

Fittler

Geburtsdatum: / / Initialen:

Gez. (gg) GDR (gg)

Fittler: Patient: Mütterl. Nr.:

Übertragung / Notruftelefon

Telefonische Anknüpfung: ja nein Etopogel ja nein Etopogel ja nein Telenotrufdienst (Puls + PC-Klinik)

Funk EKG: ja nein Direktleitung in HIL: ja nein HF mit Übertragung: ja nein HF über Mobil: ja nein

Zellen

Patient	HL Temp. entnommen	Salle Standardkontakt	Zentral	HIL ist
Antark	Antark	ggf. ENG	Antark	Antark
Antark	Antark	ggf. ENG	Antark	Antark
Antark	Antark	ggf. ENG	Antark	Antark

PC-Klinik

Antark: ja nein HIL: ja nein

Aktuelle Anamnese

Herz-Kreisl.-Fak: nein ja nicht bekannt ja nein ja nein

Verdauung: nein ja nicht bekannt ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

Kardiale Risikofaktoren: nein ja nicht bekannt ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

Vorerkrankungen: nein ja nicht bekannt ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

Diagnose / Abgrenzung HIL

Klasse: Klasse I (keine Herzinfarkt) Klasse II (Herzinfarkt) Klasse III (schwerer Herzinfarkt) Klasse IV (schwerster Herzinfarkt)

Reanimation: nein ja nicht bekannt ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

EKG (STEMI - Lokalisation)

Angiograph. Merkmale: s-GHK h-GHK s-GHK h-GHK LMCA

Rekatheterisation: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein ja nein

TIMI-Flow-Rate: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Keine PCI: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein ja nein ja nein

Keine Coronarangiographie: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein ja nein

Ergebnisse

Gründe für Verzögerungen: Befundung Diagnose Therapie Transport andere (Frei)

Frei: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein ja nein

TMI Risk Score

www.tmi-score.de

FITT-STEMI-Dokumentationsbogen

DRG-Klass: ICD-10:

Fittler

Geburtsdatum: / / Initialen:

Hospital / Station

Epikrisesatzung: ja nein Datum: / / EF nicht durchgeführt

Erlassung von PC-Klinik: ja nein Datum: / /

Erlassung von Nicht-PC-Klinik: ja nein Datum: / / PCZ / PC:

Tafel in Krankenhaus: ja nein Datum: / / ggf. Nr.:

30-Tage-Follow-Up

Medikation: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

Nikotin: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein

NYHA: I II III IV

Epikrisesatzung: ja nein Datum: / / EF nicht durchgeführt

Re-Infarkt: ja nein Datum: / /

Re-Intervention: ja nein Datum: / /

System-OP: ja nein Datum: / /

Tafel: ja nein Datum: / /

1-Jahr-Follow-Up

Medikation: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein ja nein ja nein ja nein

Nikotin: ja nein nicht bekannt ja nein ja nein

NYHA: I II III IV

Epikrisesatzung: ja nein Datum: / / EF nicht durchgeführt

Re-Infarkt: ja nein Datum: / /

Re-Intervention: ja nein Datum: / /

System-OP: ja nein Datum: / /

Tafel: ja nein Datum: / /

Folgebefragung

Schwerkrankenpflege für 30 Tage- und 1-Jahr-Follow-Up-Befragung durchgeführt: ja nein

Einverständnis für Überprüfung der Datenqualität durch einen der Schichtpflichtigen unterlegenen Mitarbeiter: ja nein



Sonstiges...

???