

HINWEISE ZUR DATENERHEBUNG DES

# REGIONALES HERZINFARKTREGISTER

## SACHSEN-ANHALT

(RHESA)

ab 1. Juli 2013



**Einschlusskriterien und zu erhebende Variablen  
für  
Kliniken *mit* Herz-Katheterlabor**



## Einschlusskriterien

### 1. DIAGNOSE

Eingeschlossen werden alle Patienten<sup>1</sup> mit akutem Myokardinfarkt:

- STEMI
- NSTEMI

### 2. HAUPTWOHNSITZ IN DER REGISTERREGION

Eingeschlossen werden alle Patienten die ihren Hauptwohnsitz in der Registerregion haben:

- Altmarkkreis Salzwedel
- Landkreis Stendal

Für die Landkreise Altmarkkreis Salzwedel und Stendal finden Sie auf der Rückseite des Erhebungsbogens alle Ortsnamen beider Landkreise sortiert in alphabetischer Reihenfolge. Somit können Sie ablesen, ob ein Patient aus der Registerregion stammt.

### 3. ALTER und GESCHLECHT

Eingeschlossen werden sollen Männer und Frauen ab 25 Jahren.

## Patienteninformation und Einwilligungserklärung

Die Herzinfarktpatienten in Ihrem Krankenhaus erhalten einige Tage nach der Akutbehandlung die **Patienteninformation** zum RHESA, mit der Bitte um Lektüre. Nachdem die Patienten die Patienteninformation gelesen haben, erhalten sie von Ihnen die **Einwilligungserklärung** zum RHESA:

- ***Die Teilnahme am RHESA ist für die Patienten freiwillig.***
- ***Eine hohe Teilnahmebereitschaft verstärkt die Aussagekraft des Registers***
- ***Möchte ein Patient am RHESA teilnehmen, MUSS dieser die Einwilligungserklärung unterschreiben.***
- ***Möchte der Patient am RHESA NICHT teilnehmen, wird dies auf der Einwilligungserklärung vermerkt.***
- ***Bitte belassen Sie den Durchschlag der Einwilligungserklärung in der Krankenakte.***
- ***Bitte belassen Sie den Durchschlag des Erhebungsbogens in der Krankenakte.***
- ***In jedem Fall, sollte dem RHESA das Original der Einwilligungserklärung mit dem Original des Erhebungsbogens zugesandt werden.***

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Regel die männliche Schreibweise verwendet.

## Erhebungsbogen

Für das RHESA gibt es zwei *Erhebungsbögen A1 und A2*

A1

### EINWILLIGUNG LIEGT VOR

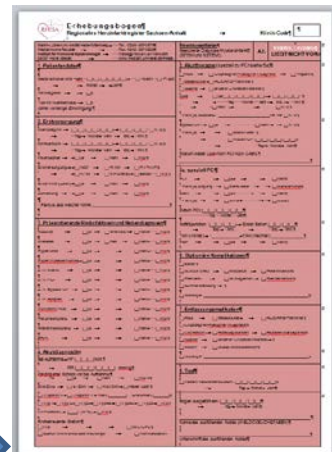
Erhebungsbogen A1 (**GRÜN**) soll nur bei den Patienten ausgefüllt werden, die die *Einwilligungserklärung des RHESA* unterschrieben haben.



A2

### EINWILLIGUNG LIEGT NICHT VOR

Erhebungsbogen A2 (**ROT**) soll nur bei Patienten ausgefüllt werden, die die *Einwilligungserklärung des RHESA nicht* unterschrieben haben. Dies kann der Fall sein bei Patienten, die am RHESA nicht teilnehmen möchten (Verweigerer) oder Patienten, die im Krankenhaus verstorben sind, noch bevor die Einwilligung eingeholt werden konnte.



### Seite:

Die erste Seite (**GRÜN** oder **ROT**) wird von Ihnen an das RHESA verschickt (Kontaktdaten siehe letzte Seite).

### Durchschlag:

Der Durchschlag verbleibt in der Krankenakte des Patienten.

## Allgemeine Anmerkung zur Erhebung einzelner Variablen

Im Folgenden werden die zu erhebenden Variablen für den Erhebungsbogen A1 (**GRÜN**) und Erhebungsbogen A2 (**ROT**) beschrieben.

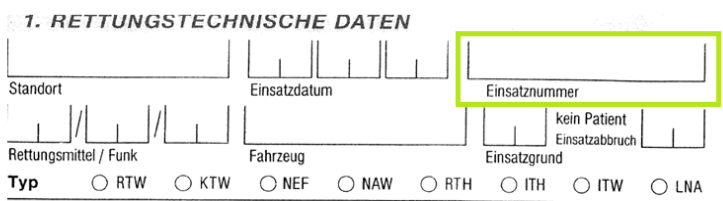
Im Erhebungsbogen steht die Abkürzung „n.b.“ für nicht bekannt.

**BITTE LESERLICH  
AUSFÜLLEN!**

### Einzelne Variablen nach Blöcken

#### Block 1. Patientenbasisdaten bei vorliegender Einwilligung - Erhebungsbogen A1 (**GRÜN**)

Dient der Erhebung der Basisdaten der Patienten und Patientinnen.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Name	Bitte tragen Sie hier den Nachnamen des Patienten ein.
Vorname	Bitte tragen Sie hier den Vornamen des Patienten ein.
Geburtsdatum	Bitte tragen Sie hier das Geburtsdatum ein mit Tag/Monat/Jahr.
<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Bitte kreuzen Sie das Geschlecht an.
Gewicht	Bitte geben Sie hier das Gewicht des Patienten (in kg) an.
Körpergröße	Bitte geben Sie hier die Körpergröße des Patienten (in cm) an.
PLZ und Wohnort des Patienten	Bitte tragen Sie hier die Postleitzahl („PLZ“) und den Wohnort des Patienten ein.
<b>Telefonnummer</b>	<b>Bitte tragen Sie hier die Telefonnummer des Patienten ein.</b>
Name des Hausarztes	Bitte tragen Sie hier den Namen des Hausarztes ein.
Krankenkasse	Bitte tragen Sie die Krankenkasse des Patienten ein.
Einsatznummer des Einsatzprotokolls	Bitte tragen Sie die Einsatznummer des Einsatzprotokolls des Rettungsdienstes ein. 

**Block 1. Patientenbasisdaten bei nicht vorliegender Einwilligung - Erhebungsbogen A2  
(ROT)**

Dient der Erhebung der Basisdaten der Patienten und Patientinnen.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Geburtsmonat und -jahr	Bitte tragen Sie hier den Geburtsmonat und das Geburtsjahr ein.
<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Bitte kreuzen Sie das Geschlecht an.
<input type="checkbox"/> Verweigerer <input type="checkbox"/> Verlegung <input type="checkbox"/> Ansprache des Pat. nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Tod im Krankenhaus	Bitte kreuzen Sie hier an, aus welchen Gründen keine Einwilligung vorliegt.  <ul style="list-style-type: none"><li>• Ein Patient möchte nicht am RHESA teilnehmen („Verweigerer“) oder</li><li>• ein Patient wurde in ein anderes Krankenhaus verlegt, noch bevor die Einwilligung eingeholt werden konnte („Verlegung“)</li><li>• oder ein Patient konnte aus anderen Gründen nicht angesprochen werden („Ansprache des Pat. nicht erfolgt“)</li><li>• oder ein Patient ist im Krankenhaus verstorben, noch bevor die Einwilligung eingeholt werden konnte („Tod im Krankenhaus“).</li></ul>

## Block 2. Erstversorgung (Erhebungsbogen A1+A2)

Dient der Erhebung zur Erstversorgung außerhalb des Krankenhauses und bei Klinikankunft.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Symptombeginn	<p>Bitte geben Sie hier an, an welchem Datum (Tag/Monat/Jahr) und auch zu welcher Uhrzeit (in Stunde/Minute) bei dem Patienten nach eigenen Angaben die ersten akuten Herzinfarktsymptome auftraten. Wenn dem Patient zwar das Datum, aber die Uhrzeit nur ungefähr gegenwärtig ist, füllen Sie bitte das Datumsfeld aus und geben Sie eine Schätzung des Symptombeginns an.</p> <p>Falls dem Patient Datum und Uhrzeit des Infarkts nicht bekannt sind, kreuzen Sie bitte das Feld „n.b.“ an.</p>
Klinikankunft	<p>Bitte geben Sie hier an, an welchem Datum (Tag/Monat/Jahr) und auch zu welcher Uhrzeit (in Stunde/Minute) der Patient die Klinik erreicht hat.</p> <p>„n.b.“ Information unbekannt</p>
Intrahospital <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	<p>War der Patient schon vor dem Eintreten des Infarkts (ggf. aus anderen Gründen) stationär (<b>unabhängig davon, in welchem Krankenhaus</b>) aufgenommen, wird hier „ja“ angekreuzt.</p> <p>Hat sich der Infarkt beim Patienten außerhalb des Krankenhauses ereignet, wird hier „nein“ angekreuzt.</p> <p>„n.b.“ Information unbekannt</p>
Erstversorgung <input type="checkbox"/> NEF <input type="checkbox"/> RTW <input type="checkbox"/> RTH/ITH <input type="checkbox"/> KTW <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> KV-Dienst <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> n.b.	<p><b>Bitte geben Sie hier nur die Versorgung an, die der Patient auch tatsächlich zuerst hatte, auch wenn Ihnen der Patient zugewiesen wurde.</b></p> <p>D.h. ist er zunächst selbstständig in die Klinik A „gegangen“ und wurde dann mit dem RTW/NEF in Klinik B verlegt, interessiert uns ausschließlich, dass er zuerst selbst in eine Klinik gegangen ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Notarztwagen/Notarzteinsatzfahrzeug der Feuerwehr („NEF“),</li> <li>• Rettungswagen der Feuerwehr („RTW“),</li> <li>• Rettungshubschrauber („RTH“), Intensivhubschrauber („ITH“)</li> <li>• Krankentransportwagen („KTW“)</li> <li>• Hausarzt</li> <li>• Notdienst der Kassenärztl. Vereinigung („KV-Dienst“)</li> <li>• Patient war ein Selbsteinweiser („selbst“).</li> <li>• „n.b.“ Information unbekannt</li> </ul>

## Block 2. Erstversorgung (Erhebungsbogen A1+A2)

Dient der Erhebung zur Erstversorgung außerhalb des Krankenhauses und bei Klinikankunft.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Erste Hilfe (Laien) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob bei dem Patienten eine Erstversorgung durch einen medizinischen Laien (z.B. durch Angehörige) durchgeführt wurde.
Zuweisung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.  falls ja, aus welcher Klinik	Bitte geben Sie hier an, ob es sich bei dem Patienten um eine Zuweisung aus einer anderen Klinik handelt. Falls „ja“, geben Sie bitte an, aus welcher Klinik der Patient hinzuverlegt wurde. Mit dieser Angabe können für denselben Patienten doppelt ausgefüllte Erhebungsbögen zusammengeführt und Doppelzählungen verhindert werden.  Ist unbekannt, ob es sich um eine Verlegung handelte, wird hier „n.b.“ angekreuzt.



### Block 3. Präexistierende Risikofaktoren und Nebendiagnosen (Erhebungsbogen A1+A2)

Dient der Erhebung der Risikofaktoren und Nebendiagnosen, um die Multimorbidität der Patienten und Patientinnen besser abbilden und vergleichen zu können.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Raucher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ehemals <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient raucht oder jemals in der Vergangenheit geraucht hat. Als Rauchwaren werden Zigaretten, Zigarren und Pfeife angesehen.  Patient/Patientin <ul style="list-style-type: none"> <li>• hat nie geraucht „nein“,</li> <li>• hat vor mehr als 30 Tagen vor Klinikaufnahme mit dem Rauchen aufgehört „ehemals“,</li> <li>• raucht regelmäßig mindestens einmal täglich und innerhalb der letzten 30 Tage vor stationärer Aufnahme „ja“.</li> <li>• „n.b.“ Information unbekannt</li> </ul>
Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neu <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient unter einem bekannten Diabetes mellitus leidet oder ob in der Klinik ein Diabetes mellitus neu diagnostiziert „neu“ wurde.  „n.b.“ Information unbekannt
Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient an einer bekannten arteriellen Hypertonie leidet und/oder für eine Hypertonie vom Arzt behandelt wird.  „n.b.“ Information unbekannt
Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient unter einer dokumentierten Hypercholesterinämie leidet und/oder für diese vom Arzt behandelt wird.  „n.b.“ Information unbekannt
Z.n. Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient schon an mindestens einem Herzinfarkt vor dem jetzigen Ereignis erkrankt war.  „n.b.“ Information unbekannt

### Block 3. Präexistierende Risikofaktoren und Nebendiagnosen (Erhebungsbogen A1+A2)

Dient der Erhebung der Risikofaktoren und Nebendiagnosen, um die Multimorbidität der Patienten und Patientinnen besser abbilden und vergleichen zu können.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Z.n. PCI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte geben Sie an, ob der Patient vor diesem Ereignis jemals eine PCI erhalten hat. Gemeint ist hier nicht eine diagnostische Koronarangiographie, sondern eine Intervention, egal welcher Art: Ballondilatation, Stentimplantation etc.
Z.n. Bypass-OP <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient sich vor diesem Ereignis einer CABG unterzogen hat.  „n.b.“ Information unbekannt
Z.n. Apoplex/TIA <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient an einem Zustand nach Apoplex oder an einem Zustand nach transischämischen Attacke (TIA) leidet.  „n.b.“ Information unbekannt
Vorhofflimmern/-flattern <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient unter Vorhofflimmern oder -flattern (paroxysmal, persistierend, lang persistierend oder permanent) leidet  „n.b.“ Information unbekannt
Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient an einer bekannten Herzinsuffizienz leidet und/oder für eine bekannte Herzinsuffizienz vom Arzt behandelt wird.  „n.b.“ Information unbekannt
Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient unter einer chronischen Niereninsuffizienz leidet, die wie folgt definiert wird:  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kreatinin (in der Vergangenheit &gt;2,0mg/dl) oder &gt;200 µmol/l</li> <li>• Dialysepflicht</li> <li>• Z.n. Nierentransplantation</li> </ul> „n.b.“ Information unbekannt
pAVK <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient unter einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit leidet.  „n.b.“ Information unbekannt

## Block 4. Akutdiagnostik (Erhebungsbogen A1+A2)

Hier werden Ergebnisse diagnostischer Untersuchungen bei Aufnahme (und die erstbetreuende Station) dokumentiert. Dies ermöglicht, den Krankheitsschweregrad bei Aufnahme zu bestimmen.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
bei Aufnahme HF _____/Min. RR _____/_____mmHg	Bitte geben Sie die Herzfrequenz in Schlägen/Minute bei Aufnahme an (bei Patienten mit Kammerflimmern eine „utopische“ Frequenz von >400 Schläge/Minute bei Patienten mit Asystolie eine Frequenz von 0 Schläge/Minute angeben).  Bitte geben Sie den Blutdruck (systolisch/diastolisch) bei Aufnahme in mmHG an. (nicht messbaren Blutdruck bitte mit 0 mmHG angeben).  Bitte notieren Sie jeweils die <b>erste vom Personal</b> (Notaufnahme, ITS) dokumentierte Angabe.
Kardiogener Schock vor/bei Aufnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient vor oder bei der Aufnahme einen kardiogenen Schock erlitten hat.  „n.b.“ Information unbekannt
Erst EKG: <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> neuer LSB	<ul style="list-style-type: none"> <li>• „STEMI“ definiert als ST-Hebung in 2 benachbarten Ableitungen und &gt;0,25mV bei Männern unter 40 Jahre und ≥0,2mV bei Männern über 40 Jahre, oder bei Frauen ≥0,15mV in den Ableitungen V<sub>2</sub> und V<sub>3</sub> und/oder ≥0,1 mV in anderen Ableitungen assoziiert mit Troponinerhöhung.</li> <li>• „NSTEMI“ definiert als typische Symptomkonstellation mit EKG-Veränderungen jedoch ohne persistierende ST-Hebung und assoziiert mit Troponinerhöhung.</li> <li>• neuer LSB: neuer Linksschenkelblock</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Troponin I <input type="checkbox"/> Troponin T  Wert  _____   Grenzwert  _____	Bitte geben Sie an, ob Troponin I oder Troponin T bestimmt wurde.  Bitte geben Sie den höchsten Wert des Troponins an.  Bitte geben Sie den Grenzwert (oberen Referenzwert) des Troponins in ng/ml ihres Labors an.
Erstbetreuende Station <input type="checkbox"/> ITS <input type="checkbox"/> IMC/CPU <input type="checkbox"/> Station mit Monitorüberw. <input type="checkbox"/> Normalstation	Bitte geben Sie die erstbetreuende Station des Patienten an: <ul style="list-style-type: none"> <li>• „ITS“: Intensivstation</li> <li>• „IMC/CPU“: Intermediate Care Station o. Chest Pain Unit</li> <li>• „Station mit Monitorüberwachung</li> <li>• „Normalstation“</li> </ul>

## Block 4. Akutdiagnostik (Erhebungsbogen A1+A2)

Hier werden Ergebnisse diagnostischer Untersuchungen bei Aufnahme (und die erstbetreuende Station) dokumentiert. Dies ermöglicht, den Krankheitsschweregrad bei Aufnahme zu bestimmen.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Klassifikation des Herzinfarktes <i>(nach der 3. universalen Definition des Myokardinfarktes der European Society of Cardiology, 2012)</i>	
<input type="checkbox"/> Typ 1	Spontaner MI durch Ruptur, Ulzeration, Erosion, Dissektion oder Fissur einer atherosklerotischen Plaque in einer oder mehreren Koronararterien – es findet sich häufig ein assoziierter Koronarthrombus mit resultierender Verzögerung des koronaren Flusses oder Embolisation von Plättchenaggregaten in die Gefäßperipherie und eine daraus resultierende Myokardnekrose.
<input type="checkbox"/> Typ 2	Eine Myokardnekrose entsteht nicht durch eine obstruktive Koronarerkrankung, sondern durch andere Mechanismen, die zu einer Störung des Gleichgewichts zwischen Sauerstoffbedarf und -angebot führen. Typische Ursachen sind endotheliale Dysfunktion, Koronarspasmen oder -embolien, Tachy- oder Bradyarrhythmien, Anämie, respiratorische Insuffizienz, Hypotonie und Hypertonie mit oder ohne linksventrikulärer Hypertrophie.
<input type="checkbox"/> Typ 3	Eintreten eines kardial bedingten Todes bei mutmaßlich bestehender Myokardischämie, elektrokardiographisch verdächtigen neu aufgetretenen ST-T-Veränderungen oder neuem Linksschenkelblock und Eintreten des Todes, bevor Blut entnommen werden kann oder Biomarker eine pathologische Erhöhung zeigen.
<input type="checkbox"/> Typ 4a	Mit einer perkutanen Koronarintervention (PCI) assoziierter MI, per Konvention definiert als Anstieg der Troponinkonzentration um mehr als ein 5-Faches des oberen Referenzwertes nach PCI, sofern cTn vor PCI nicht erhöht war. Bei vorbestehender cTn-Erhöhung und stabilen oder fallenden cTn-Konzentrationen wird ein Anstieg um mindestens 20% gefordert. Zusätzlich muss mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt sein: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptome einer möglichen Myokardischämie,</li> <li>• neue ischämietypische EKG-Veränderungen,</li> <li>• angiographische Zeichen einer periprozeduralen Komplikation,</li> <li>• Nachweis eines neuen myokardialen Substanzverlusts oder neuer Wandbewegungsstörungen durch kardiale Bildgebung.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Typ 4b	Nachweis einer Stentthrombose in der Koronarangiographie oder Autopsie mit den zusätzlichen Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>• klinischer Kontext einer Myokardischämie,</li> <li>• Anstieg oder Abfall von cTn mit mindestens einem Wert oberhalb des oberen Referenzwertes.</li> </ul>

#### Block 4. Akutdiagnostik (Erhebungsbogen A1+A2)

Hier werden Ergebnisse diagnostischer Untersuchungen bei Aufnahme (und die erstbetreuende Station) dokumentiert. Dies ermöglicht, den Krankheitsschweregrad bei Aufnahme zu bestimmen.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
Klassifikation des Herzinfarktes <i>(nach der 3. universalen Definition des Myokardinfarktes der European Society of Cardiology, 2012)</i>	
<input type="checkbox"/> Typ 5	MI im Zusammenhang mit einer aortokoronaren Bypassoperation, per Konvention definiert als cTn-Anstieg um mehr als das 10-Fache des oberen Referenzwertes postoperativ bei Patienten mit normalem cTn vor der Bypass-Operation. Zusätzlich muss mindestens eines der nachfolgenden Kriterien vorhanden sein: <ul style="list-style-type: none"><li>• neue pathologische Q-Zacken oder neuer kompletter Linksschenkelblock,</li><li>• angiographischer Nachweis eines neu aufgetretenen Verschlusses eines Bypass- oder eines Nativgefäßes,</li></ul>
<input type="checkbox"/> n.b.	„n.b.“ nicht bekannt

## Block 5. Ersttherapie (ggf. im NEF) (Erhebungsbogen A1+A2)

Dient der Erhebung der Erstbehandlung in der Klinik. (PCI wird gesondert in 5a. erfragt)

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
<input type="checkbox"/> ASS	Bitte geben Sie an, ob der Patient ASS erhalten hat.
<input type="checkbox"/> Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor	Bitte geben Sie an, ob der Patient Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor erhalten hat.
<input type="checkbox"/> Heparin	Bitte geben Sie an, ob der Patient Heparin erhalten hat.
<input type="checkbox"/> GP IIb/IIIa-Antagonisten	Bitte geben Sie an, ob der Patient GP IIb/IIIa-Antagonisten erhalten hat.
Lyse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient nach Infarkt eine Thrombolyse erhalten hat. Falls ja, bitte geben Sie Tag-Monat-Jahr und die Uhrzeit in Stunde-Minuten sowie die Substanz an. „n.b.“ Information unbekannt
Bypass-OP <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> n.b.	Bitte geben Sie an, ob der Patient zur Behandlung des akuten Ereignisses eine Bypass OP erhalten soll. „n.b.“ Information unbekannt
falls ja, <input type="checkbox"/> elektiv <input type="checkbox"/> Notfall-OP	Falls eine Bypass OP durchgeführt werden soll, geben Sie bitte an, ob es sich um eine geplante, „elektive“ OP handelt oder um eine „Notfall-OP“. Für eine Notfall-OP geben Sie bitte auch das geplante Datum der OP mit Tag- Monat-Jahr an.
Warum weder Lyse noch PCI noch CABG	Falls der Patient keine Reperfusionstherapie (weder Lyse, noch PCI, noch CABG) erhalten konnte, benennen Sie die Gründe dafür bitte in Worten.

## 5a. speziell PCI (Erhebungsbogen A1+A2)

Dient speziell der Erhebung der PCI und der assoziierten Prozessparameter.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
PCI <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zugang <input type="checkbox"/> transradial <input type="checkbox"/> transfemoral Stent <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, <input type="checkbox"/> BMS <input type="checkbox"/> DES	Bitte geben Sie an, ob der Patient eine PCI erhalten hat. Falls keine PCI durchgeführt wurde, kreuzen Sie bitte „nein“ an und füllen Block 5a <b>nicht</b> weiter aus.  Falls eine PCI durchgeführt wurde, geben Sie bitte folgendes an: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zugang: transradial oder transfemoral.</li> <li>• ob ein Stent eingesetzt wurde,</li> <li>• und wenn ein Stent eingesetzt wurde, geben Sie bitte den Stent-Typ an: „BMS“ für bare metal stent, „DES“ für drug eluting stent</li> </ul>
Datum PCI	Bitte geben Sie Datum der PCI an (Tag/Monat/Jahr).
Gefäßpunktion	Bitte geben Sie an, zu welcher Uhrzeit (Stunde/Minute) die Untersuchung mit der Gefäßpunktion begann.
Erster Ballon	Bitte geben Sie Uhrzeit (Stunde/Minute) des 1. Ballons an. Dieser Zeitpunkt entspricht dem Zeitpunkt der Revaskularisierung (d.h. gilt auch für Thrombektomie ...)
TIMI (vorher)	Bitte geben Sie den TIMI Fluss <b>vor</b> Durchführung der PCI an. Die Einschätzung des TIMI Flusses im Infarktgefäß erfolgt anhand des Grades des Kontrastmittelflusses. Vollständige Perfusion ohne Verzögerung ist als TIMI III Fluss klassifiziert. Partielle Perfusion wird als TIMI II, Penetration des Kontrastmittels in das Gefäß ohne Perfusion als TIMI I Fluss klassifiziert. Bei TIMI 0 Fluss zeigt sich kein Fluss nach Okklusion.
TIMI (nachher)	Bitte geben Sie den TIMI Fluss <b>nach</b> Durchführung der PCI an. (Definition TIMI s.o.)
IABP <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bitte geben Sie an, ob der Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) im Rahmen der PCI notwendig war.

## Block 6. Stationäre Komplikationen (Erhebungsbogen A1+A2)

Hier sollen stationäre Komplikationen erhoben werden.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
<input type="checkbox"/> keine	<ul style="list-style-type: none"><li>• Falls keine unerwünschten Ereignisse eingetreten sind, bitte „keine“ ankreuzen.</li><li>• Falls ein nicht vorbestehender kardiogener Schock neu auftritt, bitte „Schock (neu)“ ankreuzen.</li><li>• Falls der Patient während der PCI reanimiert werden muss, bitte „Reanimation“ ankreuzen.</li><li>• Falls der Patient während der PCI intubiert werden muss, bitte „Intubation“ ankreuzen.</li><li>• Falls ein Reinfarkt eintritt, distinkt vom Infarkt, der die Klinikaufnahme begründete, bitte „Reinfarkt“ ankreuzen.</li><li>• Falls ein Schlaganfall eintritt, gekennzeichnet durch persistierende neurologische Ausfälle auf ischämischer Basis, bitte „Schlaganfall“ ankreuzen.</li><li>• Falls eine ischämiebedingte Reintervention im Sinne einer target lesion revascularization (TLR) notwendig wird, bitte „Reintervention“ ankreuzen</li><li>• Falls eine schwere oder lebensbedrohliche Blutung; (Synonym für intrakranielle Blutung oder Blutung, die zu einer hämodynamischen Instabilität führt) auftritt, bitte „schwere Blutung“ ankreuzen.</li><li>• Bei allen weiteren unerwünschten Ereignissen bitte „Sonstige“ ankreuzen.</li></ul>
<input type="checkbox"/> Schock (neu)	
<input type="checkbox"/> Reanimation	
<input type="checkbox"/> Intubation	
<input type="checkbox"/> Reinfarkt	
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	
<input type="checkbox"/> Reintervention	
<input type="checkbox"/> Schwere Blutung	
<input type="checkbox"/> Sonstige	



## Block 7. Verlegungs-/Entlassungsmedikation(Erhebungsbogen A1+A2)

Hier wird ausgefüllt, welche Medikamente dem Patienten **bei Entlassung oder Verlegung** verabreicht werden. Für Patienten, die während des Aufenthaltes in der Klinik verstorben sind, wird dieser Block nicht ausgefüllt.

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
<input type="checkbox"/> ASS	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung ASS gegeben wurde.
<input type="checkbox"/> Beta-Blocker	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung Beta-Blocker gegeben wurde.
<input type="checkbox"/> ACE/ARB-Hemmer	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung ACE/ARB-Hemmer gegeben wurden.
<input type="checkbox"/> Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung Clopidogrel/Prasugrel/ Ticagrelor gegeben wurde.
<input type="checkbox"/> Antikoagulantien	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung eine antikoagulative Therapie gegeben wurde.
<input type="checkbox"/> Diuretikum	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung „Diuretikum“ gegeben wurde.
<input type="checkbox"/> Aldosteronantagonist	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung ein „Aldosteronantagonist“ gegeben wurde.
<input type="checkbox"/> Statine <input type="checkbox"/> andere Cholesterinsenker	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung Statine oder andere Cholesterinsenker gegeben wurden.
<input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> orale Antidiabetika	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung Insulin oder orale Antidiabetika gegeben wurden.
<input type="checkbox"/> Sonstige	Bitte angeben, ob bei Verlegung bzw. Entlassung sonstige „infarktbezogene“ Medikamente verabreicht wurden. Falls ja, bitte angeben.

**Block 8.****Entlassung, Verlegung oder Tod bei vorliegender Einwilligung - Erhebungsbogen A1 (GRÜN)**

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
<input type="checkbox"/> Pat. entlassen  <input type="checkbox"/> Pat. verlegt  <input type="checkbox"/> Pat. verstorben	<p>Bitte kreuzen Sie an, ob der Patient entlassen oder verlegt wurde oder in der Klinik verstorben ist.</p> <p>Für jedes angekreuzte Feld notieren Sie Datum Entlassung, Verlegung oder Tod mit Tag-Monat-Jahr. Im Todes- und Verlegungsfall fügen Sie bitte die Uhrzeit des Todes bzw. der Verlegung (Stunde-Minute) hinzu.</p> <p>Wurde der Patient verlegt, geben Sie bitte den Ort der Verlegung an.</p>
Bogen ausgefüllt	Bitte notieren Sie, wann Sie den Bogen ausgefüllt haben.
Name und Unterschrift des ausfüllenden Arztes/Ärztin	Bitte geben Sie hier Ihren Namen an und unterschreiben Sie den Bogen.

**Block 8.****Entlassung, Verlegung, Tod - bei nicht vorliegender Einwilligung – Erhebungsbogen A2 (ROT)**

Variable Erhebungsbogen	Erläuterungen zum Ausfüllen des Erhebungsbogens
<input type="checkbox"/> Pat. entlassen  <input type="checkbox"/> Pat. verlegt <b>Falls ja, verlegt nach</b>  <input type="checkbox"/> Pat. verstorben	<p>Bitte kreuzen Sie an, <b>ob der Patient entlassen</b> oder verlegt wurde oder in der Klinik verstorben ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Falls der Patient verlegt wurde, notieren Sie bitte das Datum der Verlegung mit Tag/Monat/Jahr und <b>geben Sie bitte an, wohin der Patient verlegt wurde.</b></li> <li>Falls der Patient verstorben ist, notieren Sie das Datum des Todes mit Tag/Monat/Jahr.</li> </ul>
Bogen ausgefüllt	Bitte notieren Sie, wann Sie den Bogen ausgefüllt haben.
Name und Unterschrift des ausfüllenden Arztes/Ärztin	Bitte geben Sie hier Ihren Namen an und unterschreiben Sie den Bogen.



## **KONTAKT**

### *Lieferanschrift:*

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik  
RHESA (Herzinfarktregister)  
Magdeburger Straße 8  
06112 Halle (Saale)

### *Postanschrift:*

Martin-Luther-Universität Halle Wittenberg  
Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik  
RHESA (Herzinfarktregister)  
06097 Halle (Saale)

Telefon: +49 3 45 557-3579

Fax: +49 3 45 557-3565

E-Mail: [rhesa@medizin.uni-halle.de](mailto:rhesa@medizin.uni-halle.de)

Homepage: [www.medicin.uni-halle.de/rhesa/](http://www.medicin.uni-halle.de/rhesa/)