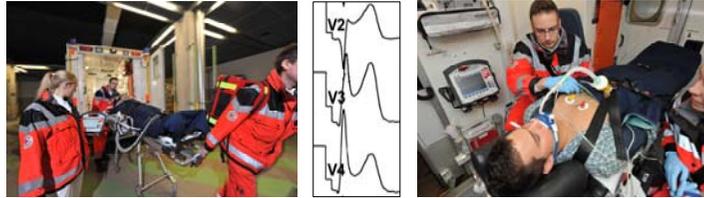


PRÄHOSPITAL-STANDARDS
Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Herzinfarkt-Netzwerke

Bayerisches Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit 8.6.2010



Sebastian Maier
Universitätsklinikum Würzburg – Herzinfarktnetz Mainfranken

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

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!)

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

- prähospital 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 intrahospitale 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**