

Journal für Kardiologie

Austrian Journal of Cardiology

Österreichische Zeitschrift für Herz-Kreislauserkrankungen

Optimierung der Herzinfarkttherapie in Österreich: Stand 2007. Projekt "Optimierung der flächendeckenden Infarkttherapie" und Informationskampagne "Schach dem Herztod"

Huber K, Gaul G, Baumgartner H
Zenker G, Weidinger F, Schlögel R
für die Task Force „Optimierung
der Herzinfarkttherapie“ der
Österreichischen Kardiologischen
Gesellschaft und des
Bundesministeriums für Gesundheit
und Frauen

*Journal für Kardiologie - Austrian
Journal of Cardiology* 2007; 14
(5-6), 125-130

Homepage:

www.kup.at/kardiologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche



Offizielles
Partnerjournal der ÖKG



Member of the ESC-Editor's Club



Offizielles Organ des
Österreichischen Herzfonds



ACVC
Association for
Acute CardioVascular Care

In Kooperation
mit der ACVC

Indexed in ESCI
part of Web of Science

Indexed in EMBASE

Veranstaltungskalender

Hybrid-Veranstaltungen der Herausgeber des **Journals für Kardiologie**

Finden Sie alle laufend aktualisierten Termine
auf einem Blick unter

www.kup.at/images/ads/kongress.pdf

Optimierung der Herzinfarkttherapie in Österreich: Stand 2007

Projekt „Optimierung der flächendeckenden Infarkttherapie“ und Informationskampagne „Schach dem Herztod“

K. Huber¹, G. Gaul¹, H. Baumgartner¹, G. Zenker¹, F. Weidinger¹, R. Schlögel²
für die Task Force „Optimierung der Herzinfarkttherapie“

der ¹Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft und des ²Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen

Kurzfassung: Durch eine möglichst rasche Wiederöffnung des beim akuten Herzinfarkt verschlossenen Herzkranzgefäßes können Frühsterblichkeit, aber auch Folgeerkrankungen wie Herzinsuffizienz und später Rhythmusstörungen, effizient reduziert werden. Die Bemühungen der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft (ÖKG) und des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen (BMGF) im Rahmen des Projektes „Flächendeckende Optimierung der Infarkttherapie in Österreich“ und der gemeinsamen Öffentlichkeits-Informationskampagne „Schach dem Herztod“ (zur Verkürzung der patientenbezogenen Zeitverzögerung) haben zu folgenden Empfehlungen geführt:

- Die Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome eines Infarktes und dem Alarmieren des Notrufsystems soll maximal 15 Minuten dauern.
- Bei Brustschmerzen soll in Österreich eine einzige Rufnummer aktiviert werden, nämlich der Rettungsruf 144.
- Das jeweilige Rettungs-/Notarztsystem muß das nächstgelegene Krankenhaus mit offenem Herzkatheter so rasch erreichen, daß eine akute perkutane Koronarintervention (Akut-PCI, primäre PCI, PPCI) innerhalb von 90 Minuten ab Diagnosestellung durchgeführt werden kann.
- Wenn eine Akut-PCI innerhalb dieser Vorgaben nicht möglich ist, soll so früh wie möglich (prä-hospital von der Notärztin/vom Notarzt vor dem Rettungstransport, bzw. durch Ärztinnen/Ärzte im auswärtigen Krankenhaus ohne Katheteroption) mit einer Lysetherapie begonnen werden.
- Ein sofortiger Weitertransport des lysierten Patienten an ein offenes Katheterzentrum ist wünschenswert, da im Falle eines Versagens der Lysetherapie ohne Zeitverlust eine Notfalls-PCI („rescue PCI“) durchgeführt werden kann.

- Im Spital mit Akut-PCI-Option muß der Patient/die Patientin so rasch wie möglich der Intervention zugeführt werden. Verzögerungen (z. B. Umwege über die Notaufnahmestation) sind durch direkte Aufnahme in die ICU/CCU bzw. durch direkten Transport ins Katheterlabor zu vermeiden.
- Herzkatheterlabors mit Akut-PCI-Option müssen 7 Tage die Woche rund um die Uhr für die Durchführung von Akut-PCIs zur Verfügung stehen.

Aufgrund rezenter Registerdaten aus dem In- und Ausland erscheint es durchaus realistisch, daß durch Verwirklichung der genannten Maßnahmen die Spitals- und Langzeitsterblichkeit aller Patienten, die mit akutem Herzinfarkt diagnostiziert und behandelt werden, halbiert werden kann (von dzt. durchschnittlich ca. 16 % auf ca. 8 %). Bei bestimmten Patientengruppen (Alter < 75 Jahre, größere Infarkte rasche Durchführung der schnellstmöglichen Reperfusionsmethode) ist mit einer sehr niedrigen Sterblichkeit von unter 2 % zu rechnen, was einem internationalen Spitzenwert gleichkommt.

Abstract: Optimization of Treatment of Acute ST-elevation Myocardial Infarction in Austria: Status 2007.

An acute reperfusion of the infarct-related artery in patients with acute myocardial infarction (MI) efficiently reduces early and late mortality as well as the clinical consequences of MI, i.e. heart failure or death due to malignant arrhythmias. Accordingly, the Austrian Society of Cardiology (ÖKG) and the Ministry of Health and Women (BMGF) have organized the project, “Flächendeckende Optimierung der Infarkttherapie in Österreich” and the public information campaign, “Schach dem Herztod” (to shorten patient

delay times) which have led to the following recommendations based on the existing guidelines:

- Time between onset of pain and response to the emergency call should be as short as possible and should last at maximum 15 minutes.
- For an emergency due to acute chest pain call 144 nationwide in Austria.
- The respective ambulance/emergency physician system must reach the next hospital with open catheter facilities to ascertain primary percutaneous coronary intervention (PPCI) within 90 minutes of first medical contact.
- If PPCI cannot be offered within the recommended time pre-hospital (ambulance) or in-hospital (non-catheter hospital) thrombolysis should be initiated as soon as possible.
- After thrombolytic therapy transfer of the patient into an open catheter hospital would be preferable to enable performance of rescue-PCI without further time delay in non-responders to thrombolytic therapy.
- In the hospital with catheter facilities, in-hospital delays (e.g. no direct transfer to the CCU and/or catheter laboratory) have to be avoided.
- Acute PCI options have to be organized for 24 hours/7 days.

Based on recent international and national registry data, a reduction of in-hospital and long-term mortality of about 50 % and more (from an average of 16 % to < 8 %) seems to be realistic. For certain subgroups of patients (e.g. younger patients with anterior wall infarction of less than 2–3 hours duration treated by the fastest available reperfusion strategy), a very low mortality of < 2 % can be expected, which represents top results when compared with international data. **J Kardiologie 2007; 14: 125–30.**

■ Herzinfarkt in Österreich – Die Datenlage

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Österreich, wie auch in vielen anderen Ländern, mit weitem Abstand die Haupttodesursache. Rund die Hälfte (48 %) aller Todesfälle sind dadurch bedingt. Dies ist sowohl bei Männern als auch bei Frauen der Fall, wobei letztere in Absolutzahlen sogar noch häufiger betroffen sind (46 vs. 54 %). Gemeinsam mit Tumorerkrankungen stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vor allem bei älteren Patienten, auch die häufigste Ursache für stationäre Behandlungen dar. Als Grund für eine Pensionierung durch geminderte Arbeitsfähigkeit stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an dritter Stelle [Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2002, Statistik Austria, Wien, 2004].

Eine zentrale Stellung als Todesursache innerhalb der Herz-Kreislauf-Erkrankungen nimmt der Herzinfarkt einschließlich seiner Folgen ein. Laut Spitalsstatistik (2002) werden in Österreich jährlich rund 13.000 Patienten mit einem akuten Herzinfarkt in Krankenhäusern behandelt. Die Spitalssterblichkeit konnte in den vergangenen drei Jahrzehnten zwar schon deutlich gesenkt werden (sie betrug 1975 ca. 30 %), lag aber Ende 2002 nach wie vor im Mittel bei 16 %. Die Sterblichkeit liegt bei Frauen mit 21 % wesentlich höher als bei Männern mit 13 %. Dieser Unterschied ist allerdings nicht nur geschlechtsbedingt: Frauen sind im Durchschnitt bei ihrem Infarkt bereits 8–10 Jahre älter und haben dann bereits mehr Zusatzkrankungen und damit ein erhöhtes Risiko. Berücksichtigt man Alter und Risikofaktoren, ergeben sich in der

Korrespondenzadresse: Prim. Univ.-Prof. Dr. med. Kurt Huber, 3. Med. Abteilung mit Kardiologie und Internistischer Notaufnahme, Wilhelminenspital, A-1160 Wien, Montleartstraße 37; E-Mail: kurt.huber@wienkav.at

Regel in den wissenschaftlichen Studien keine Geschlechtsunterschiede für die Infarktletalität [Kalla et al., Circulation 2006].

Leider versterben nach wie vor ca. 25–30 % der Patienten am akuten Herzinfarkt, bevor sie von einem Arzt gesehen werden oder ein Krankenhaus erreichen, sodaß die Zahl der Todesfälle durch diese Erkrankung in Österreich noch wesentlich höher liegen dürfte und mit ca. 6000 Todesfällen pro Jahr angenommen werden muß. Diese Daten decken sich auch ungefähr mit den Zahlen aus dem österreichischen Sterberegister.

■ Wie werden Patienten mit akutem Herzinfarkt derzeit in Österreich versorgt?

Für die Behandlung des ST-Streckenhebungs-Infarktes (ST-elevation myocardial infarction, STEMI) gelten derzeit die 2005 publizierten Richtlinien der „European Society of Cardiology“ (ESC) [Silber et al., Eur Heart Journal 2005]. Diese Richtlinien heben die Akut-PCI als die beste Reperfusionmethode eindeutig hervor. Die Akut-PCI ist demnach bei frischen Myokardinfarkten (< 3 Stunden Dauer), wenn sie innerhalb von 90 Minuten ab dem ersten Arztkontakt (Diagnosestellung) durchgeführt wird, und bei allen Infarkten zwischen 3 und 12 Stunden ab Schmerzbeginn die Methode der Wahl. Auch Patienten im Schock und ältere Patienten scheinen von der Akut-PCI besonders zu profitieren (Abb. 1).

Statistik zur Infarktbehandlung in Österreich

Laut Statistikdaten erhielt in Österreich Ende 2006 nur ca. ein Drittel der Herzinfarktpatienten eine Akut-PCI, während ca. ein Drittel eine Lysetherapie erhielt (die Mehrheit davon in-hospital und ohne sofortigen Weitertransport in ein offenes Katheterlabor), sowie ungefähr ein Drittel keine Reperfusionstherapie. Mit diesen Daten liegt Österreich ungefähr im Mittelfeld des internationalen westlichen Standards. Deutlich höhere Akut-PCI-Raten wurden aus Tschechien, Dänemark, der Schweiz, den USA, sowie aus Frankreich und Deutschland berichtet. Das Verhältnis zwischen Akut-PCI/Lysetherapie/keine Reperfusion ist dabei auch in Österreich in manchen Bereichen aufgrund der bereits weit fortgeschritte-

nen Organisationsstrukturen deutlich zugunsten der Akut-PCI verschoben, wie am Beispiel des Wiener Netzwerkes ersichtlich ist [Kalla et al., Circulation 2006].

Laut nationalen und internationalen Daten weist die Gruppe der Infarktpatienten ohne Reperusionsmaßnahmen die höchste Spitalssterblichkeit auf (18–25 %). Unsere Bemühungen müssen daher in erster Linie darauf ausgerichtet sein, mehr Patienten einer Reperfusionstherapie (Akut-PCI oder Lysetherapie) zuzuführen. Dies würde im Idealfall bedeuten, daß allen Infarktpatienten die beste Methode, nämlich eine Akut-PCI und zwar innerhalb von 90 Minuten ab Diagnosestellung und durchgeführt von einem qualifizierten Interventionisten an einem qualifizierten Zentrum, angeboten werden sollte. Von diesem Ziel sind wir aber in Österreich trotz der in den vergangenen Jahren verstärkten konzertierten Bemühungen zwischen ÖKG und BMFG noch weit entfernt.

Das Wiener Modell – Beispiel einer Netzwerk-bildung

In Wien wurde Anfang 2003 begonnen, 5 tagsüber verfügbare Herzkatheterzentren (AKH, KH Hietzing, KH Rudolfstiftung, SMZ-Ost, Wilhelminenspital) in optimaler Weise in die Versorgung von akuten Infarktpatienten einzubinden. Seit Oktober 2005 ist auch das Hanusch-KH als sechstes Haus in dieses Netzwerk eingebunden. Die Schlüsselrolle (Triage) spielt dabei die Wiener Rettung, die mit dem nächstgelegenen Herzkatheterzentrum Kontakt aufnimmt und bemüht ist, die Patienten schnellstmöglich zu transferieren. Ist aus den Gesprächen mit dem nächsten Zentrum (bzw. auch einem anderen nahegelegenen Zentrum) erkennbar, daß eine Akut-PCI nicht innerhalb von 90 Minuten durchführbar ist, wird bei fehlenden Kontraindikationen eine Lysetherapie begonnen (prä-hospitale Lyse). Wird der Patient nicht zuerst vom Notarzt der Rettung gesehen, sondern kommt er von alleine in ein Krankenhaus ohne unmittelbare Akut-PCI-Möglichkeit, dann wird in der Notaufnahme (Erstversorgung) des betreffenden Krankenhauses entschieden, ob ein rascher Transport (Primärtransport!) an ein offenes Katheterzentrum möglich ist oder mit einer Lysetherapie begonnen werden soll (in-hospitale Lysetherapie plus Transfer). In den Nächten von Montag bis Samstag früh sind derzeit immer 2 Herzkatheterzentren für Akutfälle vorbereitet: es ist dies immer das AKH (das AKH hat von Montag bis Donnerstag nur einen Bereitschaftsdienst!), dazu kommen in einer fixen Rotation an Montagen das KH Rudolfstiftung, an Dienstagen das SMZ-Ost, an Mittwochen das KH Hietzing, an Donnerstagen das Wilhelminenspital und an Freitagen das Hanusch-KH. Von Samstag bis Montag früh ist derzeit ausschließlich das AKH mit einem fixen Team vor Ort für die Akutversorgung von Herzinfarkten verantwortlich. Es ist aber angedacht, auch an den Wochenenden jeweils ein zweites Zentrum zu aktivieren.

Mit der Einführung der optimierten Infarkttherapie in Wien ist die Spitalssterblichkeit der Infarktpatienten in den teilnehmenden Zentren von ca. 14–16 % auf 9,5 % (inklusive der nicht reperfundierten Patienten) bzw. auf 8 % (Akut-PCI und Lysetherapie) gesunken [Kalla et al., Circulation 2006]. Infarktpatienten mit guter Prognose, das sind unter 75jährige Patienten, die keine Schockzeichen aufweisen, haben ein sehr

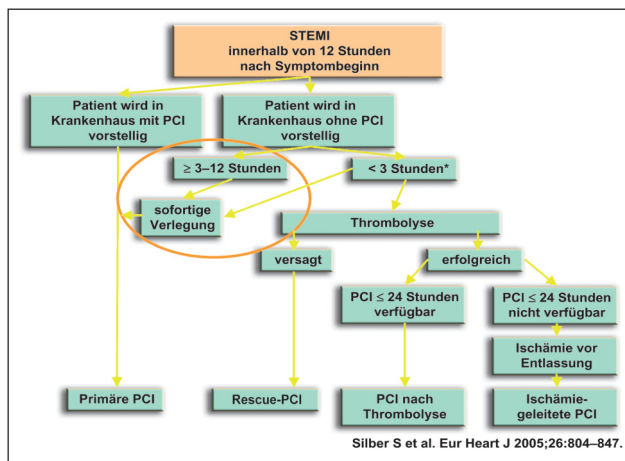


Abbildung 1: STEMI-ESC-PCI-Guidelines 2005. Mod. nach [Silber S et al., Eur Heart J 2005; 26: 804–47].

geringes Risiko zu versterben (0,5–2 %), wenn eine optimale und rasche Herzinfarktbehandlung durchgeführt wird [Kalla et al., Circulation 2006].

Stand der Therapieoptimierung in den anderen Bundesländern

In Tirol (Katheterzentrum Innsbruck) wird bereits seit einigen Jahren eine Optimierung der Organisation der Infarkttherapie mit sehr guten Daten im internationalen Vergleich durchgeführt. Auch in Salzburg (LKH Salzburg) und Vorarlberg (LKH Feldkirch) hat sich je ein Zentrum als Hauptanlaufstelle etabliert. Sowohl für Salzburg als auch für Vorarlberg gab es in der Vergangenheit auch Beispiele für grenzüberschreitende Kooperationen mit Deutschland bzw. der Schweiz. Beispiele für verbesserte Versorgungsstrukturen in Netzwerken, die teilweise noch im Aufbau sind, sind der Raum Oberösterreich mit Netzwerken in Linz und Wels, St. Pölten (zentrales Niederösterreich und Mostviertel), Krems (Waldviertel), das Dreieck Eisenstadt–Wiener Neustadt–Mödling (südliches Niederösterreich und Burgenland), Kärnten (Katheterzentren Klagenfurt und Villach), sowie die Steiermark (Katheterzentren Universität Graz, LKH Graz West und LKH Bruck an der Mur).

■ Wo weitere Verbesserungen lebensnotwendig sind

Die Hauptgründe, warum Patienten mit akutem Herzinfarkt nicht rechtzeitig und mit der besten Reperfusionstherapie behandelt werden können liegen (1) in Zeitverzögerungen (patient delay, transportation delay, in-hospital delay) und (2) in der Nichtverfügbarkeit qualifizierter Katheterlabors.

Verkürzung der Verzögerungszeiten

Abbildung 2 zeigt die derzeit bestehenden Verzögerungen bei der Behandlung von akuten Myokardinfarkten mittels Akut-PCI in Österreich. Die mittlere Ischämiedauer (Beginn des Herzschmerzes bis zur ersten Ballon-Dilatation) liegt dabei bei mehr als 4 Stunden, was übrigens auch internationalen Daten aus Deutschland, Frankreich und den USA entspricht. Kürzere durchschnittliche Gesamtischämiezeiten finden sich nur in bereits gut eingespielten Netzwerken bei relativ kurzer Transportdauer [Kalla et al., Circulation 2006]. Wenn man in Betracht zieht, daß einerseits eine Reperfusionstherapie in Abhängigkeit von der Zeitdauer vom Infarkt- bis zum Be-

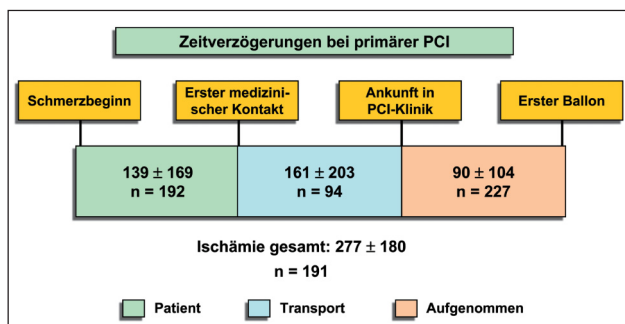


Abbildung 2: Zeitverzögerung (Minuten). ACS-Register Österreich 2004–2005.

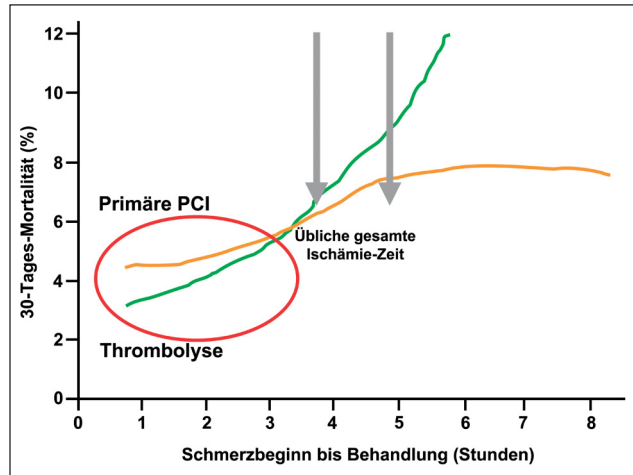


Abbildung 3: Zeit und Mortalität: Primär-PCI vs. Thrombolyse. Mod. nach [Huber K et al. Eur Heart J 2005; 26: 2063–74].

handlungsbeginn sowohl für die Lysetherapie als auch für die Akut-PCI mit einer zunehmenden Mortalität behaftet ist und andererseits die besten Behandlungserfolge in den ersten 2–3 Stunden ab Schmerzbeginn zu erzielen sind [Huber et al., Eur Heart Journal 2005] (Abb. 3), müssen massive Anstrengungen in die Verkürzung der Gesamtischämiedauer bis zur erfolgten Reperfusion investiert werden.

Die lange Entscheidungszeit der Patienten, ihre Beschwerden ernst zu nehmen und sich an die richtige Stelle zu wenden („patient delay“), kann, wie in internationalen Studien gezeigt wurde, durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit (TV, Radio, Zeitung, Plakate) signifikant verkürzt werden. Allerdings sind Wiederholungen derartiger Aktionen in kürzeren Abständen erforderlich, um eine anhaltende Verbesserung dieser Problematik zu erzielen.

Besondere Umstände bedingen häufig die Verzögerung beim Patiententransport („transportation delay“): unterschiedliche Rettungs- und Notarztsysteme, an Bezirks- und Landesgrenzen gebundene „Primärtransporte“, nicht entsprechend ausgerüstete Rettungsfahrzeuge mit Arztbegleitung, sowie Zeitverzögerungen durch „Sekundärtransporte“ zwischen Krankenhäusern ohne und mit Akut-PCI-Option stellen in vielen Bereichen nach wie vor große Hindernisse auf dem Weg zu einem raschen Patiententransfer dar. Zusätzlich erschwert wird die Situation dadurch, daß beteiligte Krankenhäuser und Transport- und Notarztsysteme häufig unterschiedliche finanzielle und rechtliche Träger haben und damit Kompetenz- und Refundierungsprobleme eine Vereinfachung der Situation behindern. Gerade in Österreich spielt aber auch die Wetter- und Straßensituation immer wieder eine entscheidende Rolle bei der Verzögerung von sowohl boden- als auch luftgebundenen Patiententransporten.

Letztlich finden sich sowohl international als auch national Hinweise dafür, daß organisatorische Verzögerungen im Spital („in-hospital delay“, vor allem in Krankenhäusern mit geringer Erfahrung bei der Durchführung von Akut-PCI bestehen. Größere Distanzen zwischen Notaufnahmabteilungen und Katheterlabors, nicht eingespielte Abläufe zwischen den betroffenen Berufsgruppen, „on call“-Bereitschaft für das Katheterpersonal mit langen Anfahrtswegen und ande-

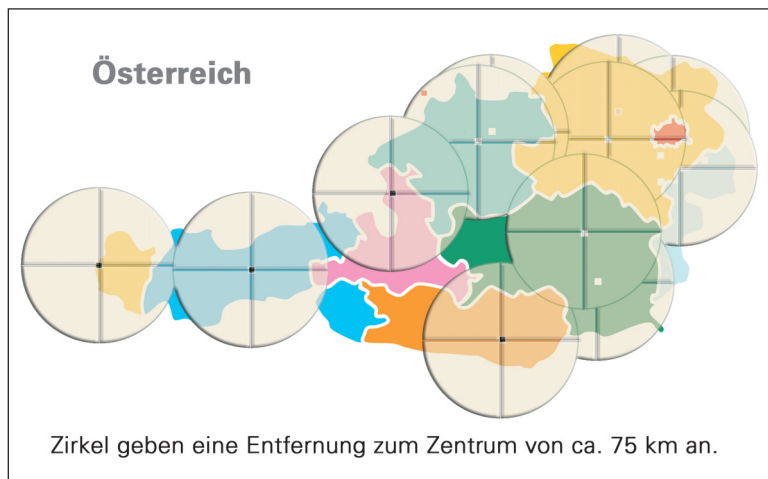


Abbildung 4: Aktive Katheterzentren in Österreich außerhalb der Kernarbeitszeit 4/2007.

re Probleme können die Organisation innerhalb der Spitäler empfindlich verlängern. Die regelmäßige Organisation von Akut-PCIs in einer Größenordnung von ca. 40 Fällen pro Jahr (international geforderter Wert) trägt jedenfalls zu einer signifikanten Verbesserung der Ergebnisse im Vergleich zu seltener aktiven Zentren bei.

Organisation von Netzwerken

Die Organisation von Netzwerken im Sinne einer Absprache der beteiligten Systeme untereinander, die Präambel, daß bei Infarktpatienten auf dem Weg zu einer Akut-PCI der „Sekundärtransport einem Primärtransport gleichzusetzen ist“, sowie die Verwendung von telemetrischer EKG-Übertragung (z. B. bei „on call“-Systemen, bei Transportrettungen ohne Arztbegleitung oder zur Beschleunigung der in-hospitalen Organisationsabläufe durch Umgehung der Notaufnahmestation bei telemetrisch gesicherter Infarktdiagnose) können hier Wesentliches zur Beschleunigung der organisatorischen Abläufe beitragen.

■ Was bisher geschehen ist

Gründung einer Task Force zur „flächendeckenden Optimierung der Infarkttherapie“

Die ÖKG hat gemeinsam mit dem BMFG im Herbst 2005 ein Projekt gestartet, bei dem der Ist-Zustand der Infarkttherapie in Österreich erhoben und der Soll-Zustand in Anlehnung an die 2005 publizierten Richtlinien der ESC festgelegt wurde. Zur Erreichung des Soll-Zustandes wurden in Arbeitsgruppen geeignete Mittel zur Erreichung einer flächendeckenden Behandlungsoptimierung diskutiert und erarbeitet. Die im Rahmen des mehrere Monate dauernden Projektes erzielten Erkenntnisse wurden in schriftlicher Form niedergelegt. Die Erkenntnisse aus diesem Bericht wurden auch in den österreichischen Gesundheitsplan aufgenommen.

Die Aktivitäten der Task Force haben sich in verstärkten Bemühungen in allen Bundesländern niedergeschlagen, die Infarkttherapie entsprechend der gültigen Richtlinien zu verbessern. Diese Anstrengungen sollen schrittweise zu einer flächendeckenden Optimierung der Situation beitragen, wobei mit einer 2–3jährigen Umbauphase der derzeit vorhandenen Strukturen gerechnet werden muß.

Diese verstärkten Bemühungen haben aber bereits in kurzer Zeit dazu geführt, einem größeren Patientenkreis eine Akut-PCI anbieten zu können. Der österreichweite Schnitt von Akut-PCIs ist von 20 % (2003) auf über 30 % (2006) gestiegen und steigt laufend weiter an.

Abbildung 4 stellt die derzeitige Situation der österreichischen Spitäler mit theoretischer Akut-PCI-Option dar. Die Kreise ergeben einen bodenbezogenen Transportbereich von ca. 75 km bis zum HK-Zentrum, wobei in den letzten beiden Jahren je nach Möglichkeiten und Gegebenheiten unterschiedliche Versorgungsnetzwerke bereits entstanden sind oder in Entstehung begriffen sind. Nur wenige Regionen sind theoretisch heute noch unterversorgt. Hier könnten verstärkt luftbezogene Transportmittel überlegt werden. Trotz der theoretisch guten Versorgungslage mit Akut-PCI-Optionen sind in der Praxis noch nicht alle Bereiche optimal versorgt. Es finden aber derzeit überall in Österreich Bestrebungen statt, Akut-PCI-Optionen rund um die Uhr anzubieten. Die nötigen personellen Grundlagen, Transportabläufe, sowie kooperierende Netzwerkstrukturen sind allerorts im Aufbau.

Aufgrund des bereits bestehenden – in vielen Teilen Österreichs durchaus dichten – Netzes an Herzkatheterplätzen wäre es unserer Auffassung nach besser, die bestehenden Zentren und ihr Umfeld zu optimieren (Personal, Transport, Budget) als neue Zentren zu schaffen. Die Begründung, mehr Versorgungsplätze für Akut-PCIs zu schaffen, scheint den Autoren insofern als problematisch, da Fallzahlen und damit die Erfahrung der interventionellen Kardiologen die Ergebnisse der Akut-PCI ganz maßgeblich beeinflussen und zu befürchten ist, daß mehr Zentren weniger Fallzahlen und damit weniger Qualität für das einzelne Zentrum und die dort tätigen Kardiologen nach sich ziehen. Als Mindestanforderungen werden derzeit international 75 Katheterinterventionen pro Jahr pro Untersucher im Akut-HK-Dienst gefordert, sowie 40 Akut-PCIs bei akutem ST-Streckenhebungs-Infarkt pro Zentrum.

Öffentlichkeitsaktion „Schach dem Herztod“ und andere Aktivitäten

Zur Verbesserung der patientenbezogenen Zeitverzögerung wurde im Juli/August 2006 österreichweit die Aktion „Schach dem Herztod“ durchgeführt. Sponsoren waren das BMGF, die ÖKG (unterstützt durch die Firmen Philips, Sanofi/Aventis, AustroMed, Pfizer, Johnson & Johnson und Altana Pharma) sowie der Raiffeisen-Verband und die UNIQA-Versicherung. Die Aktion wurde durch TV- und Radiospots und Plakatwerbung getragen. Der Werbeetat entsprach einem Wettbewerb von etwa € 200.000,-, es wurden über einen Zeitraum von ca. einem Monat (24. Juli–19. August 2006) insgesamt 60 TV- und über 100 Hörfunkspots gesendet, gleichzeitig wurden bundesweit eine Plakatkampagne an 2000 Stellen affiziert und Folder in den Filialen der Sponsorbank verteilt. Laut einer Analyse des ORF betrug die gestützte Wahrnehmung (Wahrnehmung auf gezielte Nachfragen) 57 % bei Betroffenen (KHK-Patienten) und 52 % bei der Gesamtbevölkerung, mit einem deutlichen Überhang der Wahrnehmung der TV-Spots (63 vs. 26 %).

Inhalte der Aktionen waren das rasche Erkennen und Ernstnehmen von Infarktsymptomen (Brustschmerz = Notfall), bei Brustschmerzen von maximal 15 Minuten sofort das Rettungs-/Notarztsystem zu aktivieren (144 rufen!) und auf die Notwendigkeit rascher Zeitabläufe (Zeitverlust = Verlust an Herzmuskel) hinzuweisen. Der Wiederhall in den Bundesländern war im Vergleich zu Wien geringer ausgeprägt. In Wien ist es durch die Aktion gelungen, den „patient delay“ weiter zu

verkürzen und mehr Patienten einer raschen Reperfusionstherapie zuzuführen. Die Aktion „Schach dem Herztod“ steht dabei am Beginn verschiedener Aktivitäten zur Aufklärung der Bevölkerung mit ähnlichem Inhalt. Mittlerweile hat sich auch das Bundesland Vorarlberg zu einer ähnlichen Öffentlichkeitsaktion (ORF Vorarlberg, selbe Inhalte wie „Schach dem Herztod“, aber lokal angepasste Thematik und einheimische Betroffene) entschlossen, welche in den kommenden Wochen und Monaten durchgeführt werden soll. Vergleichbare Aktionen in anderen Bundesländern unter der jeweiligen Führung der verantwortlichen Kardiologen und Politiker werden erwartet. Aufgrund der bisherigen Erfahrungen sollten derartige Aktionen in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, um die Aufmerksamkeit der potentiell betroffenen Bevölkerung auf Dauer hoch zu halten.

■ Laufende Aktivitäten der Task Force

Die Task Force sieht ihre Aufgaben im laufenden Jahr darin, die Bestrebungen zur Optimierung der Herzinfarktbehandlung in den Bundesländern zu unterstützen. Zu diesem Zwecke wurde seitens der Task Force ein Fragenkatalog verfaßt und vor einigen Wochen durch das BMGF an die Abteilungsleiter aller Kardiologischen Abteilungen (mit und ohne Katheterlabors), sowie aller Internen Abteilungen, die potentiell Infarktpatienten aufnehmen, ausgesendet. Es soll damit erneut der Ist-Zustand überprüft sowie Ungereimtheiten und Hindernisse in den Optimierungsversuchen der Infarkttherapie aufgezeigt und die Ursachen dafür gefunden werden. Im Frühjahr 2007 wurden erneut 3 Arbeitsgruppen (bestehend aus Kardiologen, Notfallmediziner, Verantwortlichen von Patienten-transportsystemen und Versicherungen) gegründet, die sich mit der praktischen Umsetzung der wichtigsten Organisationsschritte in den Bereichen Zeit/Transport, Akut-PCI-Labors sowie Netzerkennung befassen werden. Dazu ist die Kenntnis des derzeitigen Ist-Zustandes erforderlich. Seitens der Task Force werden auch Kontakte zu den Gesundheitsplattformen in den einzelnen Bundesländern hergestellt, da die Verantwortlichen innerhalb dieser Plattformen für die rechtliche und finanzielle Umsetzung der notwendigen Schritte verantwortlich sind.

Die Jahrestagung der ESC in Wien (Anfang September 2007), bei der ca. 30.000 Teilnehmer erwartet werden und wo u. a. die Optimierung der Infarkttherapie (begleitende Medikamente, Devices, Netzerkennung) eines der Hauptthemen sein wird, soll wieder dazu genutzt werden, auf dieses Problem auch medial verstärkt aufmerksam zu machen. Es werden derzeit die europäischen Richtlinien zur Diagnose und Behandlung des akuten ST-Streckenhebungs-Infarktes neu verfaßt, wobei auch Vertreter der ÖKG aktiv in das „Writing Committee“ eingebunden sind (Prof. Huber, Prof. Weidinger). Mit der Publikation der Neuauflage dieser Richtlinien ist allerdings nicht vor Sommer 2008 zu rechnen.

Abschließend soll angemerkt werden, daß eine regelmäßige Überprüfung der Vorgangsweisen und des klinischen Erfolges durch Mitbeteiligung aller Katheterzentren am österreichischen ACS-Register unumgänglich für die laufende Qualitätssicherung und weitere Verbesserung der Herzinfarkttherapie ist.

Literatur beim Verfasser

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)