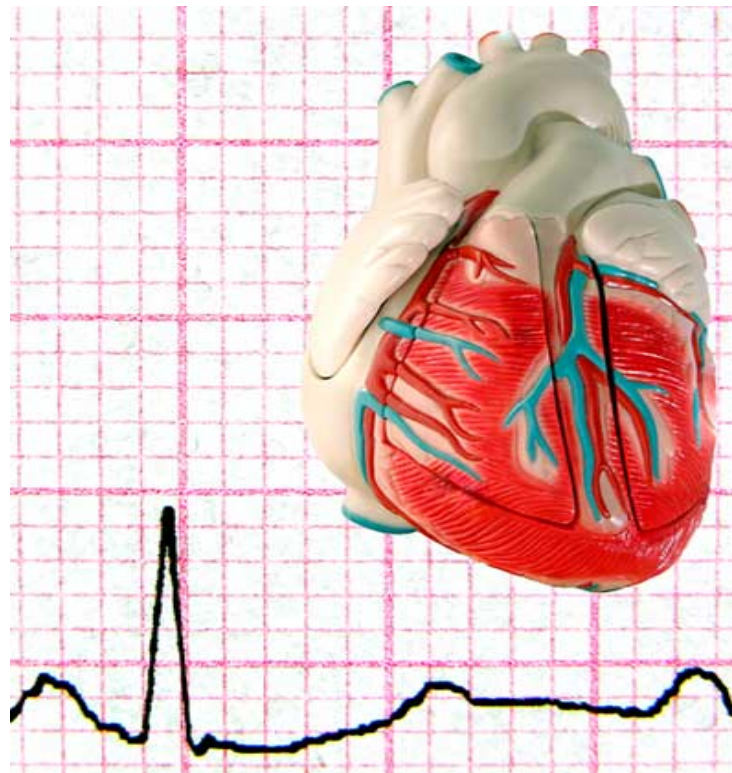
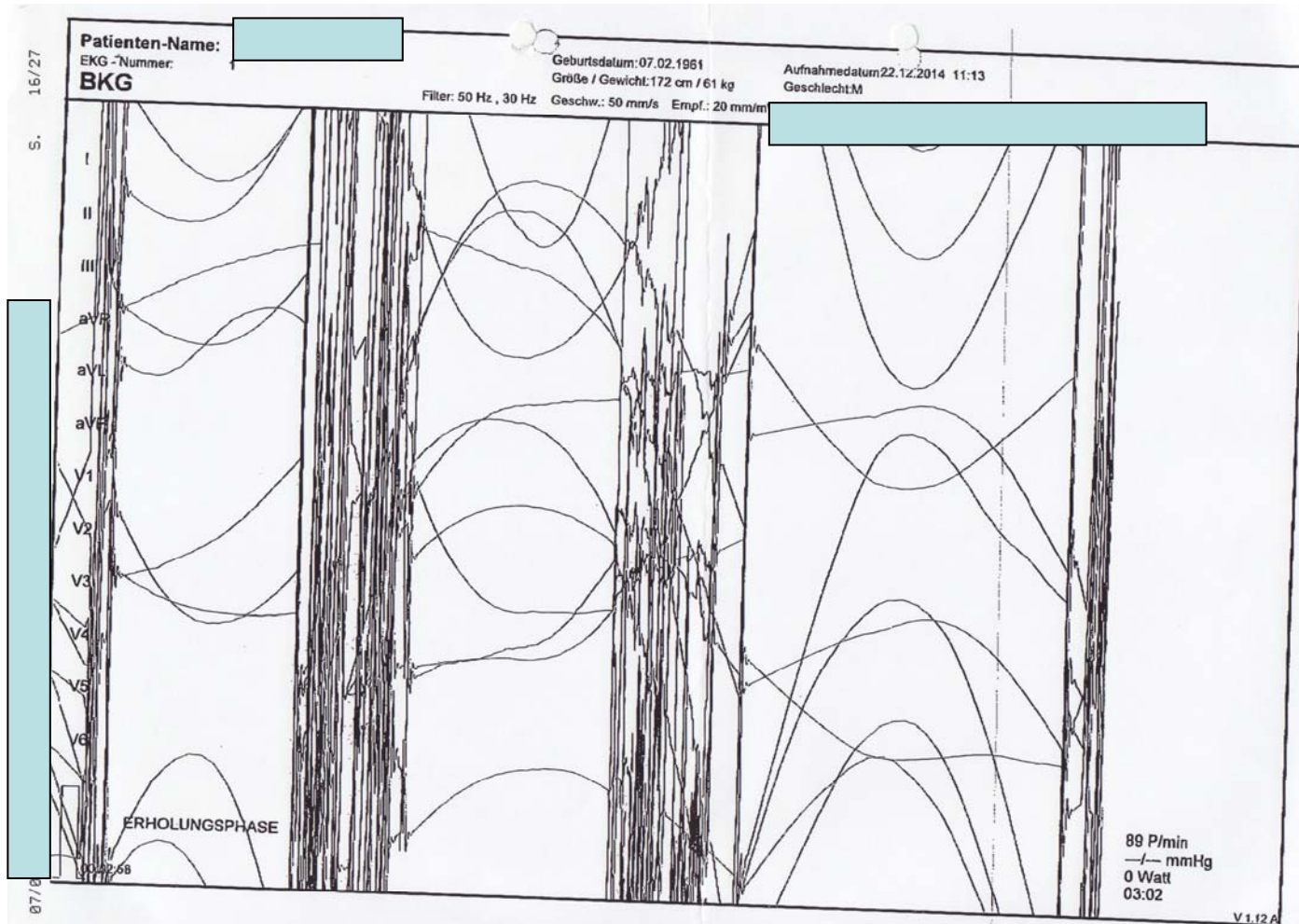


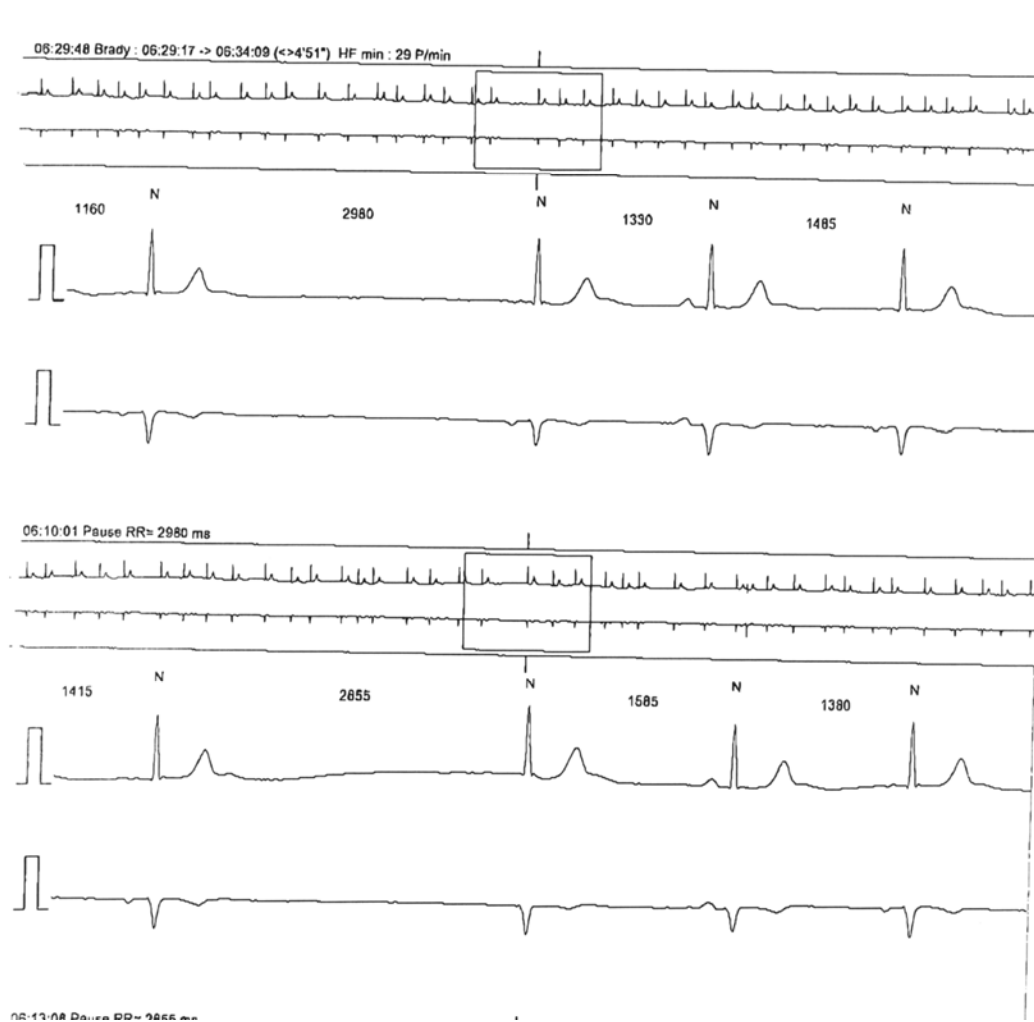
Acute Coronary Syndrome (ACS)



**EKG-Veränderungen bei
Patienten mit einem
Akuten Koronarsyndrom**

*W.Dänschel
Chemnitz*

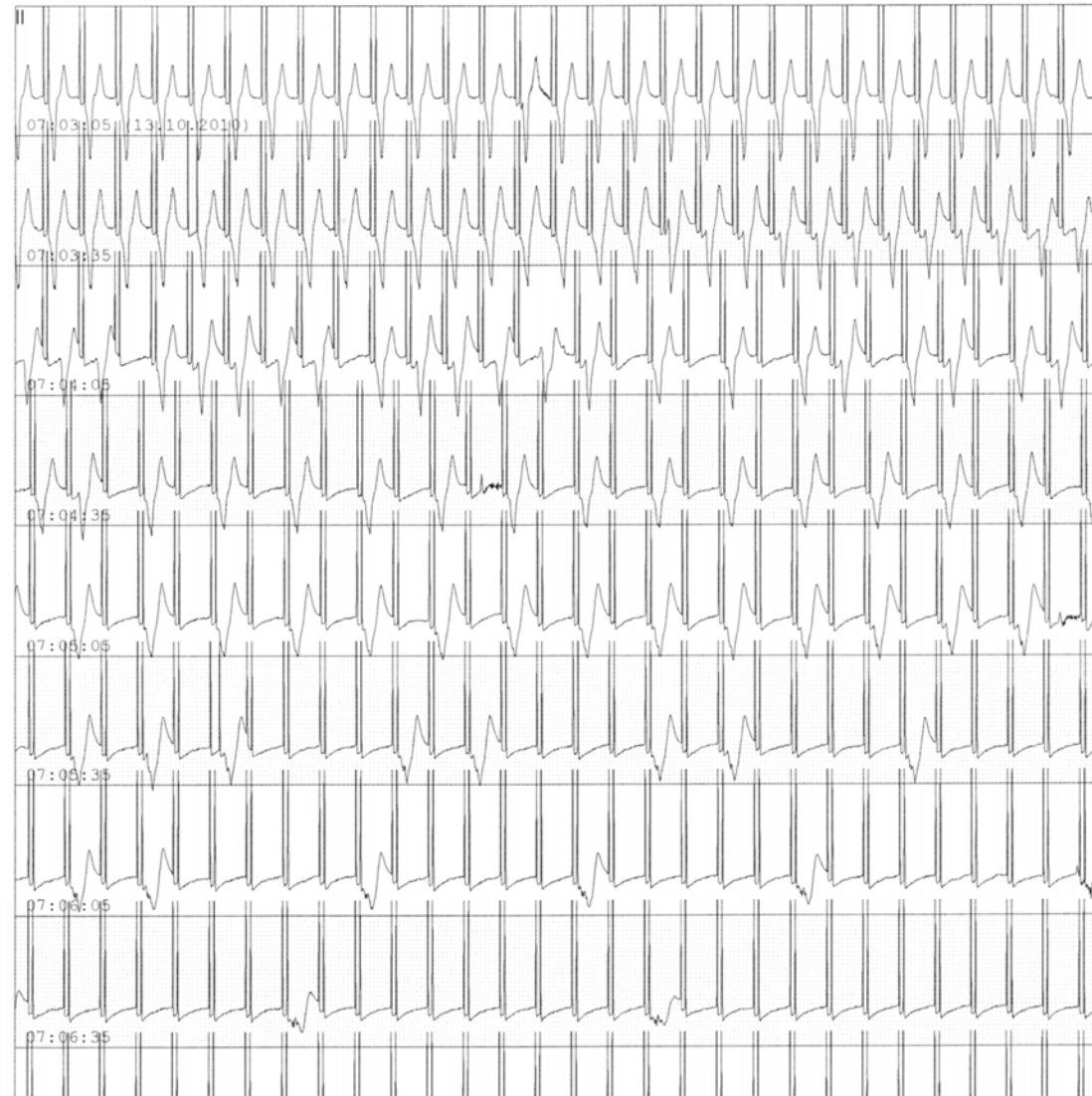




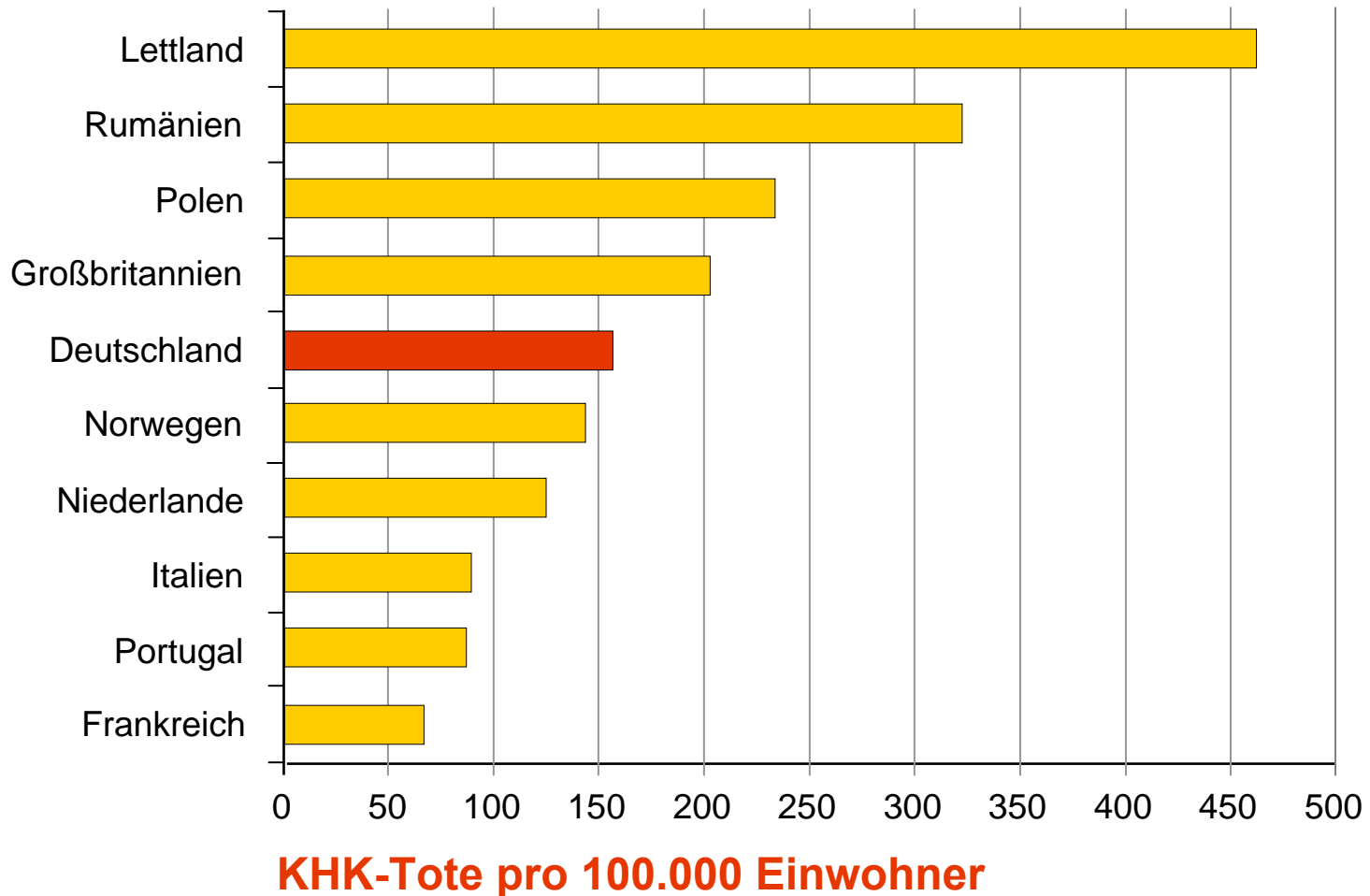
Kein Patient aufgenommen

Vo:

Kurven-Übersicht



Mit über 120.000 Toten liegt Deutschland im europäischen
Mittelfeld der KHK-Mortalität



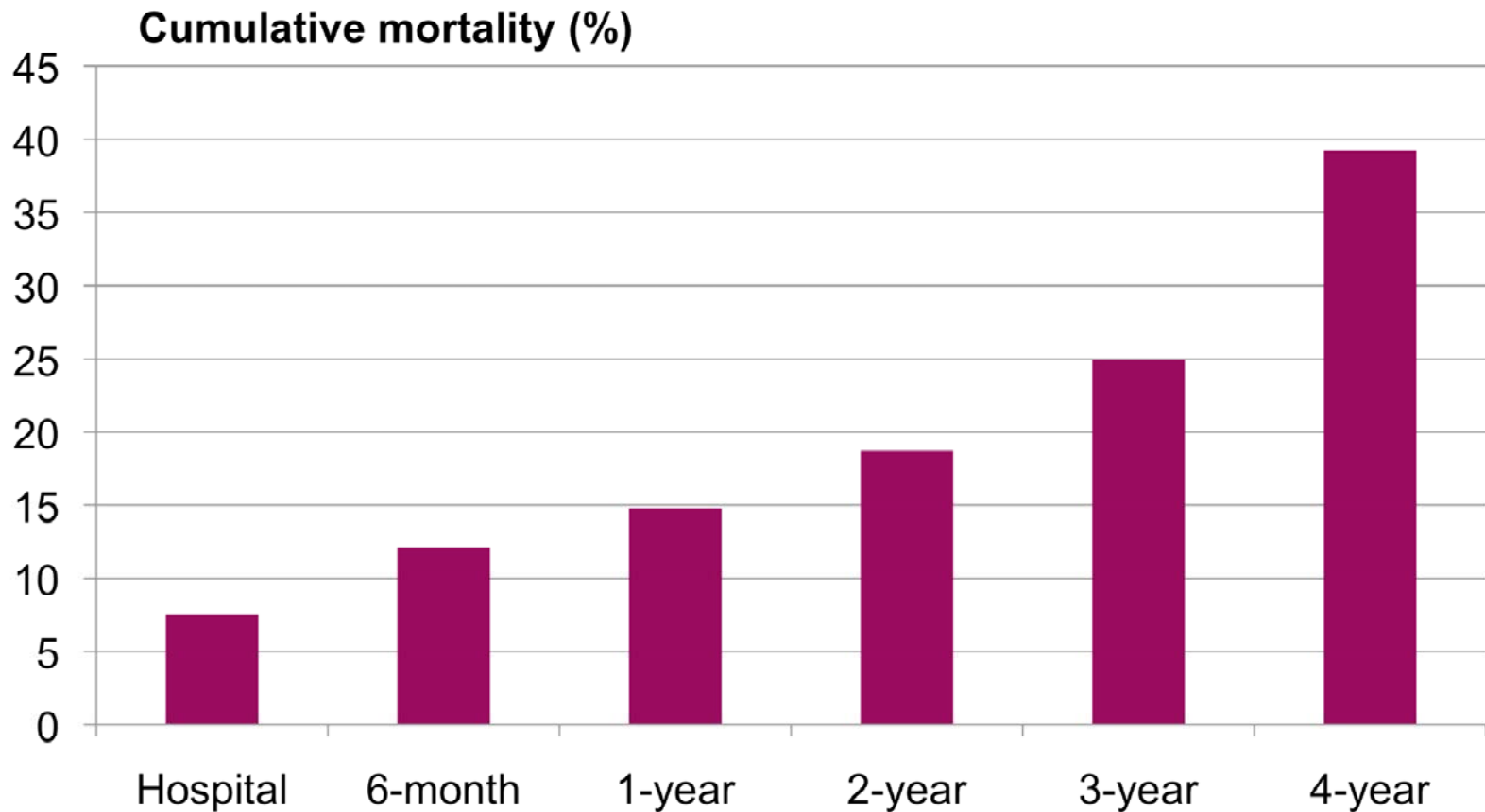
Herzinfarkt: Entwicklungen innerhalb von 10 Jahren (Berliner Herzinfarkt-Register)

	1999/2000 (n=1.645)	2007/1.4.2008 (n=1.889)	p-Wert
Zeit zwischen Symptombeginn und Krankenhausaufnahme ≤ 2 h	48,7%	42,2%	<0,001
STEMI (vs. NSTEMI)	76,4%	49,5%	<0,001
Ärztlicher Rettungsdienst	44,1%	49,6%	<0,001
Primäre PCI	18,4%	79,9%	<0,001
Thrombolyse	40,6%	1,1%	<0,001
Krankenhausmortalität	12,2%	6,2%	<0,001



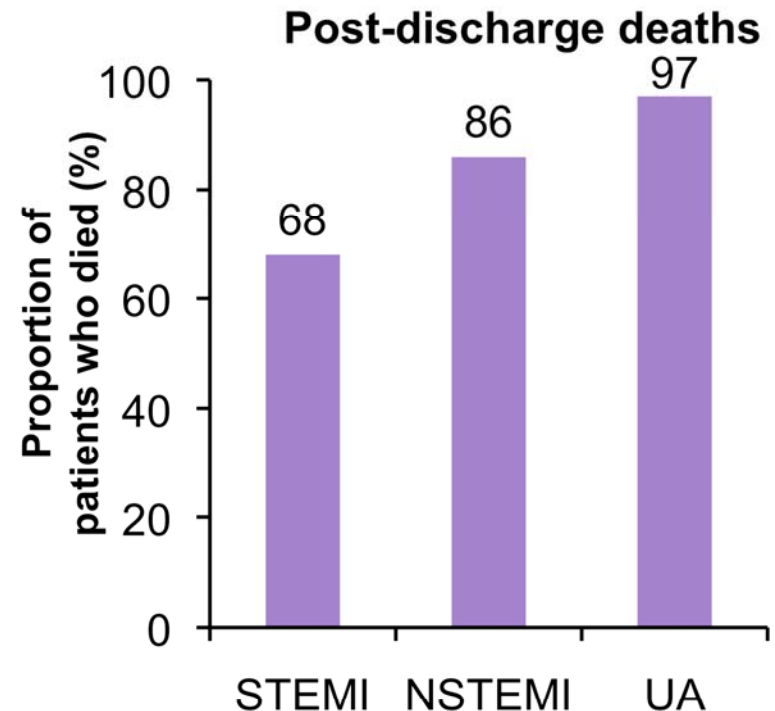
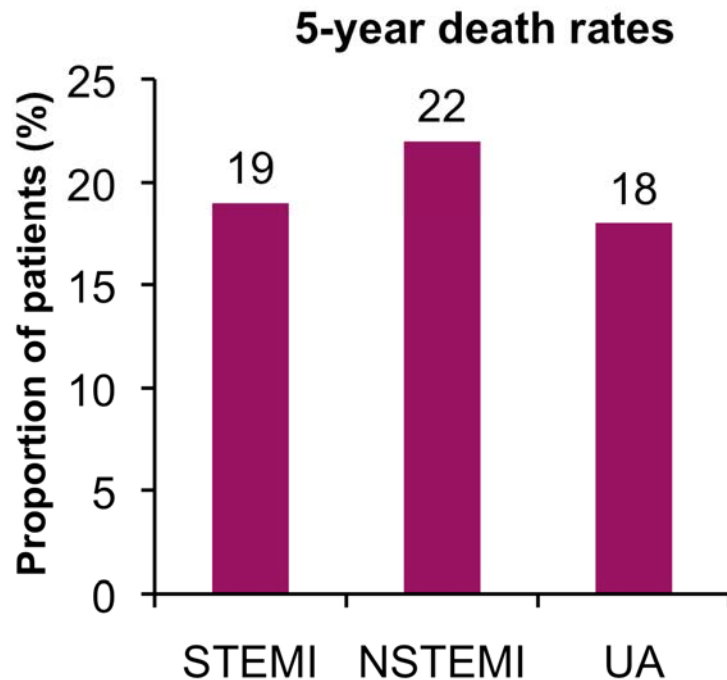
11/03/2011

Mortalität nach ACS im GRACE-Register



GRACE UK–Belgian Study: Long-term mortality in patients with ACS

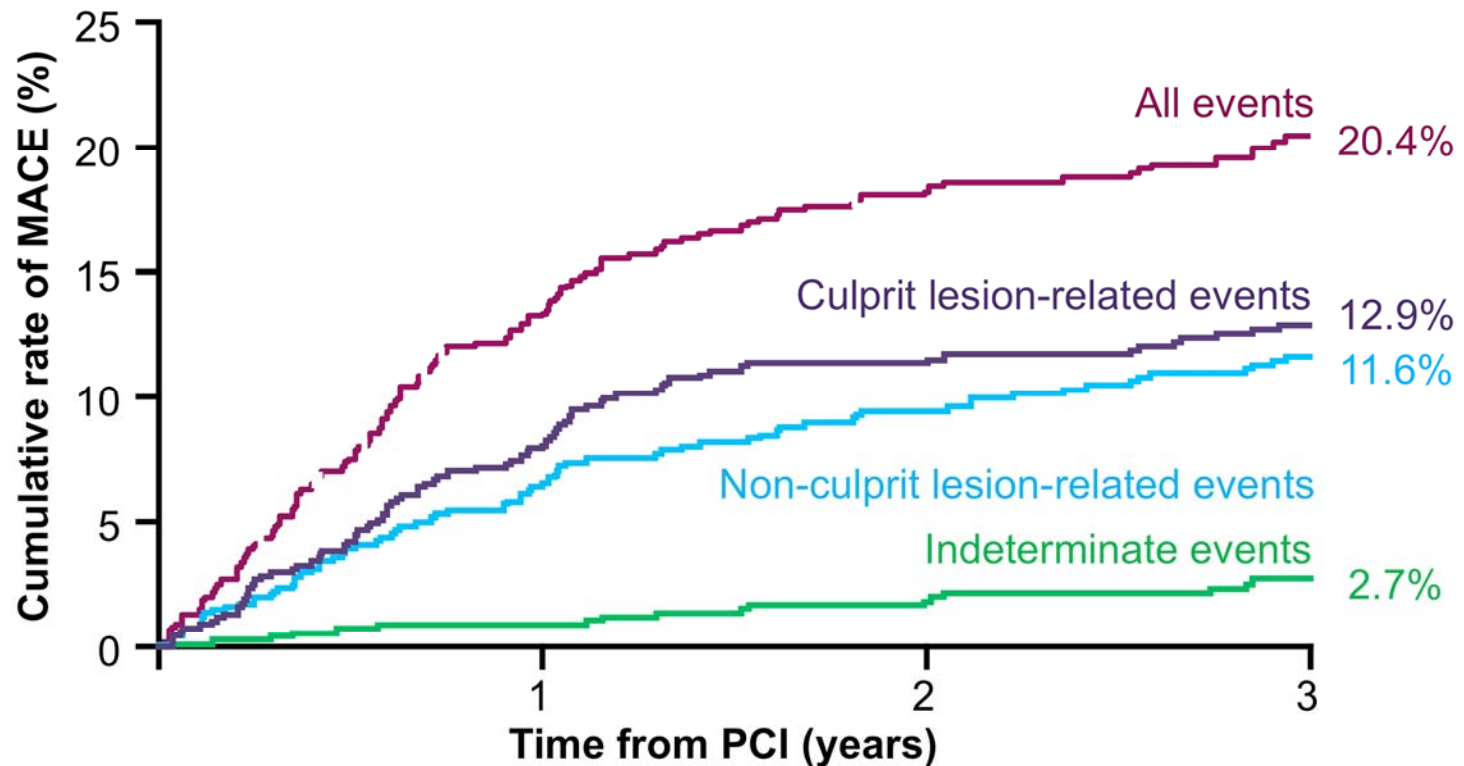
Analysis of UK and Belgian patients with ACS enrolled in the GRACE study



Long-term mortality remains high in patients following an ACS event

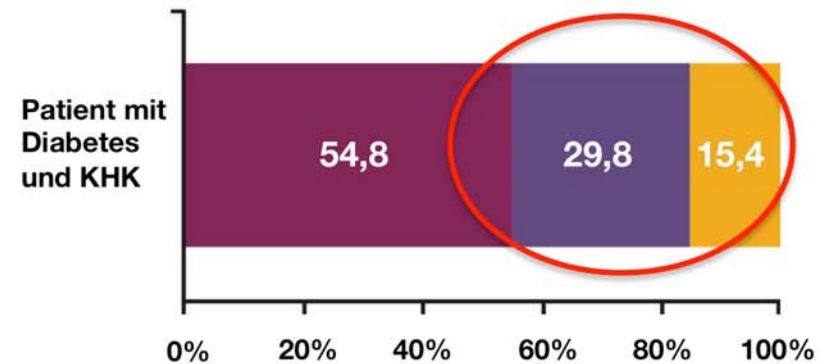
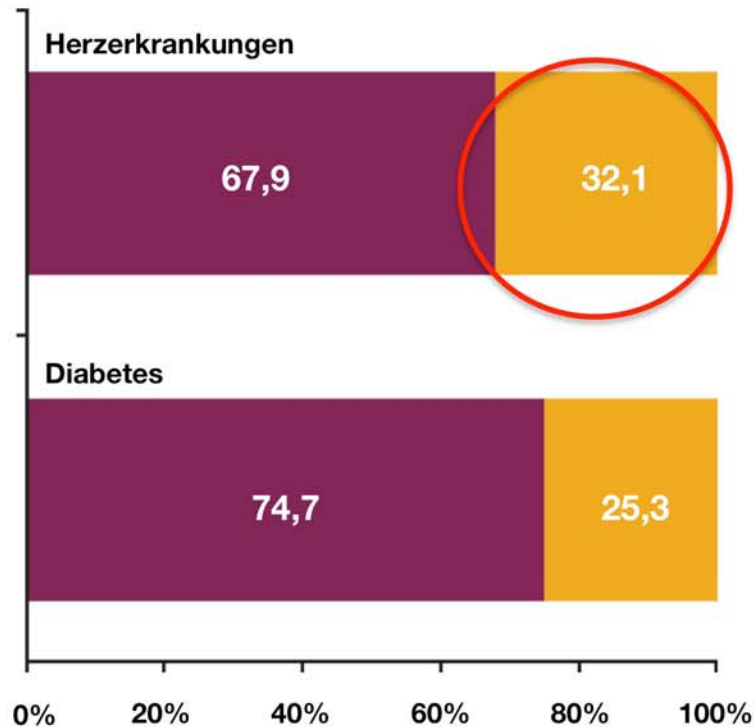
MACE following PCI is equally attributable to culprit and non-culprit lesions

PROSPECT study: Prospective study of the natural history of atherosclerosis over 3 years in patients with ACS who underwent PCI (n=697)



Patientenaufklärung verbessern!

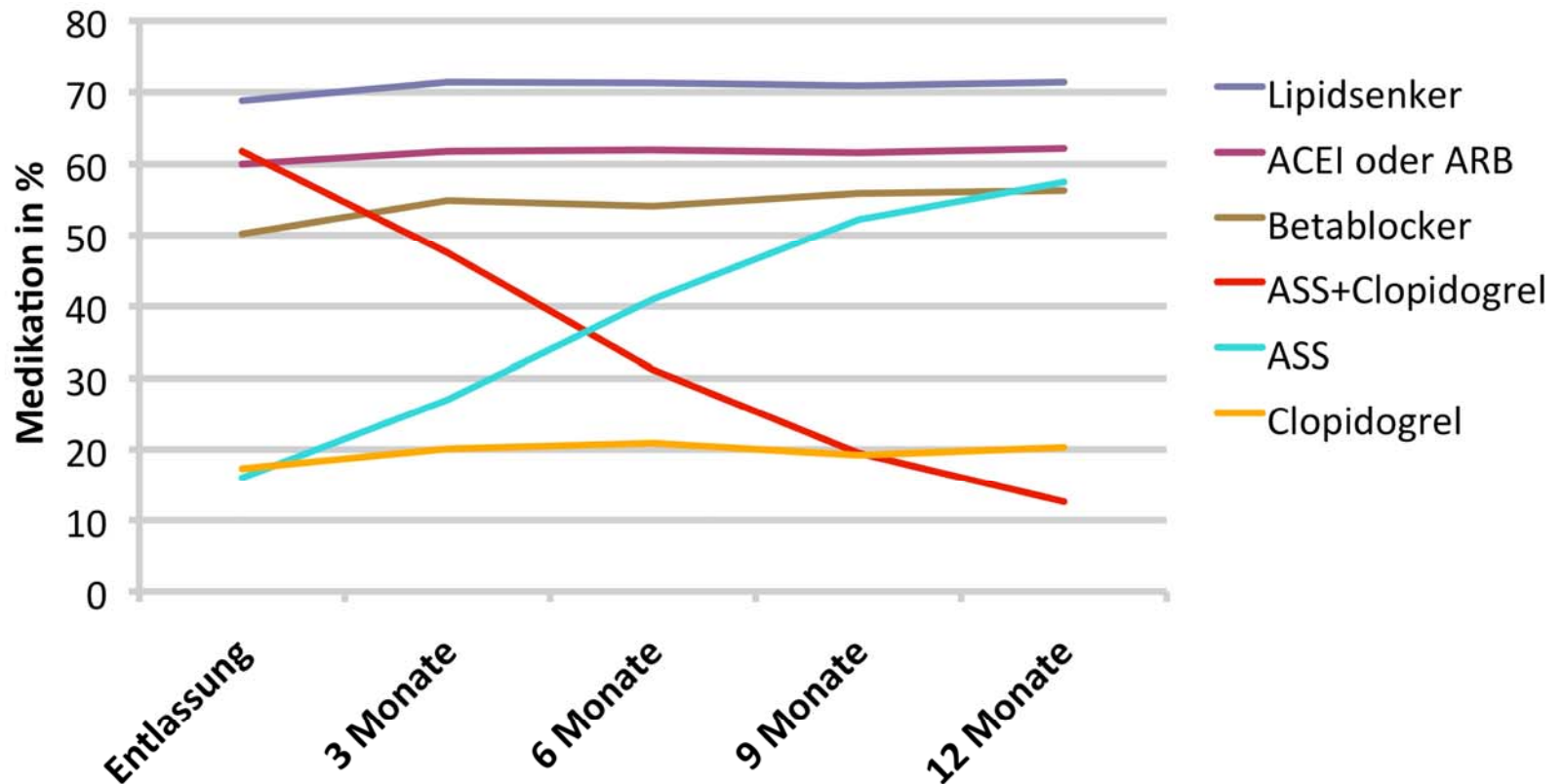
Patienten wissen manchmal nicht weswegen sie behandelt werden



- Patient weiß die Behandlungsdiagnose
- Patient weiß es nicht

Versorgungssituation von ACS-Patienten

Verordnungsrates der dualen Thrombozytenaggregationshemmung nimmt nach Entlassung sukzessive ab (T-ACCORD Register)



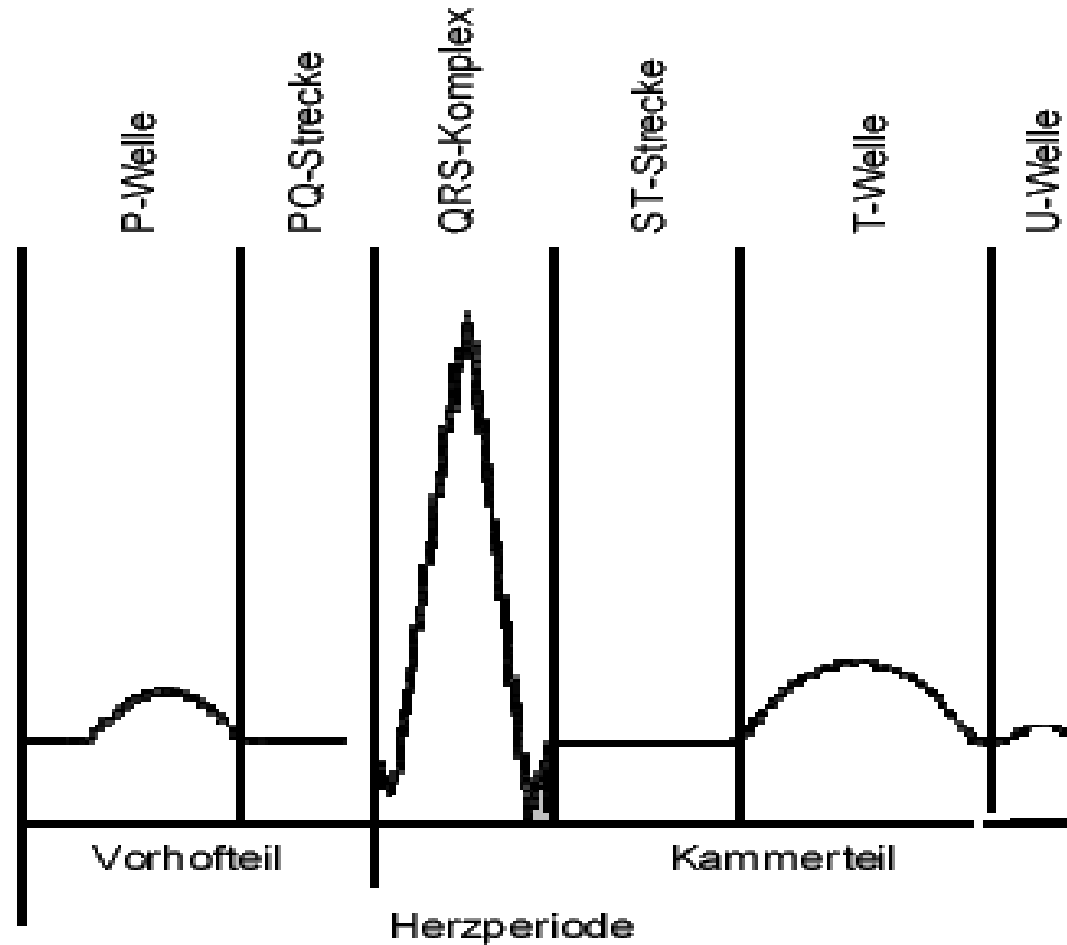
Wir weisen Sie auf den Beschluss des G-BA zu Ticagrelor vom 15.12.2011 hin, aus dem sich ergibt, in welchen Indikationen der G-BA einen Zusatznutzen festgestellt hat und in welchen nicht. In den Indikationen mit Zusatznutzen gilt Ticagrelor nach § 106 Abs. 5a SGB V als Praxisbesonderheit.

Frühzeitige Erkennung des ACS

EKG ist doch
Strom oder??

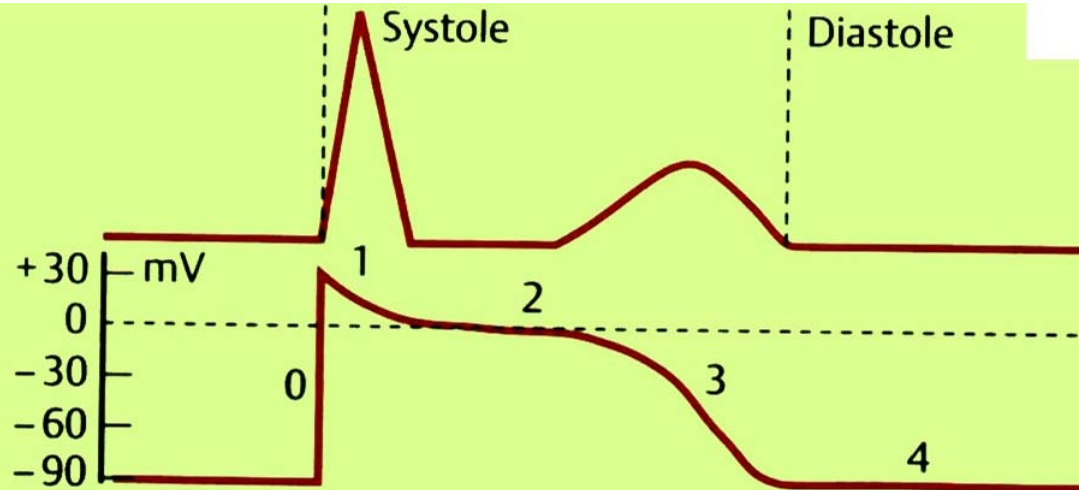


EKG - Bestandteile



ERG

Aktionspotential

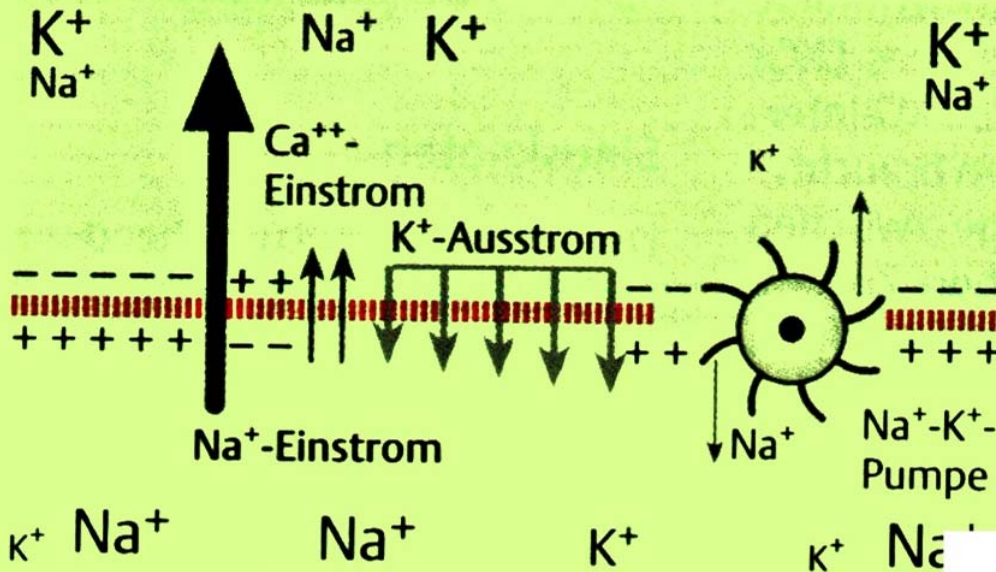


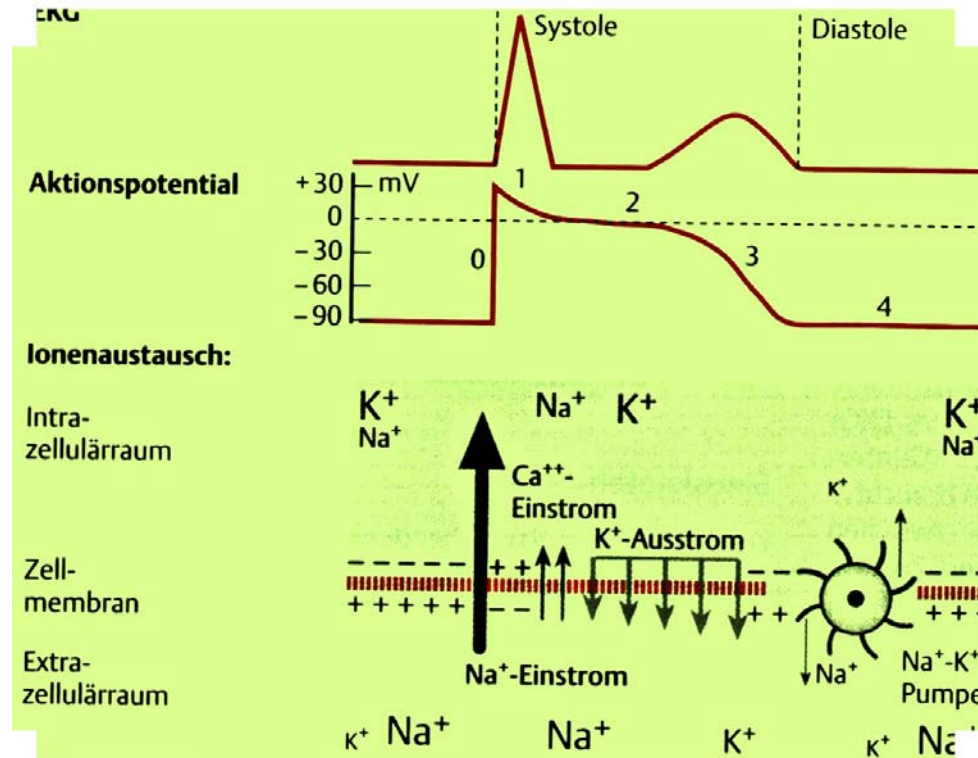
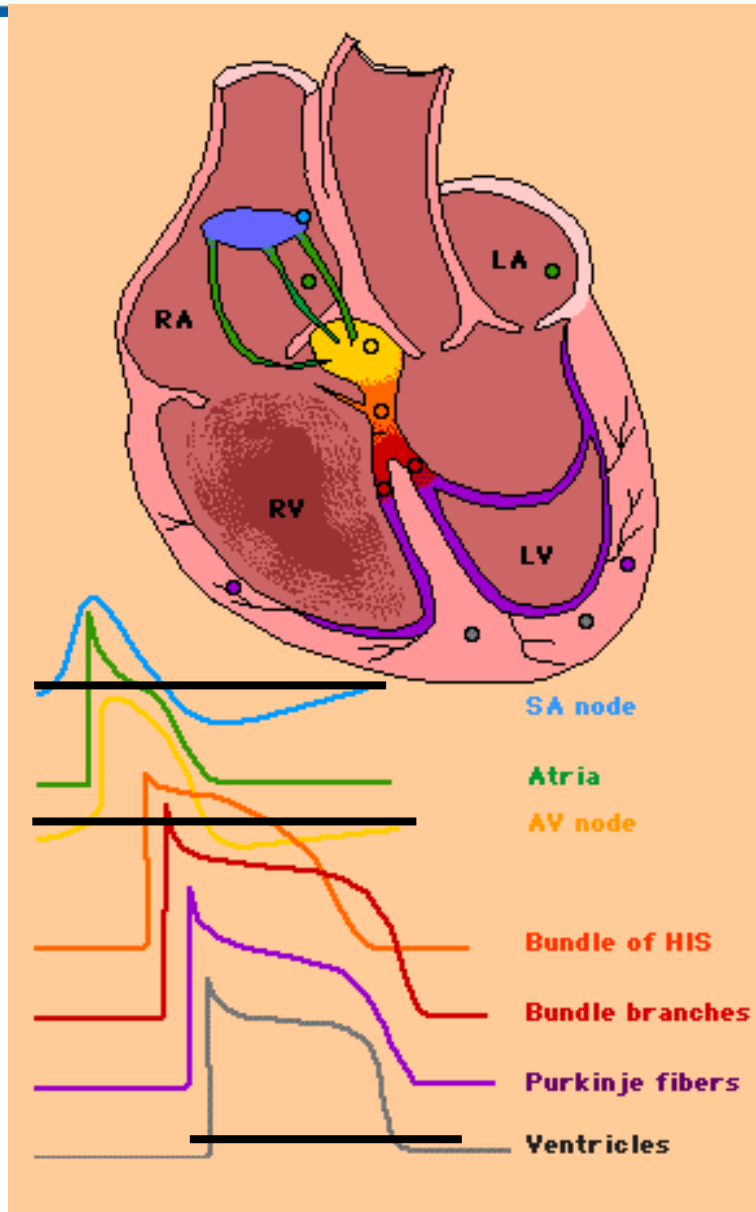
Ionenaustausch:

Intra-
zellulärraum

Zell-
membran

Extra-
zellulärraum



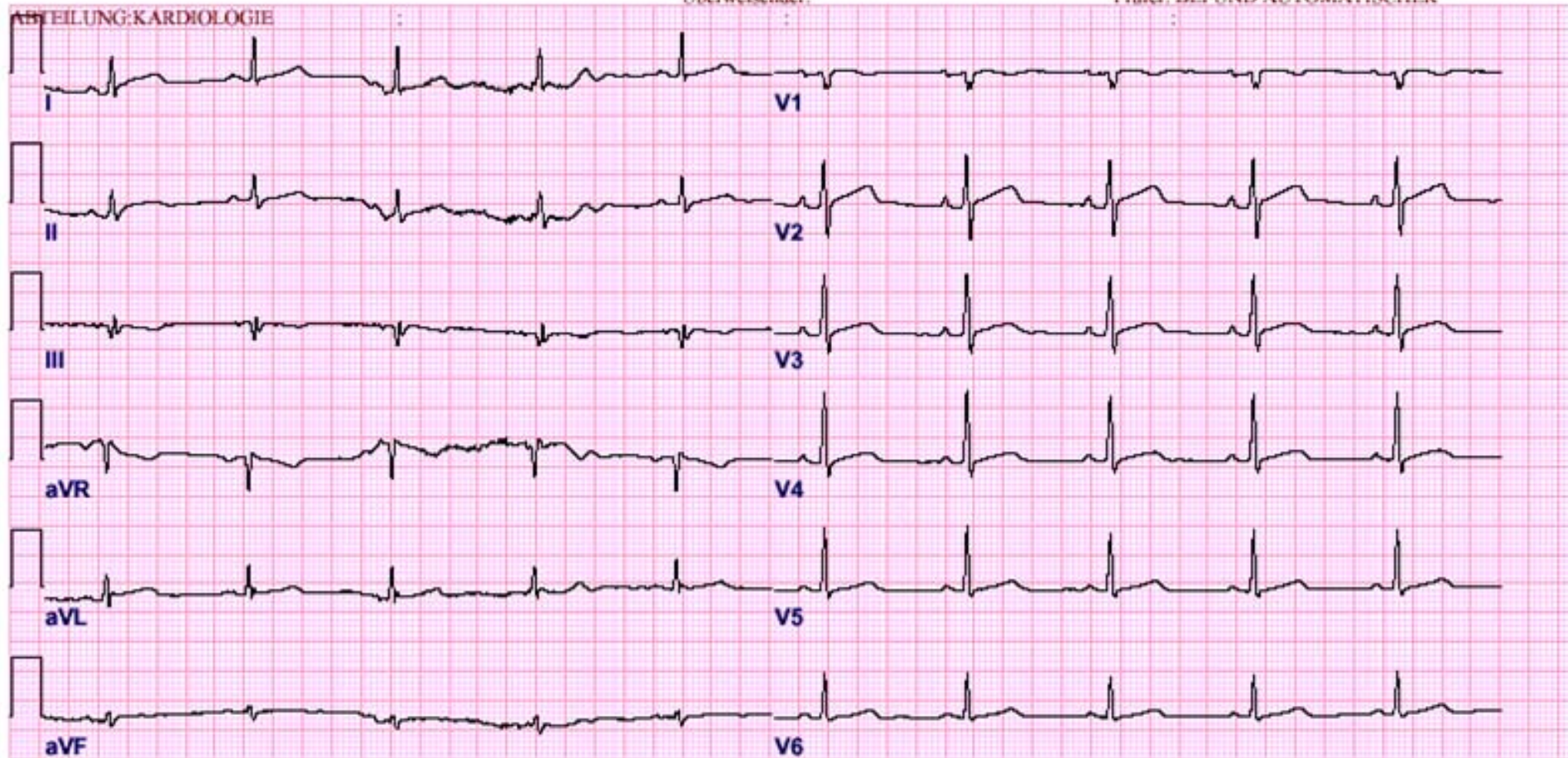


35 J.	Frequenz	61	BPM	<i>NORMALER SINUSRHYTHMUS</i>
	PQ-Zeit	156	ms	
	QRS-Dauer	88	ms	
	QT/QTc	424/426	ms	
Abt.:3	PRT-Achse	22 11	12	

Bediener: RO

Überweisender:

Prüfer: BEFUND AUTOMATISCHER



Diagnostik des ACS

- **Zwei Kriterien**
 - **Klinische Symptome - AP-Symptomatik**
 - **EKG-Veränderungen**
 - **Serumenzyme**



Diagnostik der Instabilen Angina

- Patienten mit bestehender typischer Angina
 - Anstieg von Häufigkeit und Dauer der Anfälle
 - Beginn in Ruhe oder bei geringer Belastung
 - Fehlende Beeinflussung durch Nitro, welches vorher zur Besserung der Symptome führte
- Patienten mit vorher nicht bekannter Angina
 - Erste Episode bei normaler Tätigkeit oder in Ruhe innerhalb der letzten zwei Wochen
 - Verlängerte Schmerzepisode unter Ruhebedingungen

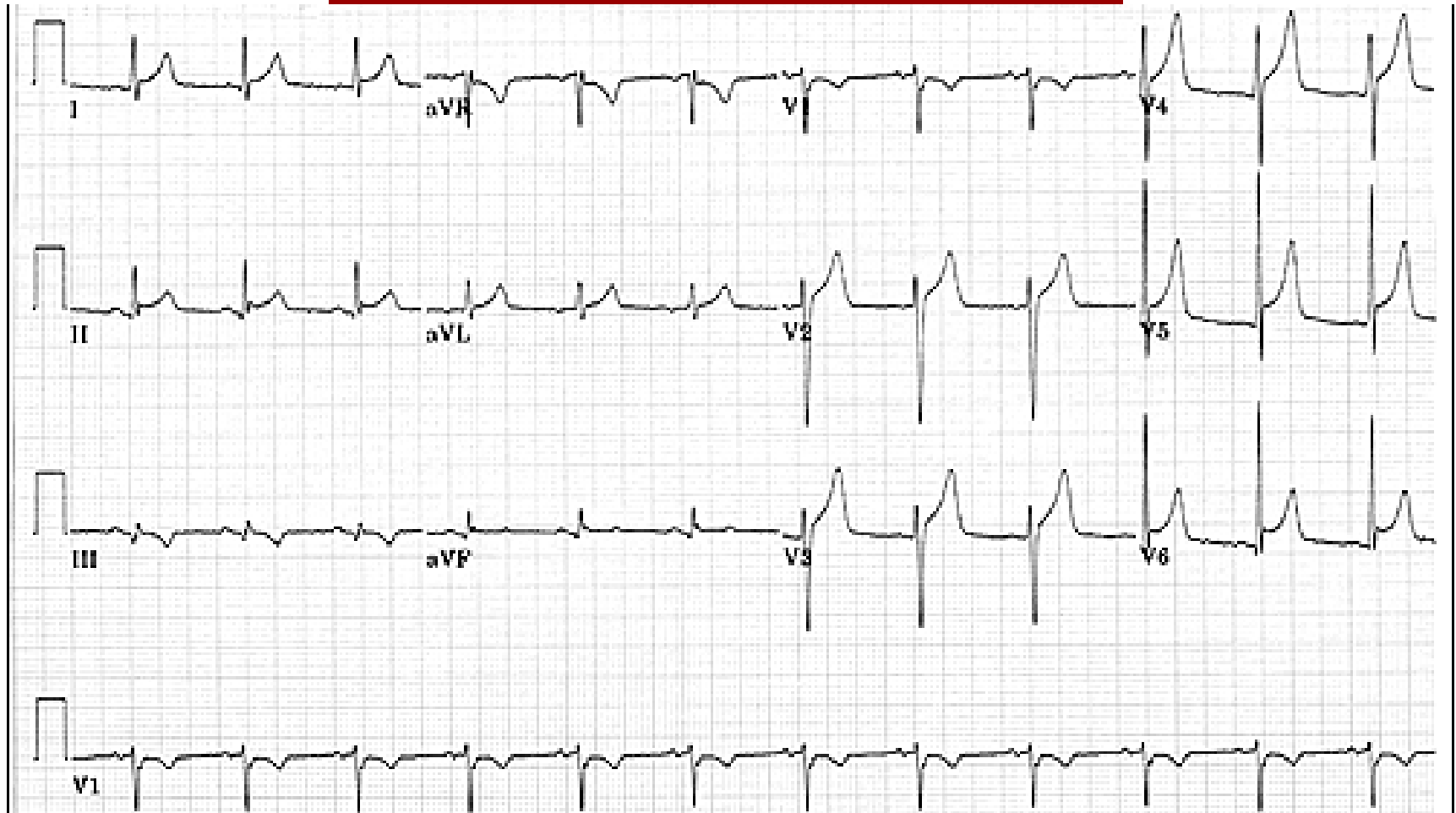
Diagnostik der Instabilen Angina

ST Hebung oder LBBB
STEMI

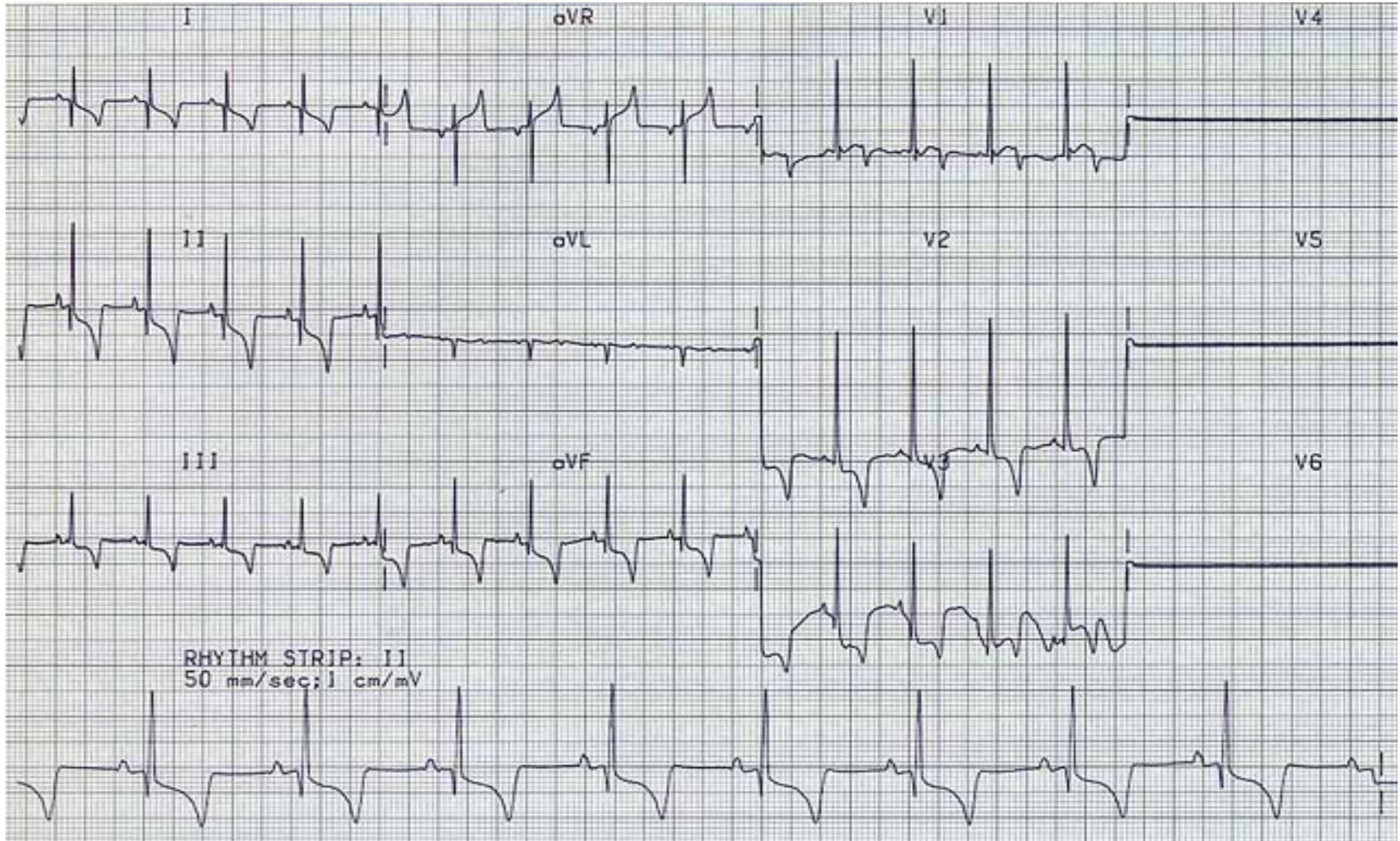
ST Senkung
T - Negativierung
NSTEMI

Unspezifisches EKG
Unstable Angina

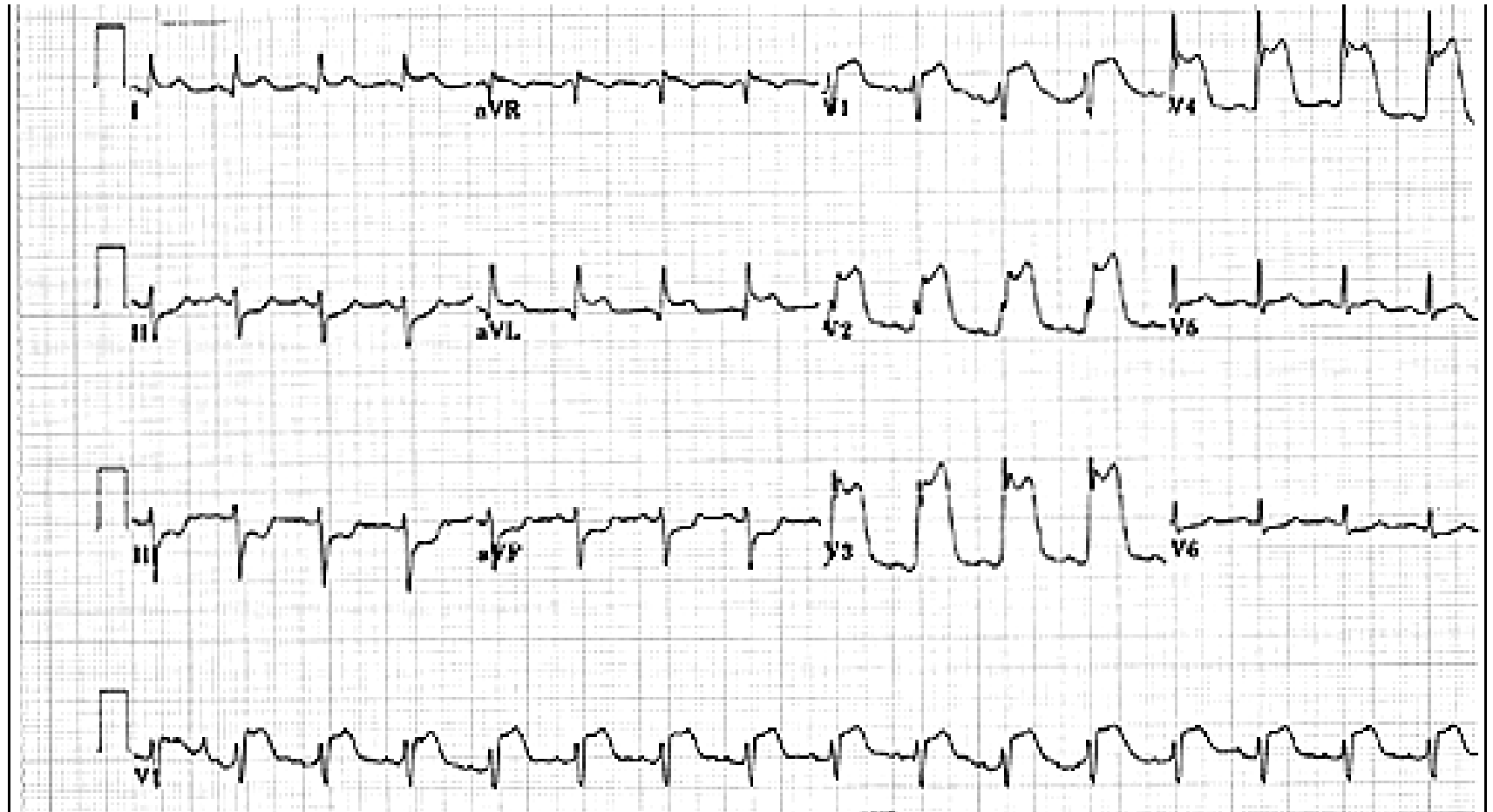
Normales EKG



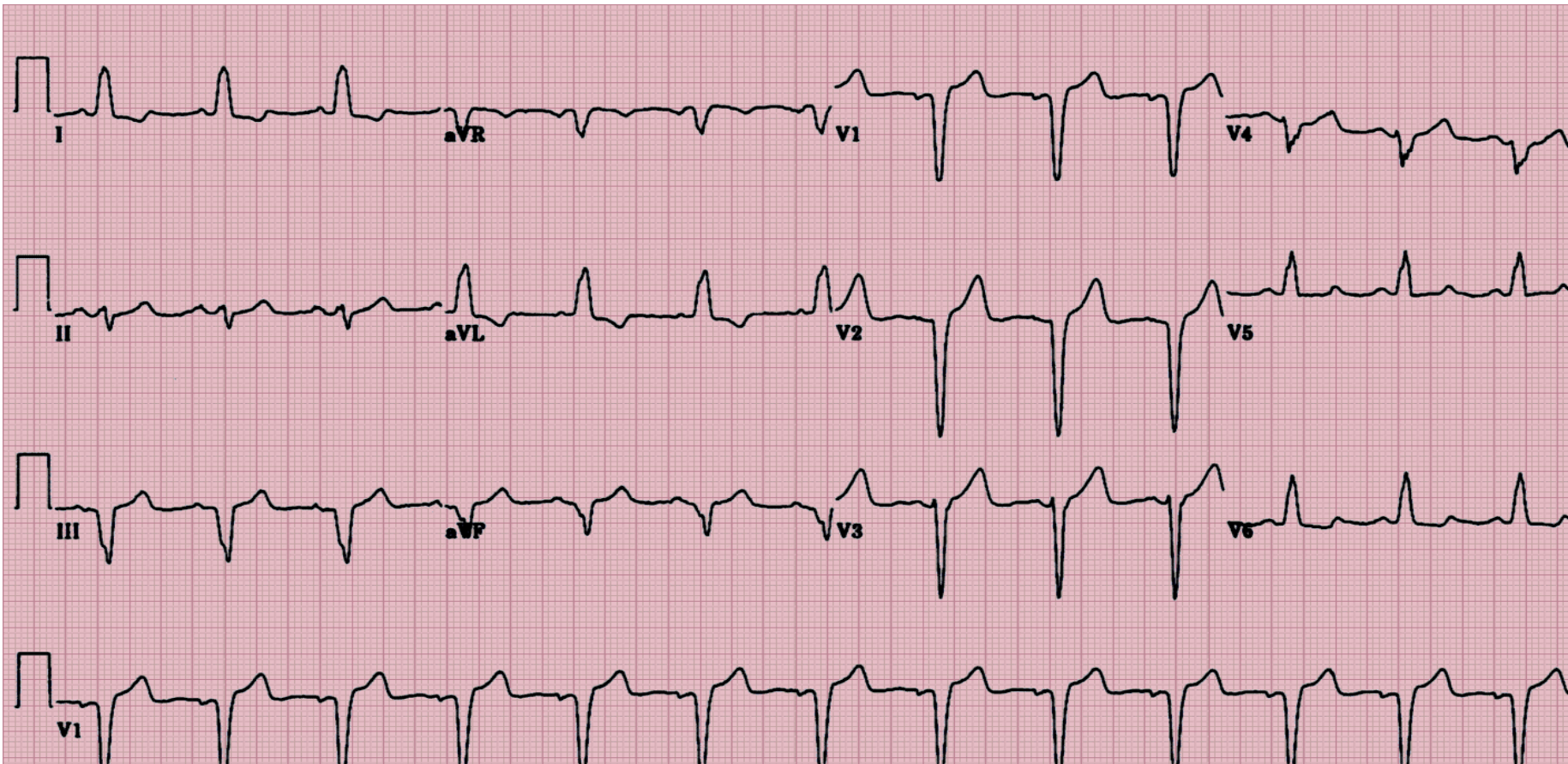
ST Senkungen oder T-Wellen Veränderungen/Negativierung



ST-Segment Elevation MI



Neu aufgetretener LBBB



Instabile Angina

Nicht okkludierender Thrombus

Unspezifische EKG-Veränderungen

Normale Herzenzyme

NSTEMI

Okkludierender Thrombus verursacht geringe Gewebs- und Myokardnekrosen

ST Senkungen +/- T – Veränderungen im ECG

Erhöhte Herzenzyme

STEMI

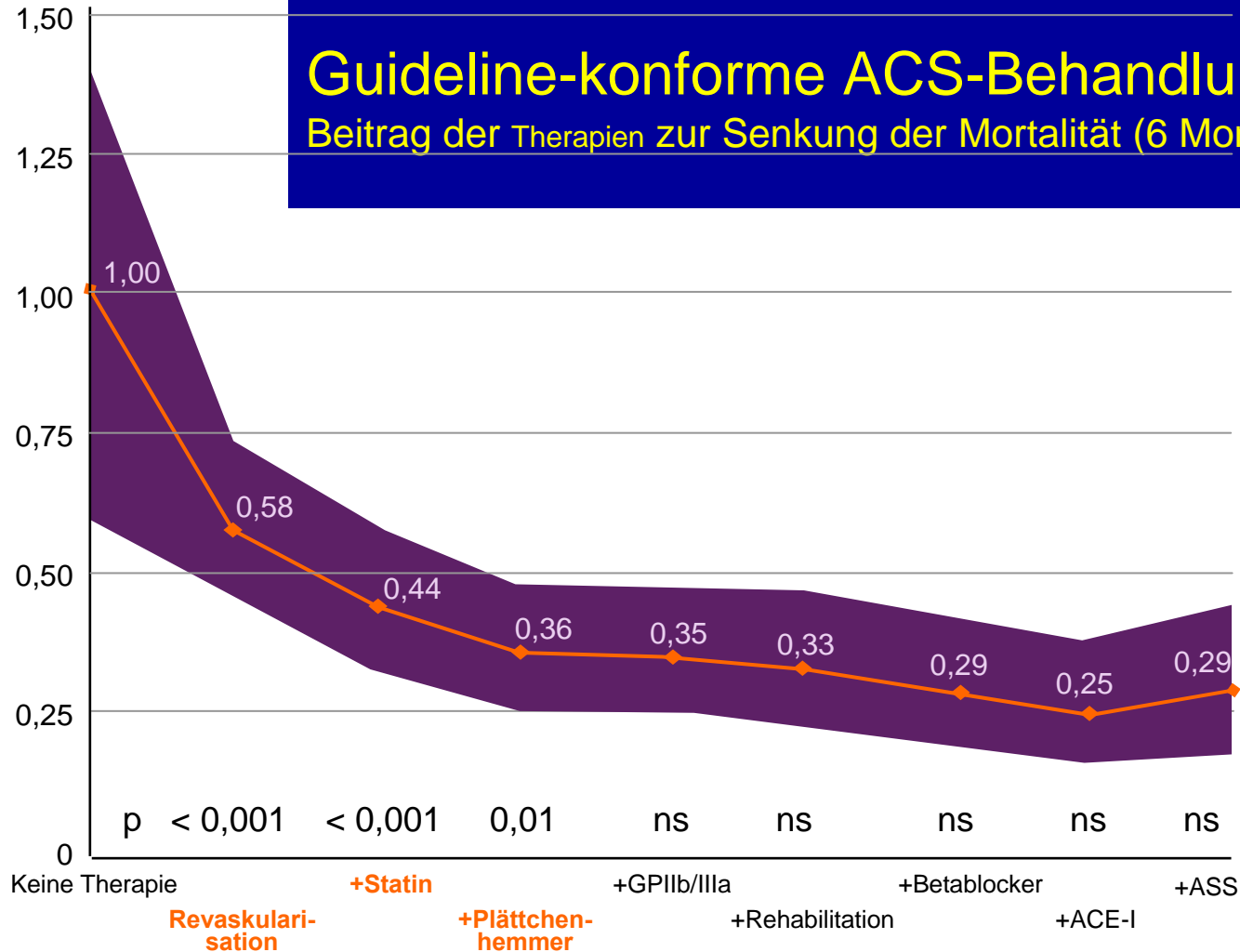
Komplette thrombotische Okklusion

ST-Hebung ECG oder neuer LBBB

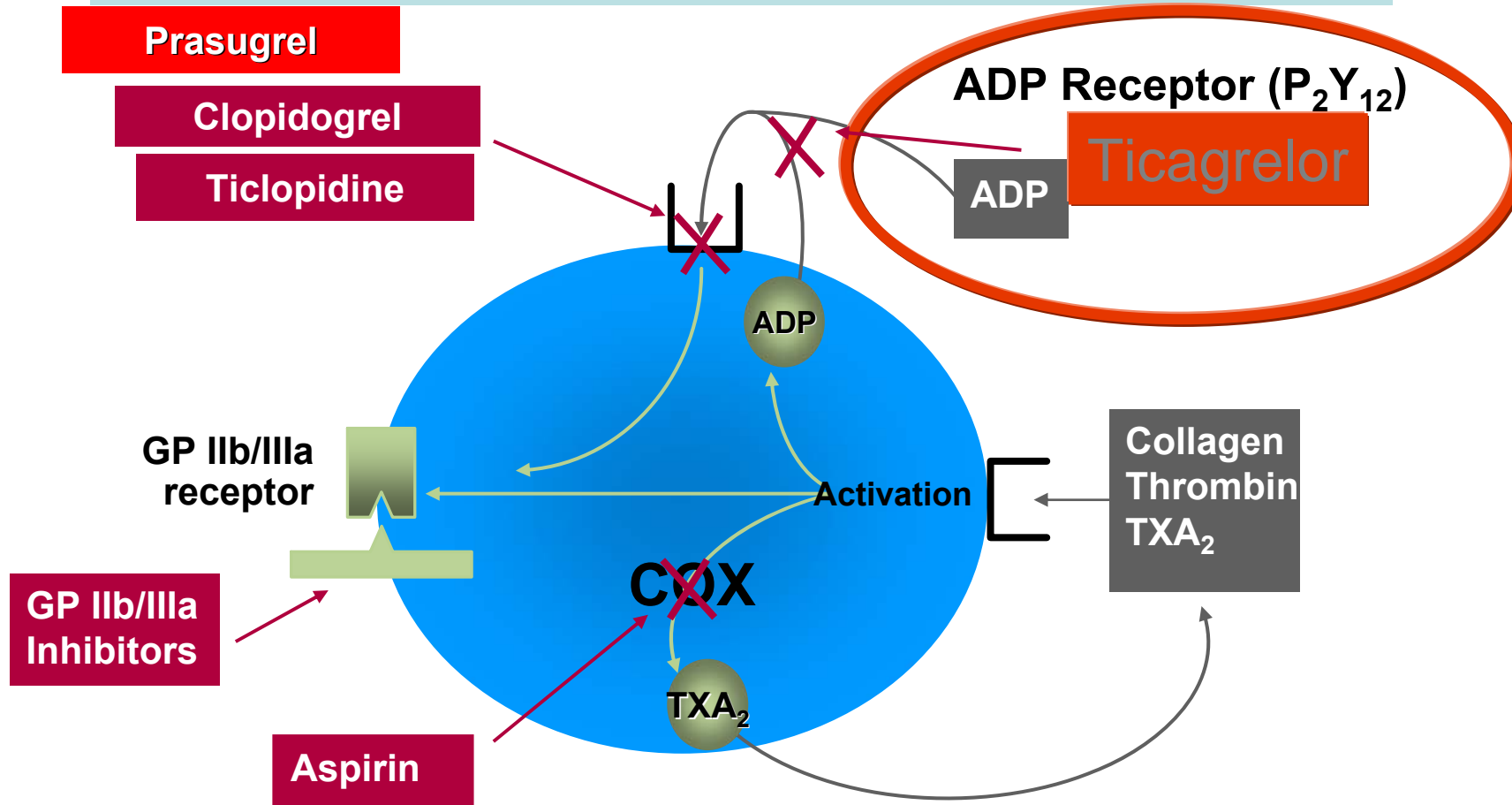
Erhöhte Herzenzyme

Starke Klinische Symptome

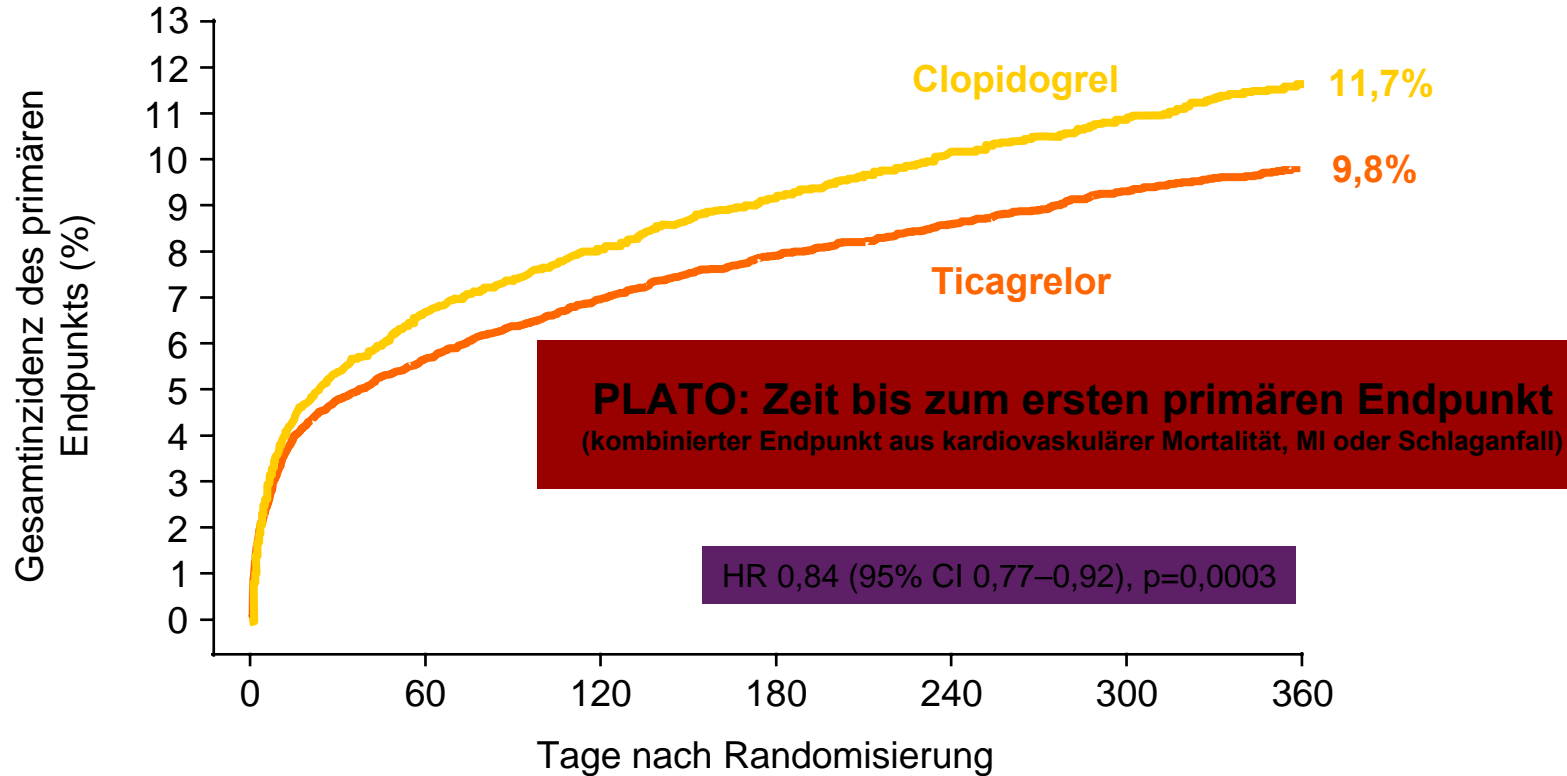
Mittlerer Effekt jeder Guideline-konformen Therapie
(geordnet nach Effektgröße)



Thrombocytenaggregationshemmung A C S



ADP = adenosine diphosphate, TXA₂ = thromboxane A₂, COX = cyclooxygenase.



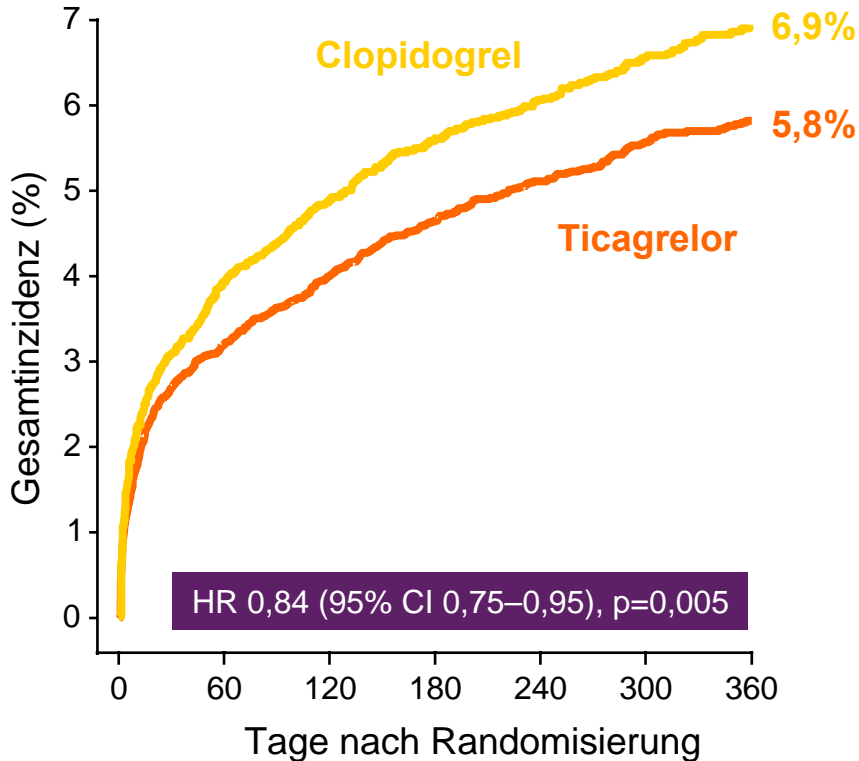
Anzahl Patienten

Ticagrelor	9333	8628	8460	8219	6743	5161	4147
Clopidogrel	9291	8521	8362	8124	6650	5096	4047

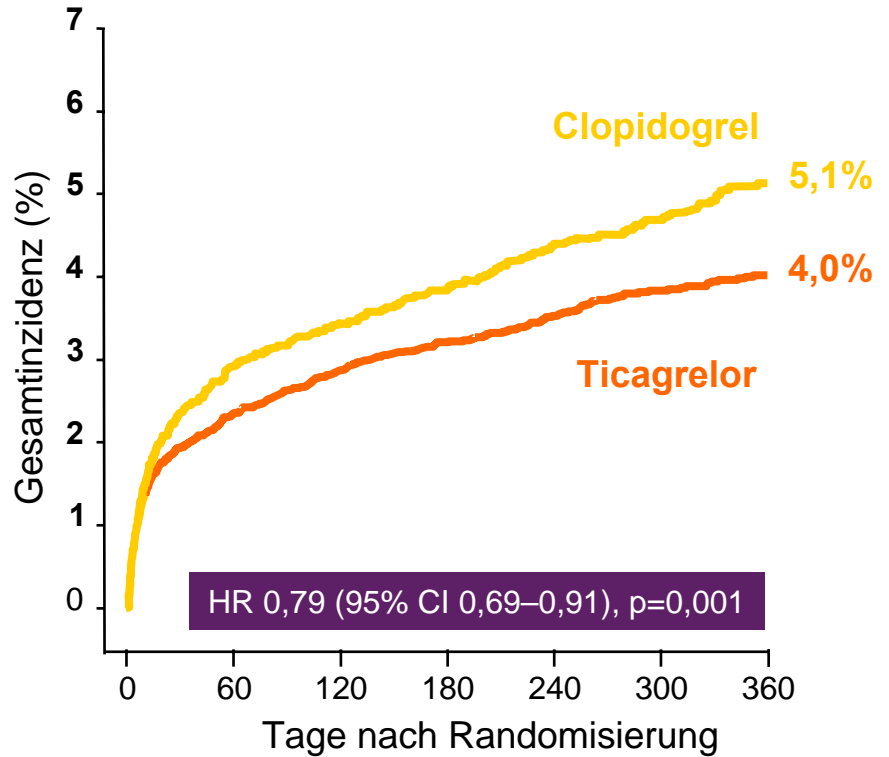
Mod. nach: Wallentin L et al. N Engl J Med 2009; 361: 1045-57

G-BA Beschluss nach §35a SGB V: Der G-BA hat am 15.12.2011 als Abschluss der Frühen Nutzenbewertung von Ticagrelor nach §35a SGB V einen Beschluss veröffentlicht. Darin hat der G-BA Ticagrelor für nachfolgende Indikationen einen Zusatznutzen anerkannt: Instabile Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) im Vergleich zu Clopidogrel (Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen), Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutane Koronarintervention, sofern entweder Patienten ≥ 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen oder Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese (ein auf Anhaltspunkten basierender nicht quantifizierbarer Zusatznutzen im Vergleich zu Prasugrel). Für die Indikationen STEMI PCI<75J im Vergleich zu Prasugrel, STEMI medikamentös behandelt im Vergleich zu Clopidogrel und STEMI aortokoronare Bypass-Operation im Vergleich zu ASS mono hat der G-BA keinen Zusatznutzen festgestellt.

Myokardinfarkt



Kardiovaskuläre Mortalität



Anzahl Patienten

Ticagrelor	9333	8678	8520	8279	6796	5210	4191
Clopidogrel	9291	8560	8405	8177	6703	5136	4109

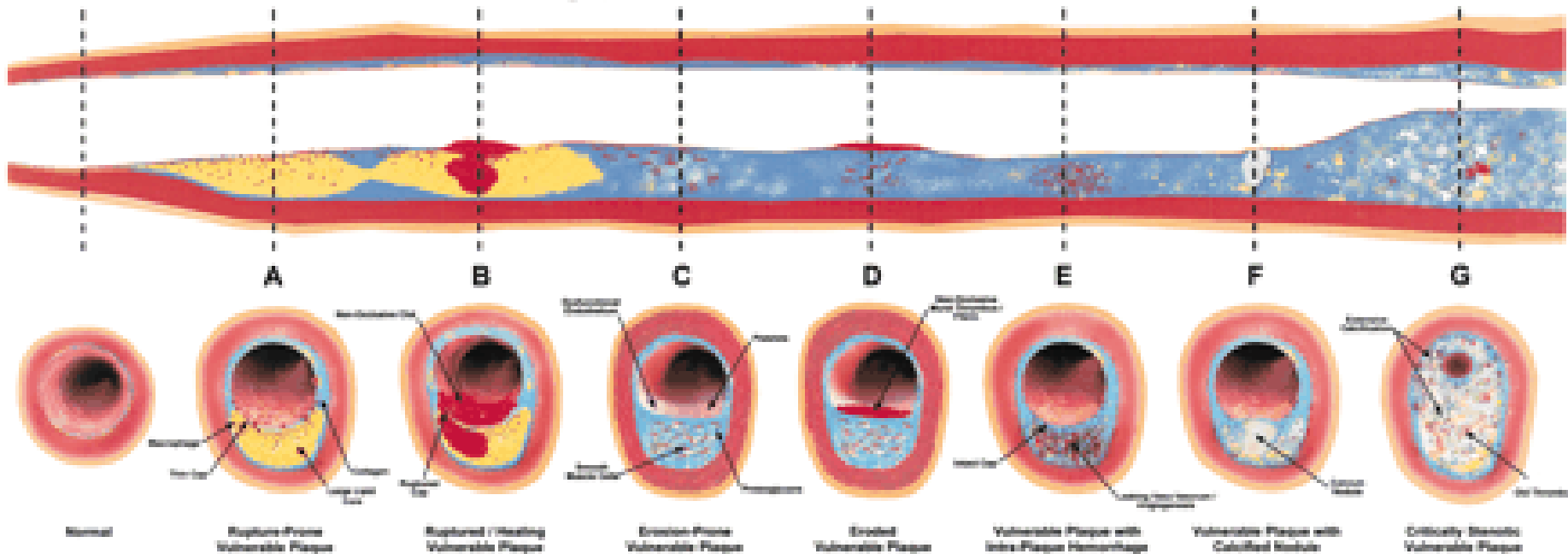
	9333	8294	8822	8626	7119	5482	4419
	9291	8865	8780	8589	7079	5441	4364

Mod. nach: Wallentin L et al. N Engl J Med 2009; 361: 1045-57

G-BA Beschluss nach §35a SGB V: Der G-BA hat am 15.12.2011 als Abschluss der Frühen Nutzenbewertung von Ticagrelor nach §35a SGB V einen Beschluss veröffentlicht. Darin hat der G-BA Ticagrelor für nachfolgende Indikationen einen Zusatznutzen anerkannt: Instabile Angina pectoris (IA)/Myokardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung (NSTEMI) im Vergleich zu Clopidogrel (Beleg für einen beträchtlichen Zusatznutzen), Myokardinfarkt mit ST-Strecken-Hebung (STEMI), perkutane Koronarintervention, sofern entweder Patienten ≥ 75 Jahre, die nach einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung nicht für eine Therapie mit Prasugrel + ASS infrage kommen oder Patienten mit transitorischer ischämischer Attacke oder ischämischem Schlaganfall in der Anamnese (ein auf Anhaltspunkten basierender nicht quantifizierbarer Zusatznutzen im Vergleich zu Prasugrel). Für die Indikationen STEMI PCI<75J im Vergleich zu Prasugrel, STEMI medikamentös behandelt im Vergleich zu Clopidogrel und STEMI aortokoronare Bypass-Operation im Vergleich zu ASS mono hat der G-BA keinen Zusatznutzen festgestellt.

Aber nicht jedes ACS Ereignis hat die gleiche Form im EKG!

Different Types of Vulnerable Plaque



Aber nicht jedes ACS Ereignis hat die gleiche Form im EKG!



CPU – Chest Pain Unit



Eine Chest Pain Unit (CPU) dient der Versorgung von Patienten mit unklarem Brustschmerz. Für diese Einrichtungen gab es bisher keine Qualitätsstandards, so dass die DGK Kriterien zum Betrieb von CPUs erstellt hat und nach diesen interessierte Kliniken und Krankenhäuser zertifiziert, um einen einheitlichen Standard zu einführen.

BSA – Brustschmerzambulanz



Die Brustschmerzambulanzen im Rahmen von kardiologischen Praxen, Krankenhäusern und Kliniken werden als Ergänzung und wichtigste Kooperationspartner der klinischen Chest Pain Units (CPUs) im Rahmen eines integrierten regionalen Versorgungskonzeptes für Patienten mit akuter Brustschmerzsymptomatik angesehen.



Zertifizierung von Brustschmerz-Ambulanzen (BSA) durch die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.

- Das Zertifizierungsverfahren basiert auf Konsensuspapier der Task Force „Brustschmerzambulanz“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (S. Perings N. Smetak, M. Block, E. Erdmann, F. Haan, G. Heusch, K. Rybak, M. Stopp, H. Darius; Der Kardiologe 2010, Band 4, Nr. 3; Der Kardiologe 2010: 4:208 – 213).

Die Brustschmerzambulanzen im Rahmen von kardiologischen Praxen, Krankenhäusern und Kliniken werden als Ergänzung und wichtigste Kooperationspartner der klinischen Chest Pain Units (CPUs) im Rahmen eines integrierten regionalen Versorgungskonzeptes für Patienten mit akuter Brustschmerzsymptomatik angesehen. Dabei sollen sie für die ambulante Abklärung diagnostisch unklarer Brustschmerzen zuständig sein und mögliche kardiale oder thorakalvaskuläre Ursachen zeitnah und mit hoher fachlicher Kompetenz abklären.

Ziel der BSAs ist es, Patienten eine strukturierte Sofortabklärung zu bieten.

Aus einer flächendeckenden Vernetzung von Brustschmerzambulanzen und CPUs kann – bei schneller und unverändert optimierter Versorgung akuter Infarkte – eine effizientere und schnellere Versorgung der nicht akut bedrohten Patienten erreicht werden.

Zertifizieren lassen können sich kardiologische Praxen, Krankenhäuser und Kliniken. Wesentliche Voraussetzung ist, dass eine schriftlich fixierte vernetzte Versorgungsstruktur mit der Notfallambulanz eines kooperierenden, invasiv tätigen Krankenhauses beziehungsweise einer CPU besteht. Hierfür müssen definierte Versorgungspfade nachgewiesen werden. Außerdem muss die Brustschmerzambulanz zu den regulären Sprechzeiten (werktags von 8:00–18:00 Uhr) verfügbar sein.



Priv.-Doz. Dr. S. Perings



Anzahl der Zertifizierten
Brustschmerz-Ambulanzen: **69**
BSAs

Anzahl der Re-Zertifizierten
Brustschmerz-Ambulanzen:

1. Re-Zertifizierung: **39 BSAs**

2. Re-Zertifizierung: **7 BSA**

(Stand: 21.09.2020)



2. Räumliche und zeitliche Voraussetzungen

Räumlichkeit

Behandlungsraum, integriert in eine bereits bestehende Praxis-/Ambulanzstruktur mit Rhythmusüberwachungsmöglichkeit

* Ja Nein

Eigene Räumlichkeiten (Warteraum, Behandlungsraum, Besprechungsraum)

Ja Nein

Erreichbarkeit

Verfügbar zu den regulären Öffnungszeiten der Praxis/Ambulanz

* Ja Nein

Ganztägig

Ja Nein

Öffnungszeiten sind erkennbar (z.B. Eingang, Homepage)

* Ja Nein

Vertretung

Vertretung der BSA im Urlaubs-/Krankheitsfall durch eine andere BSA, CPU oder die Notaufnahme eines kooperierenden Krankenhauses

* Ja Nein

Notdienst

CPU/kardiologische Klinik - Vernetzung

* Ja Nein

Eigener 7-Tage-/24-h-Bereitschaftsdienst

Ja Nein



3. Gerätevoraussetzungen

1. 12-Kanal-EKG	Ständige Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
2. Blutdruckmessung	Pro Behandlungsplatz vorhanden	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	NIBP	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
3. TTE	Permanente Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
4. TEE	Permanente Verfügbarkeit / oder in Kooperation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
5. CT/MRT/MSZG	Zugriffsmöglichkeit vor Ort oder im kooperierenden Institution, bzw. der klinischen CPU	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	Eigenes Gerät	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
6. Rhythmusüberwachung	Monitor	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
7. Reanimationseinheit	Ständige Verfügbarkeit einer eigenen Notfallausrüstung inkl. Defibrillator	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8. Pulsoxymeter	Ständige Verfügbarkeit	* <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

9. ICD/SM-Abfrage

In Brustschmerzambulanz oder Zugriffsmöglichkeit in kooperierender Klinik/CPU

* Ja Nein

Eigene Programmiergeräte

Ja Nein

10. Externer Herzschrittmacher

Fakultativ

Ja Nein

11. O₂-Gabe

Ständige Verfügbarkeit

* Ja Nein

12. Labor

POCT mit Troponin und D-Dimere,
„Turn-around-time“ < 30 min

* Ja Nein

Myoglobin, BNP, nt-proBNP, Copeptin

Ja Nein



4. Diagnostik

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Labor | Schnelltestgerät mit Bestimmung von Troponin, D-Dimere innerhalb von < 30 min durchführbar | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | CK, CK-MB, Myoglobin, BNP, nt-proBNP, Multimarker | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 2. Zeitpunkt kard. Labordiagnostik | Unmittelbar und nach frühestens 6 h (Ausnahmen s. Konsensuspapier, Abschnitt 3) | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 3. EKG | 12-Kanal-EKG < 10 min und nach frühestens 6 h (Ausnahmen s. Konsensuspapier, Abschnitt 3)
Auswertung unmittelbar | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Rechtskardial, dorsal, Nehb | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 4. TTE | Bei jedem Patienten durchführbar | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| 5. Belastungstest | Fahrradergometrie innerhalb von 3 Tagen möglich | * | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| | Stress-Echo oder Stress-MR oder Kardio-CT oder SPECT innerhalb von 5 Tagen möglich | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

Bemerkungen:

|



5. Personelle und strukturelle Voraussetzungen

1. Leitung durch Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie

Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie zu den Ambulanzzeiten ständig verfügbar

* Ja Nein

2. Medizinische Fachangestellte

Präsenz zu den Ambulanzzeiten

* Ja Nein

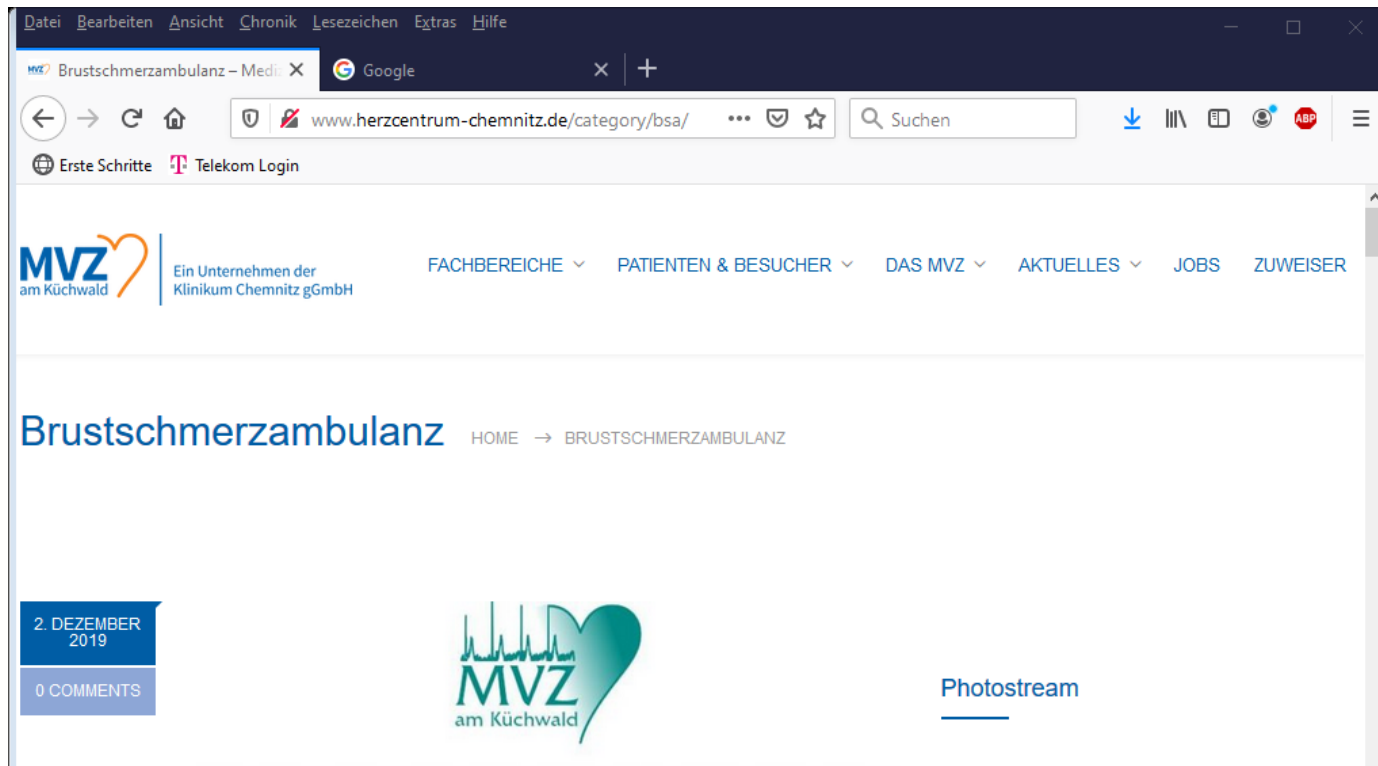
3. Training

Notfalltraining (ALS), Fallkonferenzen

* Ja Nein

Training gemeinsam mit Rettungsdienst

Ja Nein



The screenshot shows a web browser window with the following elements:

- Browser Tab:** MVZ Brustschmerzambulanz – Medi: X
- Address Bar:** www.herzcentrum-chemnitz.de/category/bsa/
- Navigation:** Back, Forward, Refresh, Home, Search (Suchen), and utility icons (download, print, etc.).
- Page Header:**
 - Logo: MVZ am Küchwald
 - Text: Ein Unternehmen der Klinikum Chemnitz gGmbH
 - Menu: FACHBEREICHE, PATIENTEN & BESUCHER, DAS MVZ, AKTUELLES, JOBS, ZUWEISER
- Breadcrumbs:** HOME → BRUSTSCHMERZAMBULANZ
- Main Content:**
 - Date: 2. DEZEMBER 2019
 - Comments: 0 COMMENTS
 - Image: MVZ am Küchwald logo with a heart and ECG line
 - Text: Photostream

The screenshot shows a web browser window with the address bar displaying www.herzcentrum-chemnitz.de/category/bsa/. The page header includes the MVZ logo and navigation links: FACHBEREICHE, PATIENTEN & BESUCHER, DAS MVZ, AKTUELLES, JOBS, and ZUWEISER. The main content area features a date stamp '2. März 2019' and '0 COMMENTS'. The central focus is a red octagonal logo with the text 'HFU-SCHWERPUNKTPRAXIS' at the top, 'HEART FAILURE UNIT' in the center, and 'ZERTIFIZIERT' at the bottom. The logo also contains three overlapping hearts in red, blue, and light blue. Below the logo, the text 'Zertifizierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz' is displayed.

2. März 2019
0 COMMENTS

HFU-SCHWERPUNKTPRAXIS
HEART FAILURE
UNIT
ZERTIFIZIERT

Zertifizierte Versorgung von Patienten mit Herzinsuffizienz

File Bearbeiten Ansicht Chronik Lesezeichen Extras Hilfe

mvz Brustschmerzambulanz – Medi X Google

www.herzcentrum-chemnitz.de/category/bsa/ Suchen

Erste Schritte Telekom Login

MVZ am Küchwald Ein Unternehmen der Klinikum Chemnitz gGmbH

FACHBEREICHE PATIENTEN & BESUCHER DAS MVZ AKTUELLES JOBS ZUWEISER


Der Notfallpatient in unserer Brustschmerz-Ambulanz

Unsere zertifizierte Brustschmerzambulanz ergänzt unsere Kardiologische Ambulanz Leipziger Straße 137/137a. Eine Brustschmerz-Ambulanz ist für die ambulante Abklärung diagnostisch unklarer Brustschmerzen zuständig und klärt mögliche kardiale oder thorakalvaskuläre Ursachen zeitnah und mit hoher fachlicher Kompetenz ab. Wir können uns seit 2013 zu einer der derzeit 52 Brustschmerz-Ambulanzen in Deutschland zählen und wurden am 16.06.2016 erfolgreich rezertifiziert. [Read more](#) →

MVZ | BRUSTSCHMERZAMBULANZ, KARDIOLOGISCHE AMBULANZ

15. AUGUST 2018

0 COMMENTS



Medikamentöse ACS-Behandlung?



Intensivierte Änderung des Lebensstils (Therapeutic Lifestyle Changes = TLC)



**Ernährungs-
umstellung**

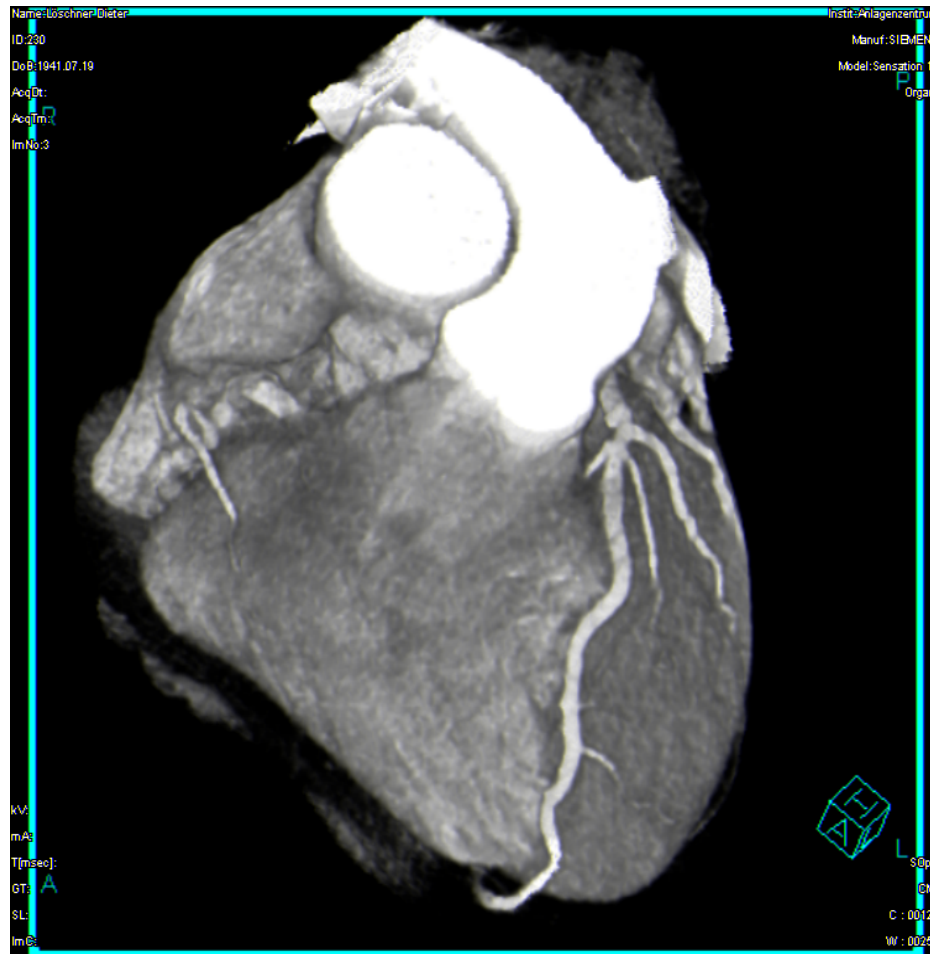


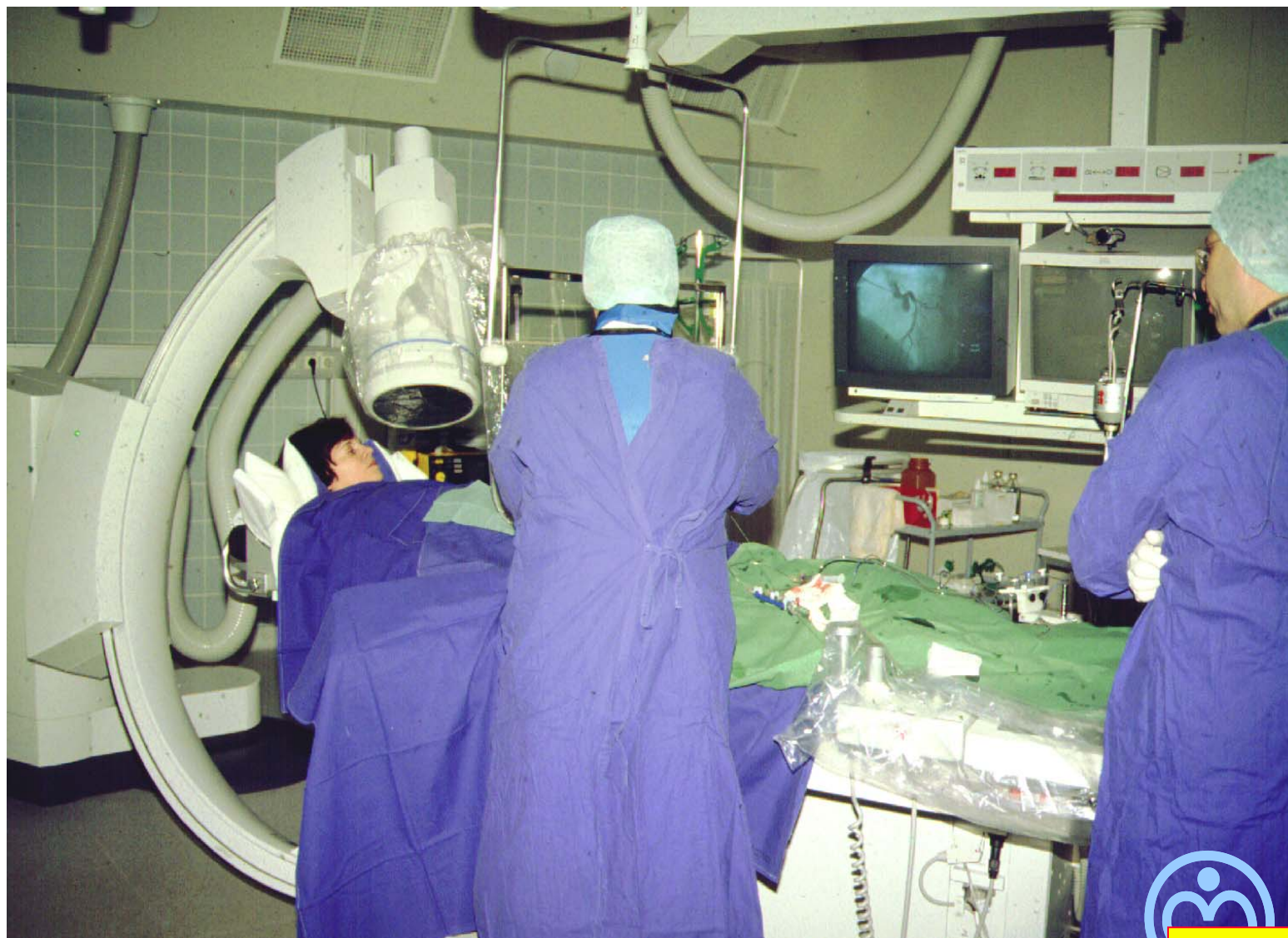
Gewichtsreduktion

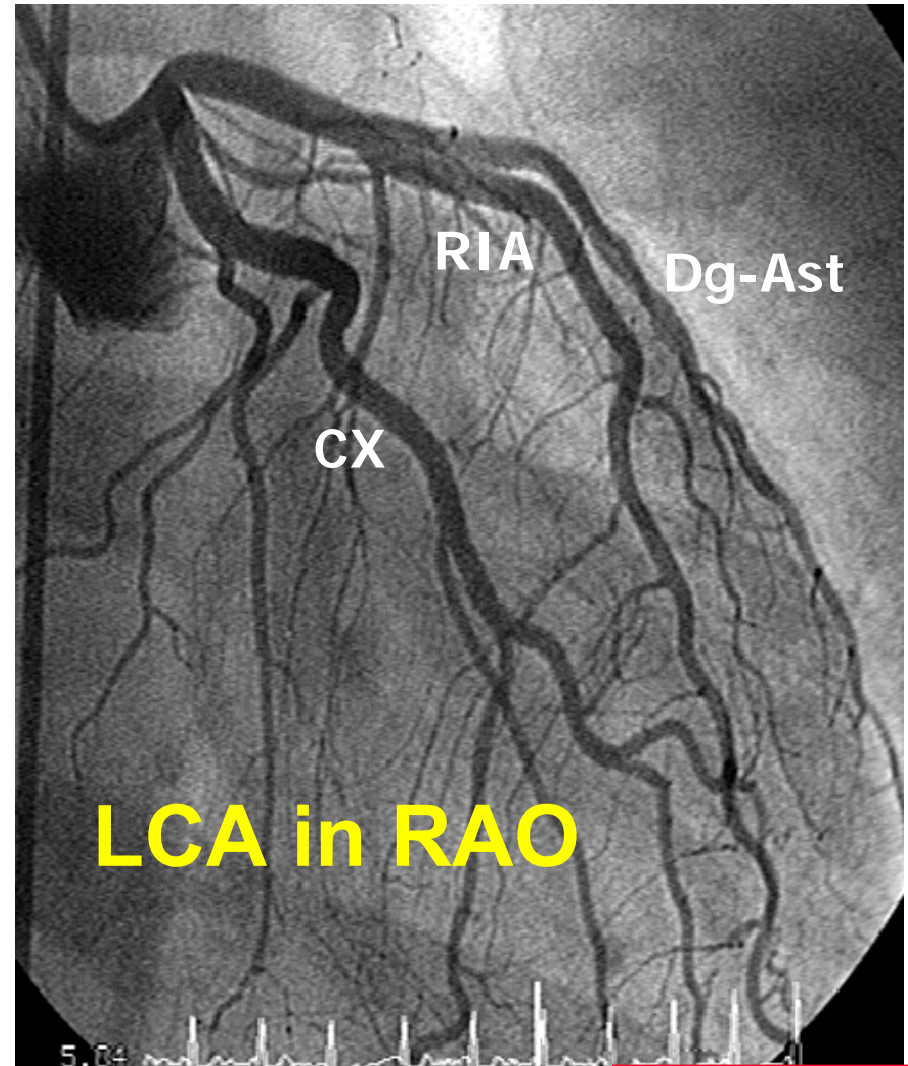
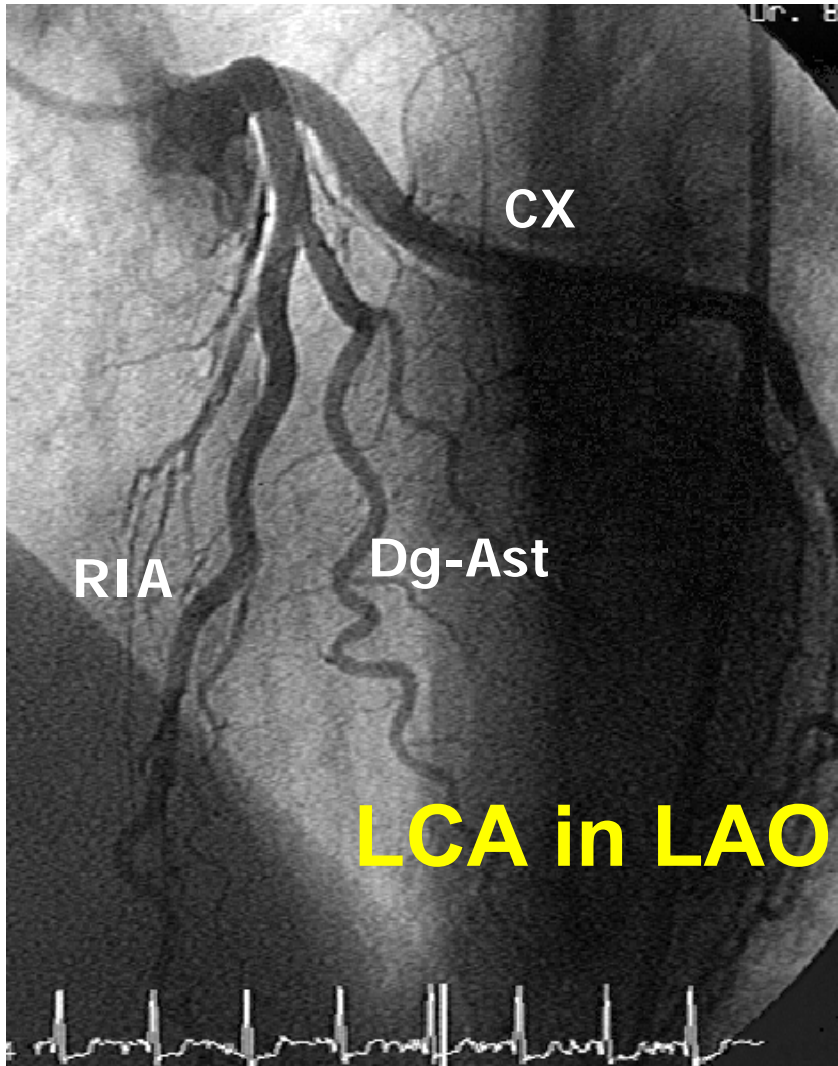


Bewegung

- **Fette max. 25-35% der Gesamtkalorien**
(davon < 7% gesättigte, bis zu 10% mehrfach ungesättigte, bis zu 20% einfach ungesättigte Fettsäuren)
- **50-60% Kohlenhydrate** (Körner, Früchte, Gemüse)
- **15% Eiweiß**
- **Cholesterin <200mg/d**
(Fette



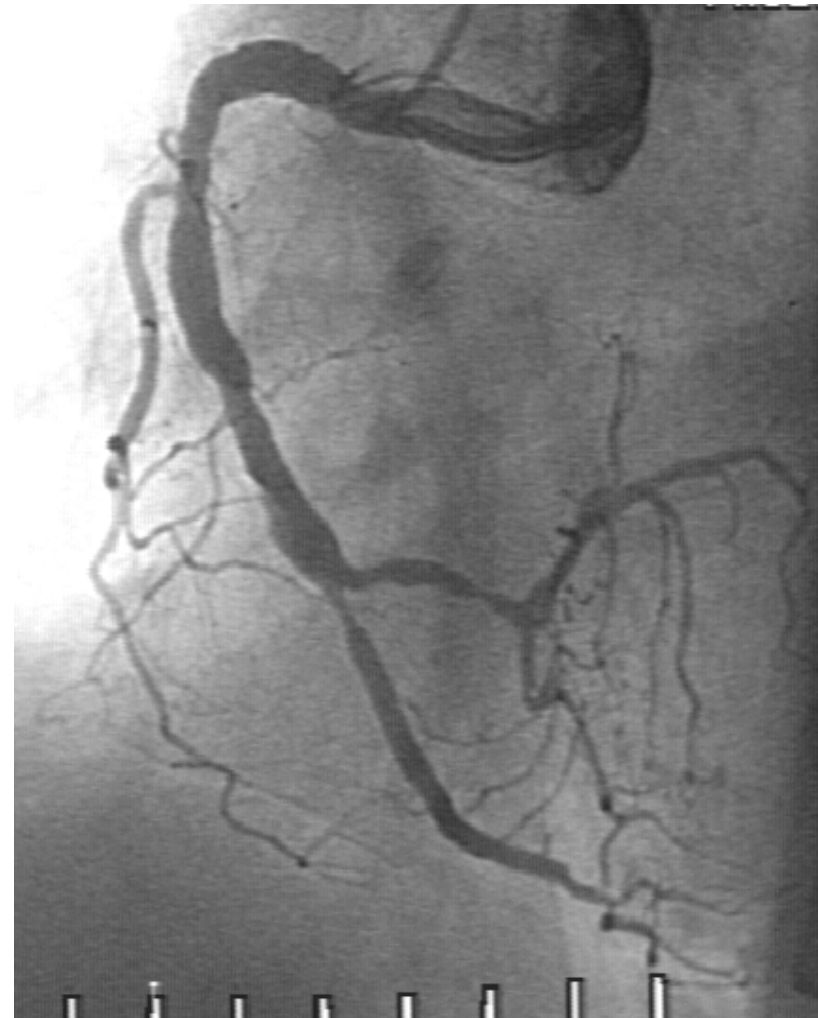
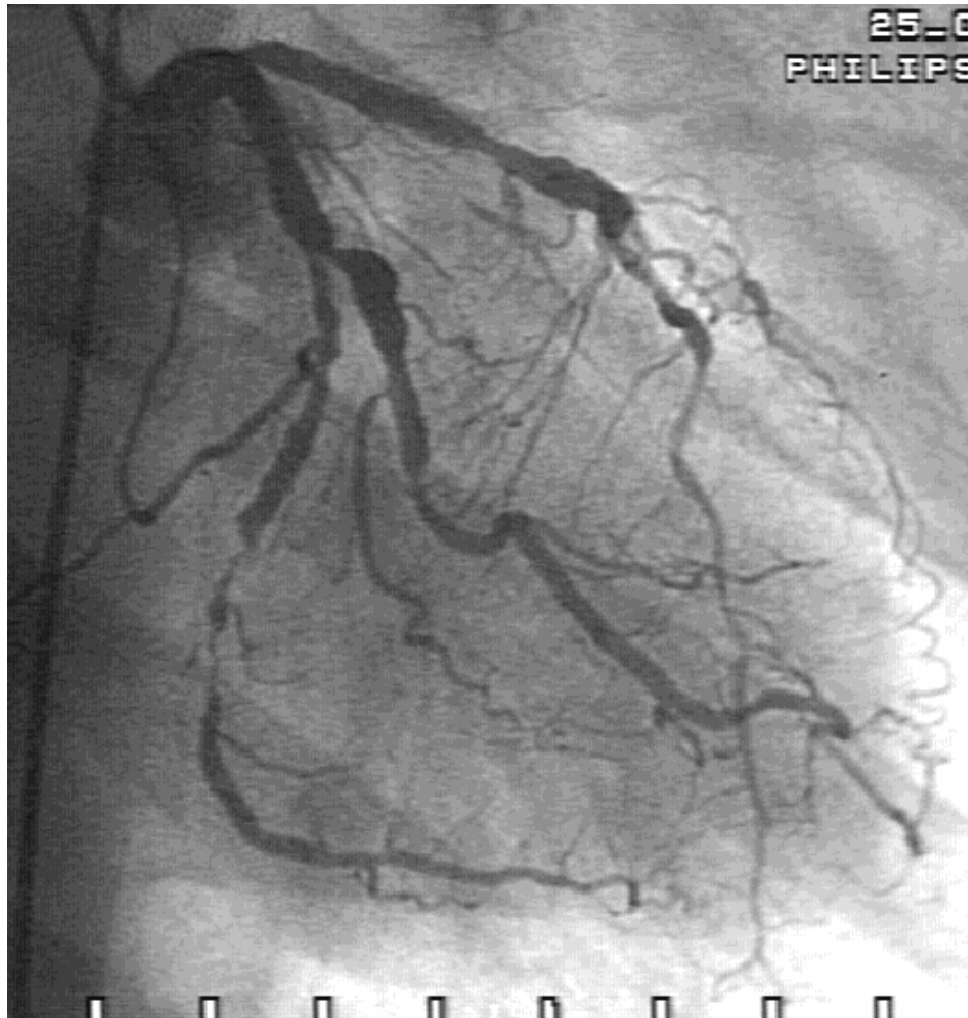




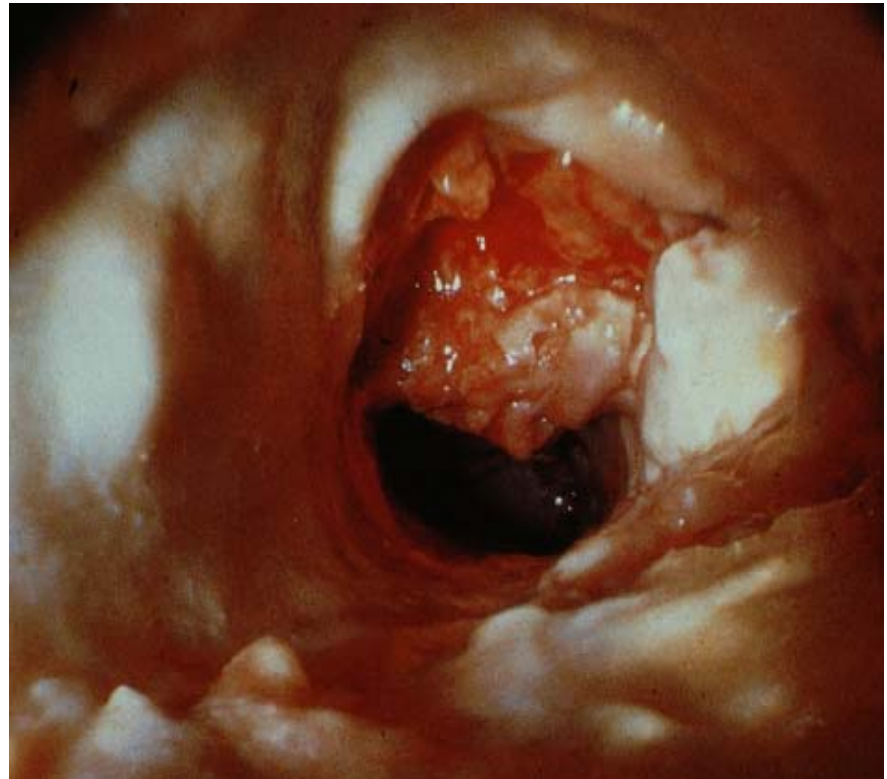
ACD in LAO

ACD in RAO

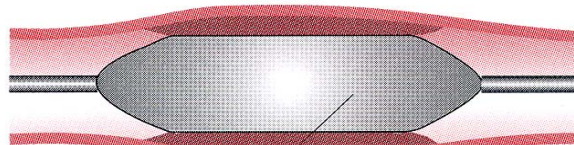
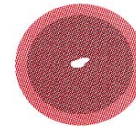
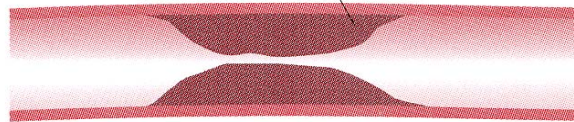
3.76



Können wir den akuten Gefäßverschluss beim Risikopatienten verhindern ?



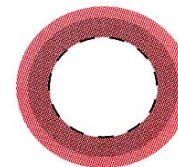
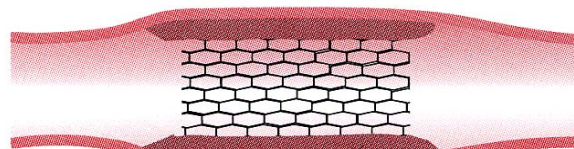
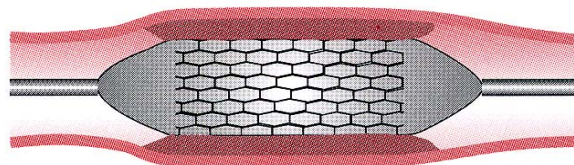
Arteriosklerotischer Plaque



Ballonkatheter

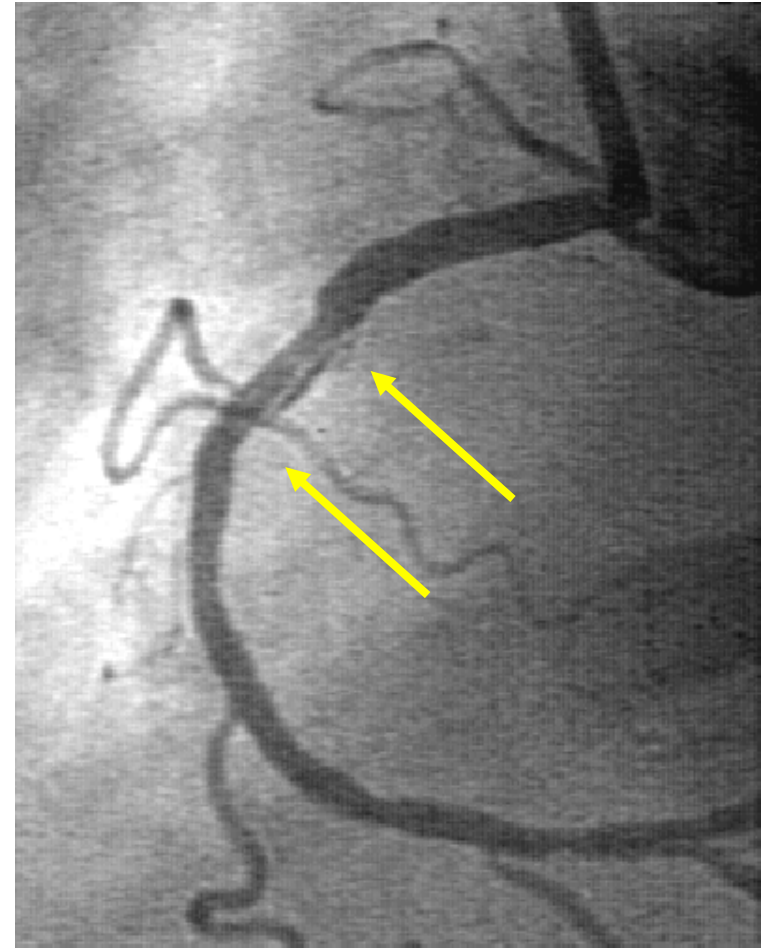


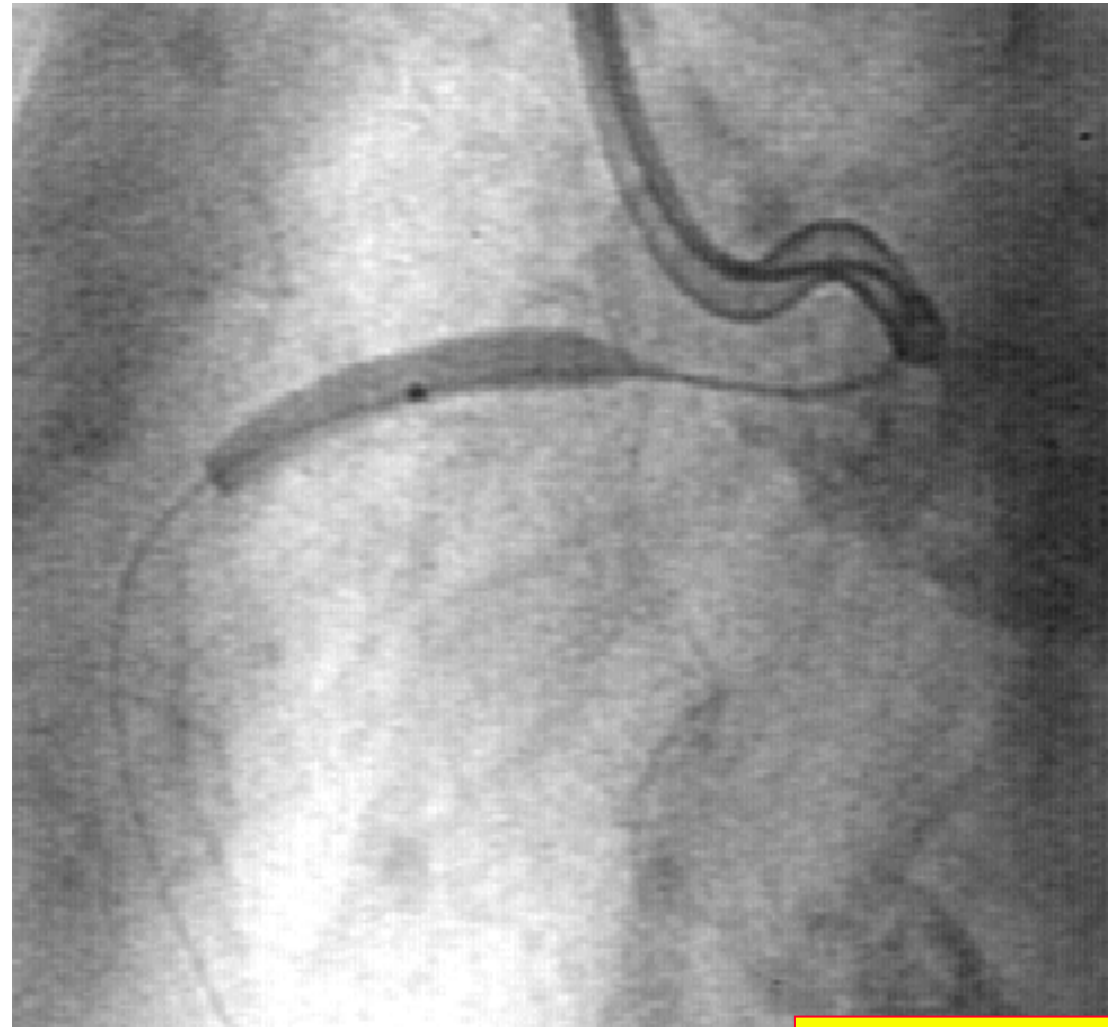
nach
konventioneller
Ballonangioplastie

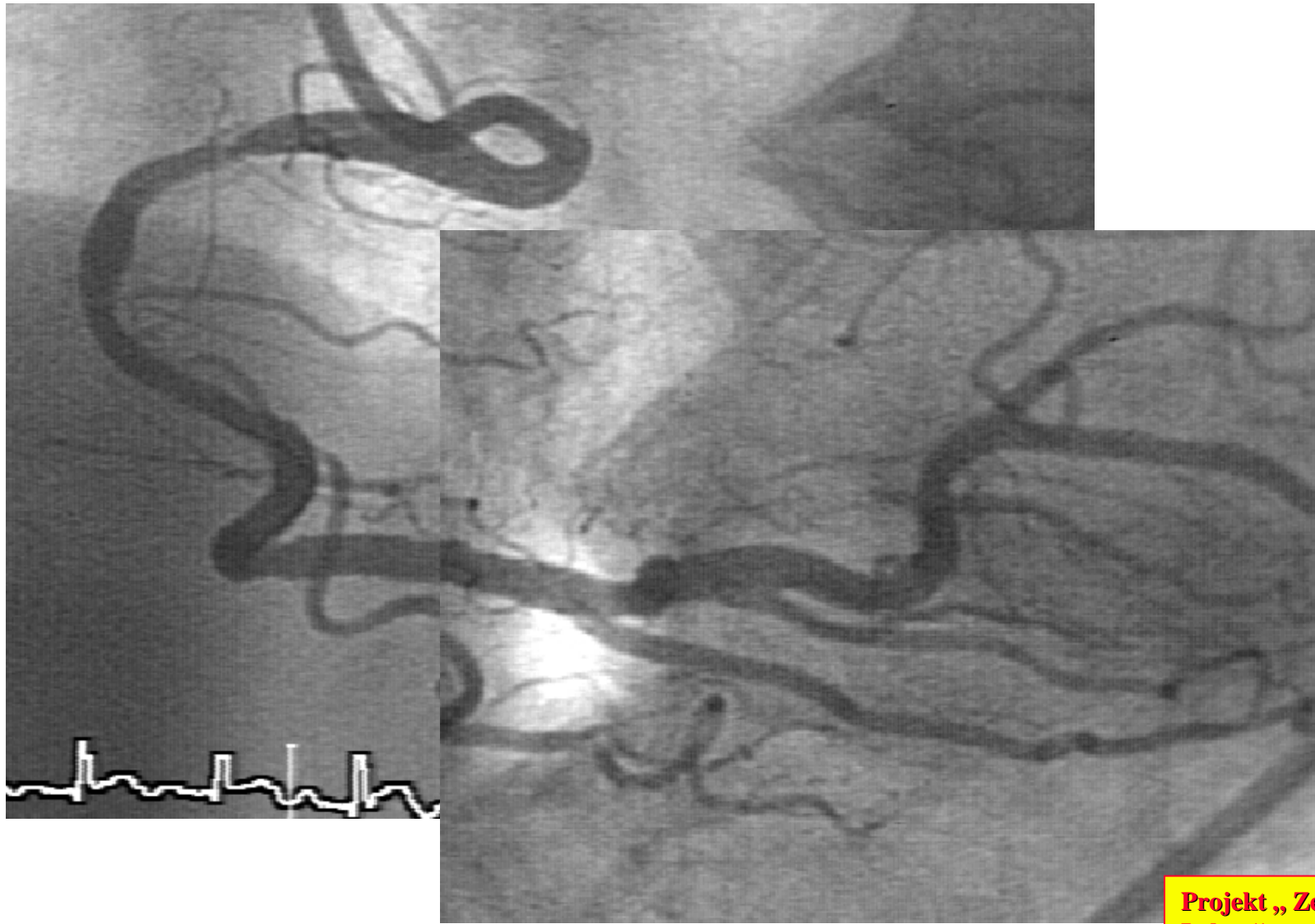


Ballonkatheter mit
aufmontiertem
Stent

Arteriosklerotischer Plaque







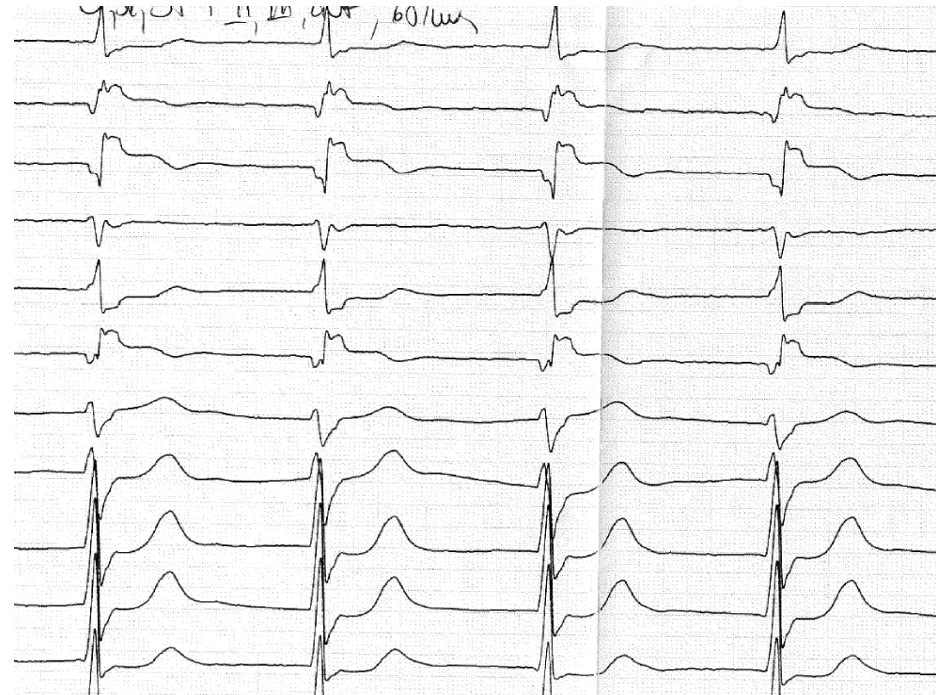
Bin ich auf den Notfall vorbereitet?

- bei Anzeichen von Angina den Arzt aufsuchen
 - Nitrospray /Nitrokapseln mitführen
 - Den Notfall mit dem Partner „durchspielen“
 - Notrufnummer am Telefon?
 - Medikamentenliste, Arztbriefe falls vorhanden!
-
- Bei jedem Verdacht auf einen Infarkt sofort die zentrale Notfallleitstelle informieren, immer angeben, daß es sich möglicherweise um einen Herzinfarkt handelt

Diagnosen: akuter ST-Hebungs-Infarkt der Hinterwand (I21.1) am 02.05.2016, koronare Dreifäßerkrankung (I25.13), ischämische Kardiomyopathie (I25.5).
Zustand nach ST-Hebungs-Infarkt der Hinterwandinfarkt (I25.22) 01/09.
Zustand nach PCI des D1 mit Stentimplantation (Z95.5).
Zustand nach Rekanalisation der CX mit Stentimplantation (BMS) 01/09.
Zustand nach PCI des M2 mit Stentimplantation und frustanem Rekanalisationsversuch 02/14.
Zustand nach PCI der RCA mit Zweifach-Stentimplantation (BMS) 01/09 sowie Re-PCI mit Zweifach-Stentimplantation (DES) 09/13.
Zustand nach Coronarsinusreducer-Implantation (Neovasc) 09/15.
Zustand nach ICD-Implantation (Z95.0) 2009 und Aggregatwechsel 02/14.
Zustand nach VT-Ablation im Bereich des inferioren LV 02/13.

Notarztvorstellung
02.05.2016

M.R. geb. 23.04.1967



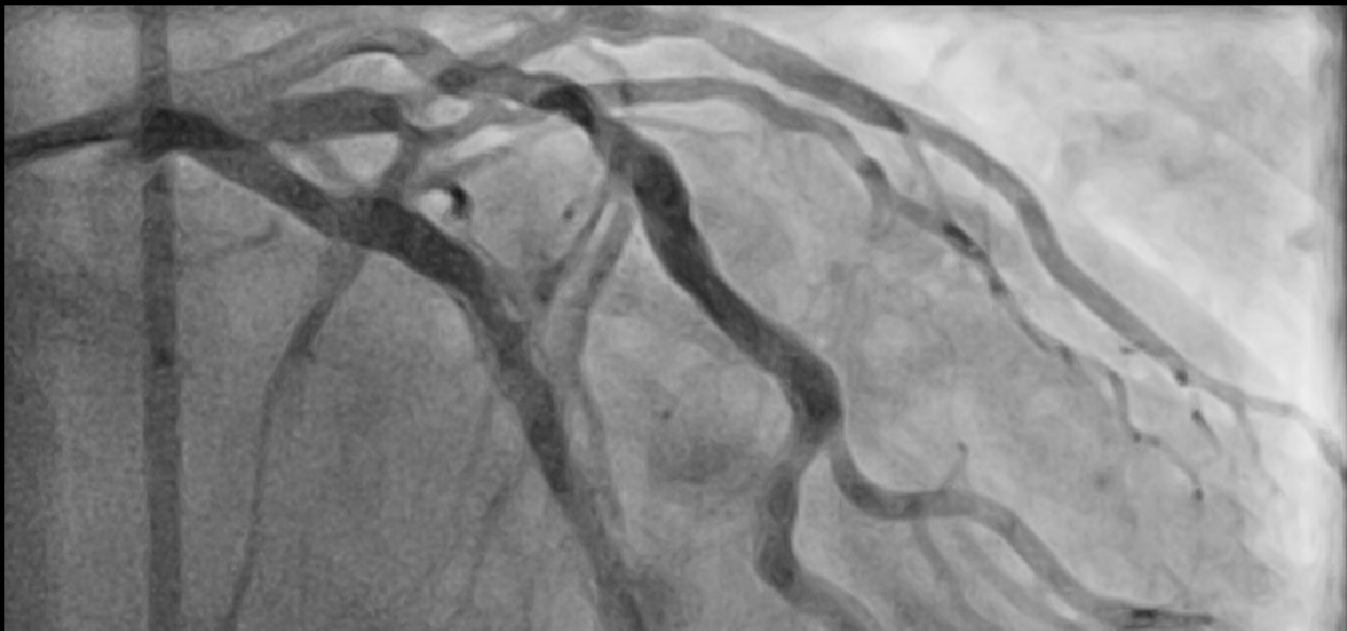
Welcher Patient? z.B. M.R. geb. 23.04.1967

Diagnosen: akuter ST-Hebungs-Infarkt der Hinterwand (I21.1) am 02.05.2016, koronare Dreifäßerkrankung (I25.13), ischämische Kardiomyopathie (I25.5).
Zustand nach ST-Hebungs-Infarkt der Hinterwandinfarkt (I25.22) 01/09.
Zustand nach PCI des D1 mit Stentimplantation (Z95.5).
Zustand nach Rekanalisation der CX mit Stentimplantation (BMS) 01/09.
Zustand nach PCI des M2 mit Stentimplantation und frustriertem Rekanalisationsversuch 02/14.
Zustand nach PCI der RCA mit Zweifach-Stentimplantation (BMS) 01/09 sowie Re-PCI mit Zweifach-Stentimplantation (DES) 09/13.
Zustand nach Coronarsinusreducer-Implantation (Neovasc) 09/15.
Zustand nach ICD-Implantation (Z95.0) 2009 und Aggregatwechsel 02/14.
Zustand nach VT-Ablation im Bereich des inferioren LV 02/13.
Jetzt erfolgreiche Rekanalisation der RCA mit dreifach-Stentimplantation (DES).

Nebendiagnosen:

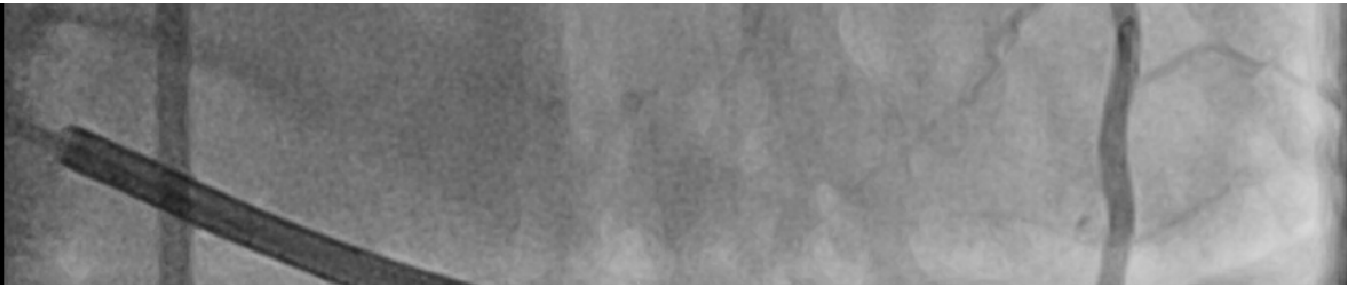
- arterielle Hypertonie (I10.00)
- Hyperlipoproteinämie (E78.2)
- Diabetes mellitus (E11.90)
- Ex-Nikotinabusus (Z86.4)
- Dauertherapie mit ASS (Z92.2)
- Chronische Niereninsuffizienz im Stadium III (N18.3)

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Reihenfolge der genannten Diagnosen in der Epikrise keine Rangfolge darstellt.



Empfehlung:

auf Grund der Hochrisikosituation des Patienten empfehlen
die Gabe von Ticagrelor 90mg 1-0-1 für 12 Monate
sowie anschließend von Ticagrelor 60mg 1-0-1 für mindes
weitere 12 Monate



Wer macht was?

Initiale Einstellung

Nachverordnung
bis 12 Monate

Nachverordnung
nach 1 Jahr



?Ende der Dualen Therapie???

Wer macht was?

Initiale Einstellung

Katheterlabor / Krankenhaus

Nachverordnung
bis 12 Monate



Wer macht was?

Initiale Einstellung

Katheterlabor / Krankenhaus

**Nachverordnung
bis 12 Monate**

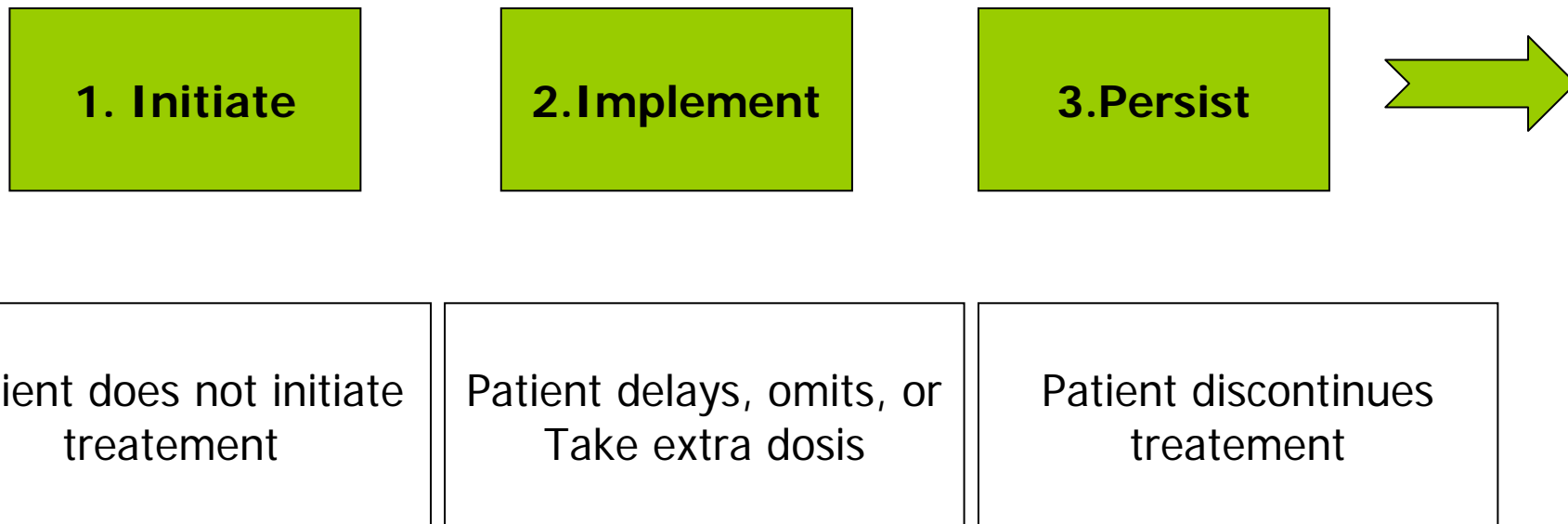
**Hausarzt
Kardiologe in Praxis**

Ursachen für Diskontinuität

- Arzneimittelbudget
- Patientencompliance
- (Nebenwirkungen)

Medication adherence

The process by which patients take their medications as prescribed

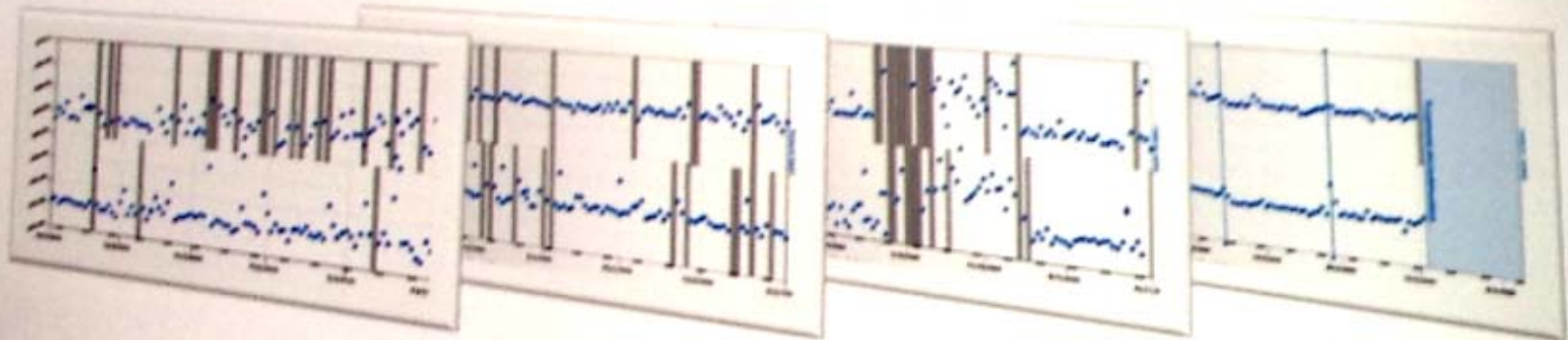


modifiziert nach:

1. Blaschke et al. *Annu Rev Pharmacol Toxicol.* 2012;52:275–301

Inaccurate dosing can lead to poor exposure to the drug

- ▶ Each of the four patients took 75% of prescribed doses during a 3-month period¹



Problem with evening dose

Sporadic dosing

Drug holiday

Early discontinuation



Wer macht was?

Initiale Einstellung

Katheterlabor / Krankenhaus

**Nachverordnung
bis 12 Monate**

Therapiepausen/Therapieabbruch???

- Kommunikation Katheterlabor Patient
- Kommunikation Katheterlabor Hausarzt
- Kommunikation Katheterlabor Rehaklinik
- Kommunikation Katheterlabor Kardiologe

Wer macht was?

Initiale Einstellung

Katheterlabor / Krankenhaus

Nachverordnung
bis 12 Monate

Therapiepausen/Therapieabbruch???

Kontinuität der Therapie

Hausarzt

Kardiologe ? alle 6 Monate

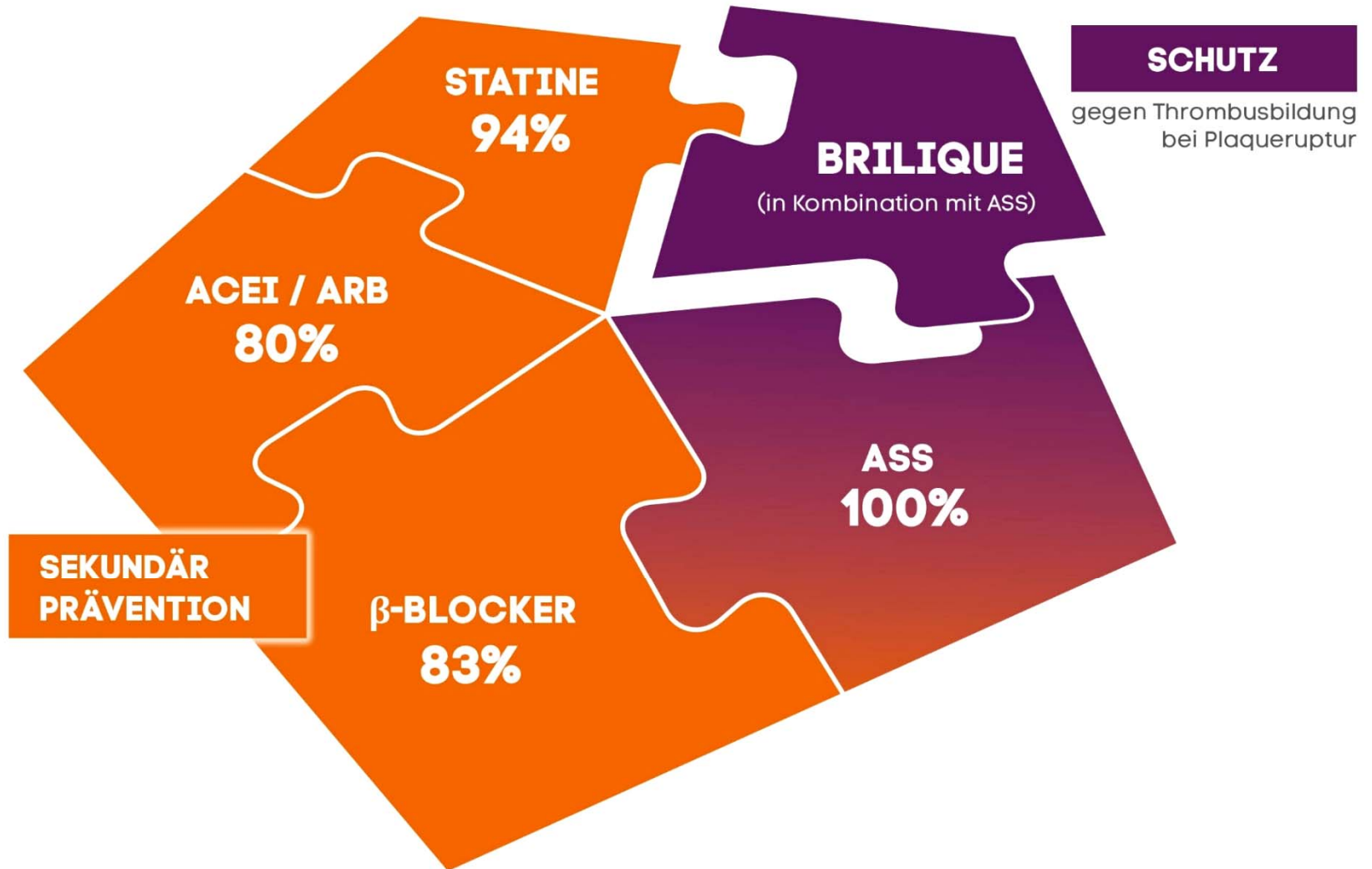
Wer entscheidet nun über die verlängerte

www.herzcentrum-chemnitz.de



Ein Unternehmen der
Klinikum Chemnitz gGmbH

Therapie von ACS-Patienten?



Wer macht was?

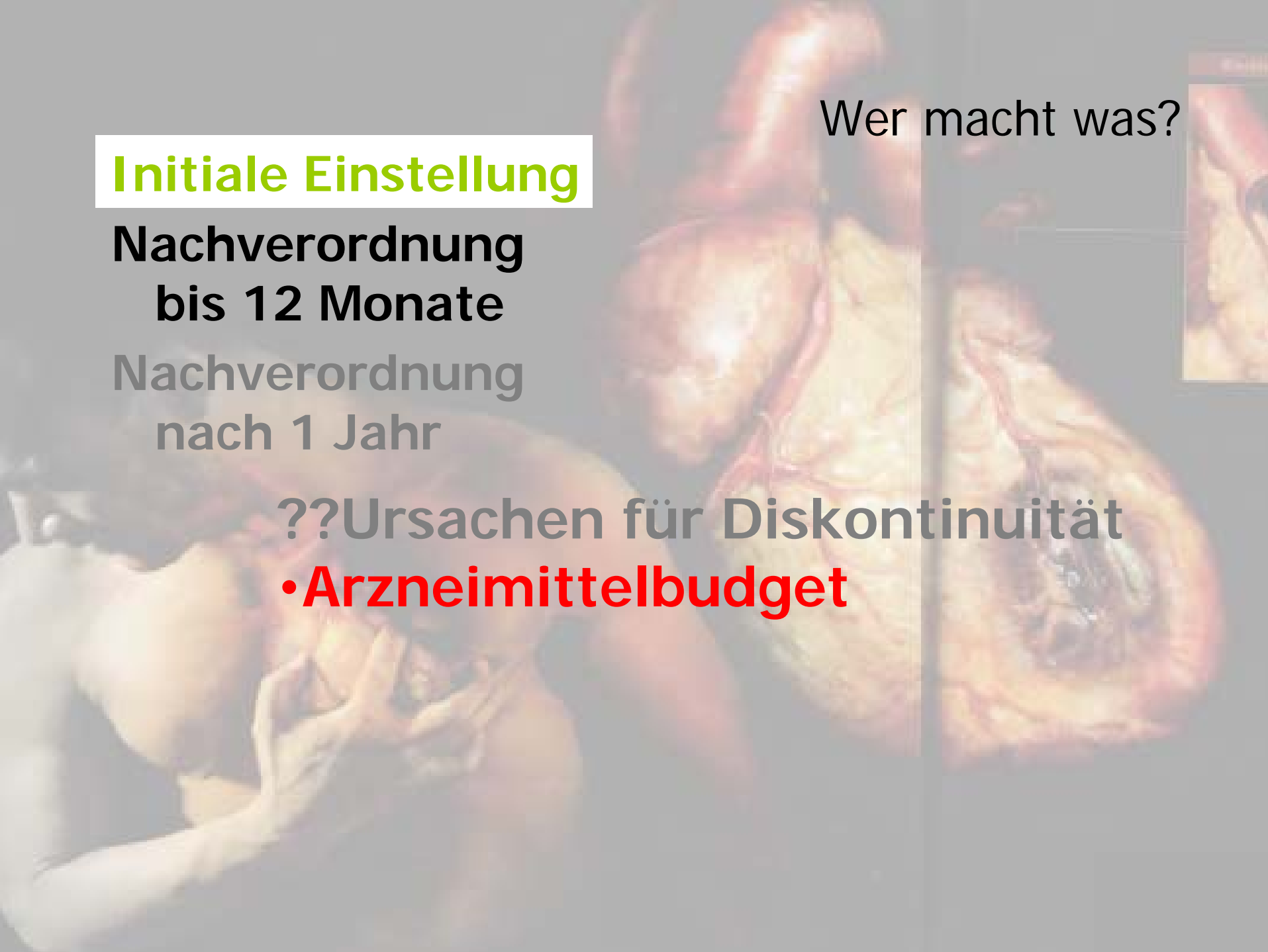
Initiale Einstellung

Nachverordnung
bis 12 Monate

Nachverordnung
nach 1 Jahr

?? Ursachen für Diskontinuität

• **Arzneimittelbudget**





Arzneimittel-Trendinformation für Vertragsärzte

Betriebsstättennummer: 943402000	Zeitraum 3. Quartal 2015
Name/Ort der Praxis: MVZ am Küchwald GmbH Ambulantes HerzCentrum	Prüfgruppe 190/2 Innere Medizin – fachärztlich tätig
09113 Chemnitz	

Berichtsbeschreibung:

Die Arzneimittel-Trendinformation der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen basiert auf den elektronischen Verordnungsdatensätzen, welche die Apothekenrechenzentren gemäß § 300 Abs. 1 Nr. 2 SGB V an die Krankenkassen übermitteln. Somit sind neben den verordneten Fertigarzneimitteln auch Impfstoffe, Rezepturen, Verbandmittel, Hilfsmittel u.a. Artikel enthalten. Von Ihnen ausgestellte Verordnungen bspw. über Hilfsmittel, die über andere Leistungserbringer mit den Krankenkassen abgerechnet wurden (z.B. Sanitätshäuser), sind hingegen nicht Bestandteil dieser Auswertung.

Diese Arzneimittel-Trendinformation bietet die Möglichkeit der frühzeitigen Abschätzung der Richtgrößenausschöpfung sowie der Standortbestimmung der eigenen Arzneimittelkosten im Vergleich zur Prüfgruppe und zu den vereinbarten Wirtschaftlichkeitszielen der Arzneimittelvereinbarung in Sachsen. Diese Auswertungen sind eine wichtige Orientierungshilfe, da die Auswertungen der eigenen Praxissoftware aufgrund nicht integrierter regionaler Preise für Verbandmittel, Blut- und Harnteststreifen sowie der bei der Abgabe in den Apotheken erfolgten Arzneimittelsubstitutionen (insbesondere wegen Rabattverträgen) nur unvollständig sind.

Eine Arzneimittel-Trendinformation umfasst jeweils alle Ärzte einer Prüfgruppe (PG) innerhalb einer Praxis, für die im jeweiligen Quartal mindestens 50 Verordnungen registriert wurden. Die Praxis identifiziert sich dabei über die Betriebsstättennummer (BSNR) und umfasst alle dieser BSNR zugeordneten Leistungsorte (Haupt- und ggf. Nebenbetriebsstätte(n) (NBSNR). In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass diese Daten noch ungeprüft sind und daher durch falsches maschinelles Auslesen der Rezeptverordnungsblätter teilweise fehlerhaft sein können.

Dieser Trendinformation liegen Verordnungen folgender Ärzte zugrunde:
269070428
838021228
849235128
890258728
338363128

Dieser Trendinformation liegen Verordnungen folgender Leistungsorte (Haupt- und Nebenbetriebsstätten) zugrunde:
943402000
940003200
940322600

KVS



Arzneimittel-Trendinformation für Vertragsärzte

Betriebsstättennummer: 943402000	Zeitraum 3. Quartal 2015
Name/Ort der Praxis: MVZ am KÜchwald GmbH Ambulantes HerzCentrum 09113 Chemnitz	Prüfgruppe 190/2 Innere Medizin – fachärztlich tätig

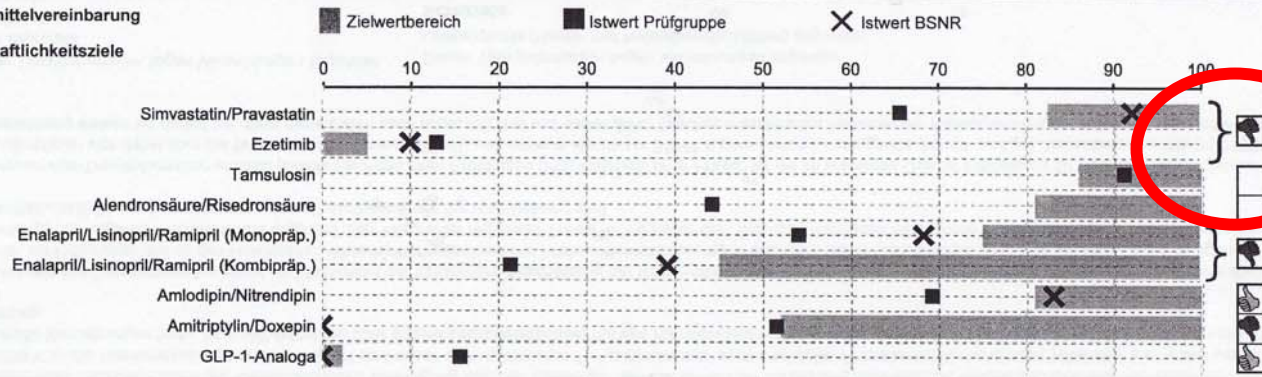
Übersicht

Richtgrößenvergleich	Sie haben die für Sie zutreffende Richtgröße eingehalten.	
Regressbedrohte Arzneimittel	Sie haben keine Arzneimittel verordnet, für die Prüfanträge vorliegen.	
Fiktiv zugelassene Arzneimittel	Sie haben keines der von der KVS kritisch bewerteten Arzneimittel verordnet.	

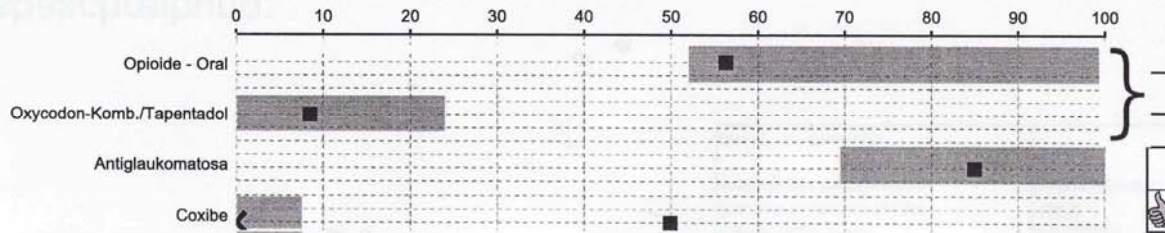
Näheres s. Tabelle 1
Näheres s. Tabelle 3
Näheres s. Tabelle 4

Arzneimittelvereinbarung

Wirtschaftlichkeitsziele



Näheres s. Tabelle 6



Näheres s. Tabelle 7

KVS



Arzneimittel-Trendinformation für Vertragsärzte

Betriebsstättennummer: 943402000	Zeitraum 3. Quartal 2015
Name/Ort der Praxis: MVZ am Küchwald GmbH Ambulantes Herz-Centrum	Prüfgruppe 190/2

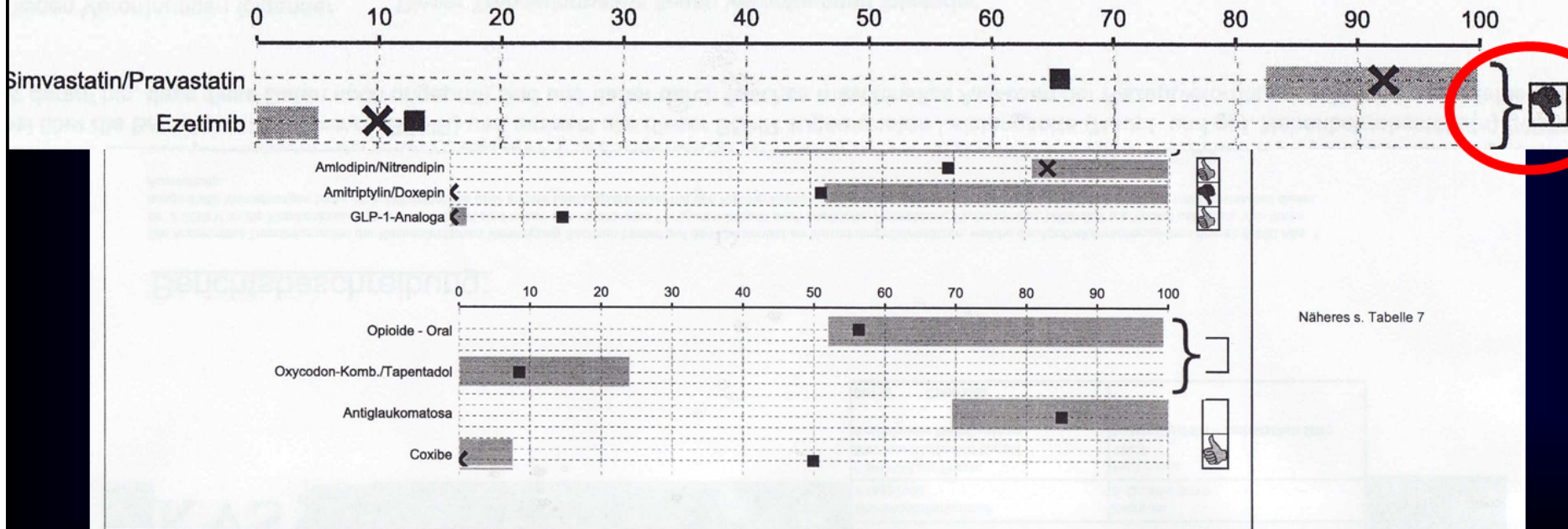
Sie haben die für Sie zutreffende Richtgröße eingehalten.



Sie haben keine Arzneimittel verordnet, für die Prüfanträge vorliegen.



Sie haben keines der von der KVS kritisch bewerteten Arzneimittel verordnet.



Wer macht was?

Initiale Einstellung

Nachverordnung

bis 12 Monate

Nachverordnung

nach 1 Jahr

??Ursachen für Diskontinuität

- Arzneimittelbudget
- Patientencompliance
- (Nebenwirkungen)
- (geplante Operationen)
- (andere Krankenhausaufenth.)
- (Hausarztwechsel)



Initiale Einstellung

Nachverordnung

bis 12 Monate

Nachverordnung

nach 1 Jahr

Wer macht was?

Therapiepausen/Therapieabbruch???

Kontinuität der Therapie

Hausarzt

Kardiologe ?aller 6 Monate

oder nur noch nach 12 Monaten

Wer macht was?

Patientenaufklärung

Herzkatheterarzt
Abschlußgespräch
Hausarzt
Reha-Arzt
Kardiologe

Lösungsansätze:

Notiz in Stentpass

Lösungsansätze:

Notiz in Stentpass

Medikamentenpass mit Hinweisen

weshalb/warum/wie lange/

Info an andere Fachrichtungen über
Verhalten bei Operationen/Absetzen / etc.

Name und Tel.: verordnender Dr.

Lösungsansätze:

Notiz in Stentpass

Medikamentenpass mit Hinweisen

weshalb/warum/wie lange/

Info an andere Fachrichtungen über
Verhalten bei Operationen/Abstzen / etc.

Name und Tel.: verordnender Dr.

Kurzbrief für Pat. mit Hinweis auf
die Therapiedauer

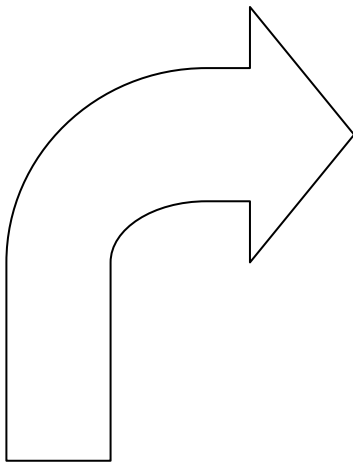
Die Verlängerung der Therapiedauer mittels Dualer Plättchenhemmung nach ACS (Einstellung auf Ticagrelor 60mg nach den ersten 12 Monaten Therapie) kann die Prognose von Risikopatienten signifikant verbessern

Zusammenfassung:

Wer macht was?

Information

- Hausarzt
- Kardiologe
- Reha-Mediziner



Herzkatheterarzt

Lösungsansätze:

- Aufklärung und Information an den Patienten über Ziele und Notwendigkeit der Therapie
- Informationen für Hausarzt zur Vorbeugung von Arzneimittelregress
- Informationen für Hausarzt/Kardiologe/?Chirurgen Verhalten bei evtl. notwendiger Therapiepause
- Name und Tel. Nr. des initial verordnenden Dr. `s

Pat. U.R. geb 1944

Vorhofflimmern seit Anfang 2011
damals Thrombus in rechten Vorhof
Art. Hypertonus HLP
Diabetes mellitus Typ II

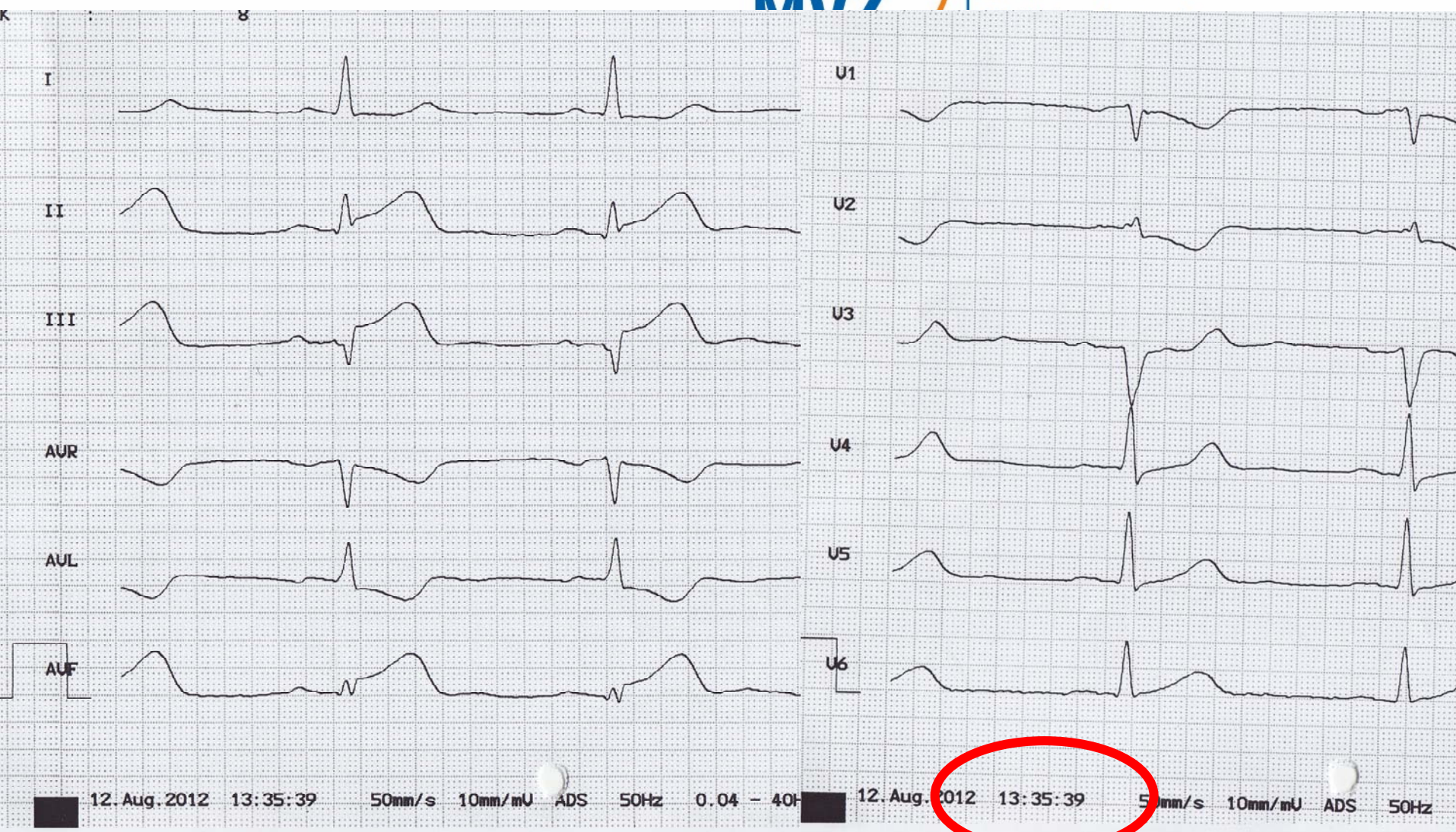
Am 12.08.2012 ab 8.00Uhr alternierend heftige Thoraxschmerzen

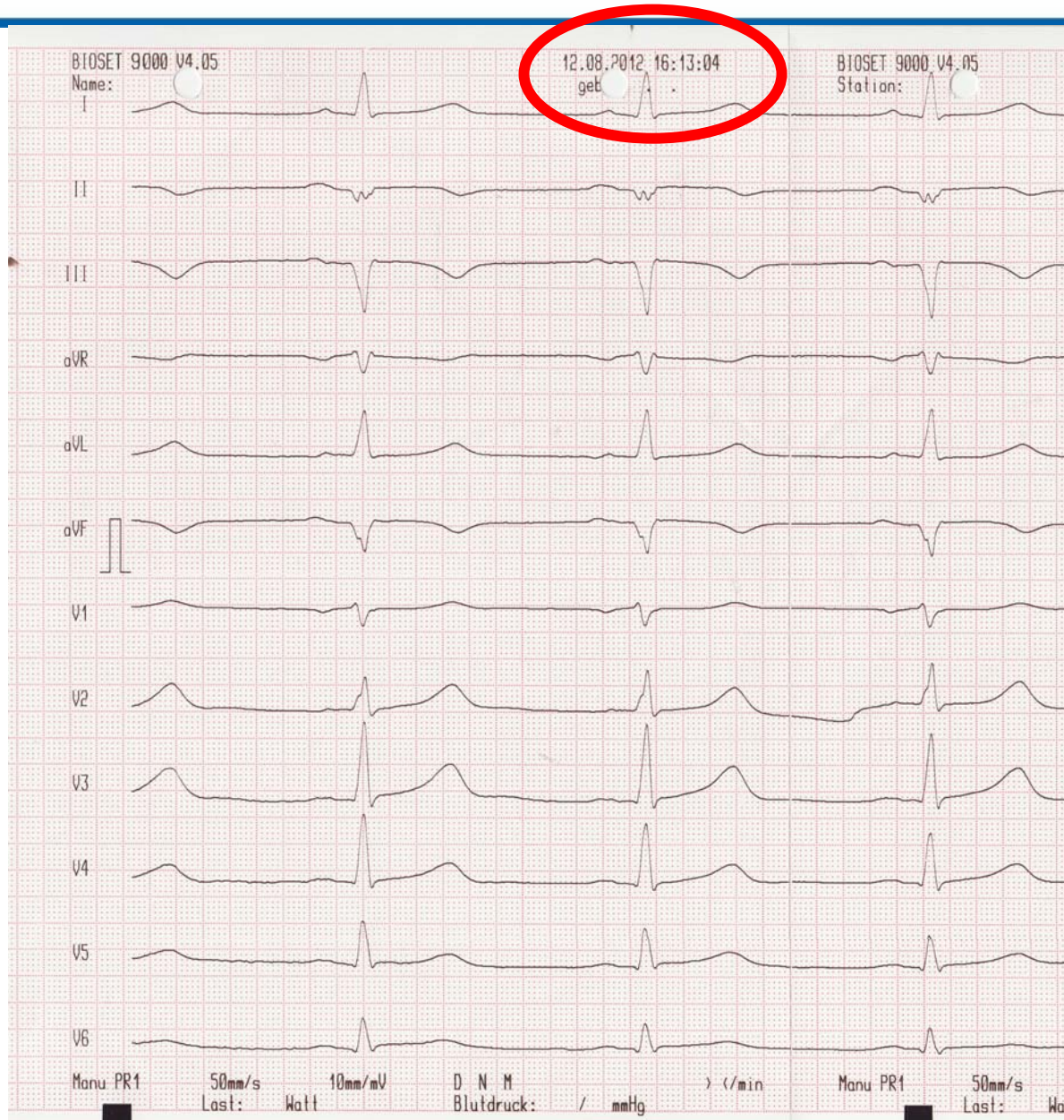
12.15 Uhr Vorstellung beim Hausarzt
13.00Uhr Eintreffen Rettungstelle Krankenhaus
Troponinbestimmung, Erstbehandlung
15,15Uhr Eintreffen im Herzkatheterlabor

15.23 Kathetertisch

Aggrastat, Heparin, Nitro, Sauerstoff

16.00Uhr PCI beendet, Pat. im Bett auf Station





Pat. P.R. geb. 1939

art. Hypertonus

COPD bei chron. Nikotinabusus

AvK mit Z.n. aortobifemoraler Bypassoperation

Z.n. Carotis TEA

chron. Nierenisuffizienz

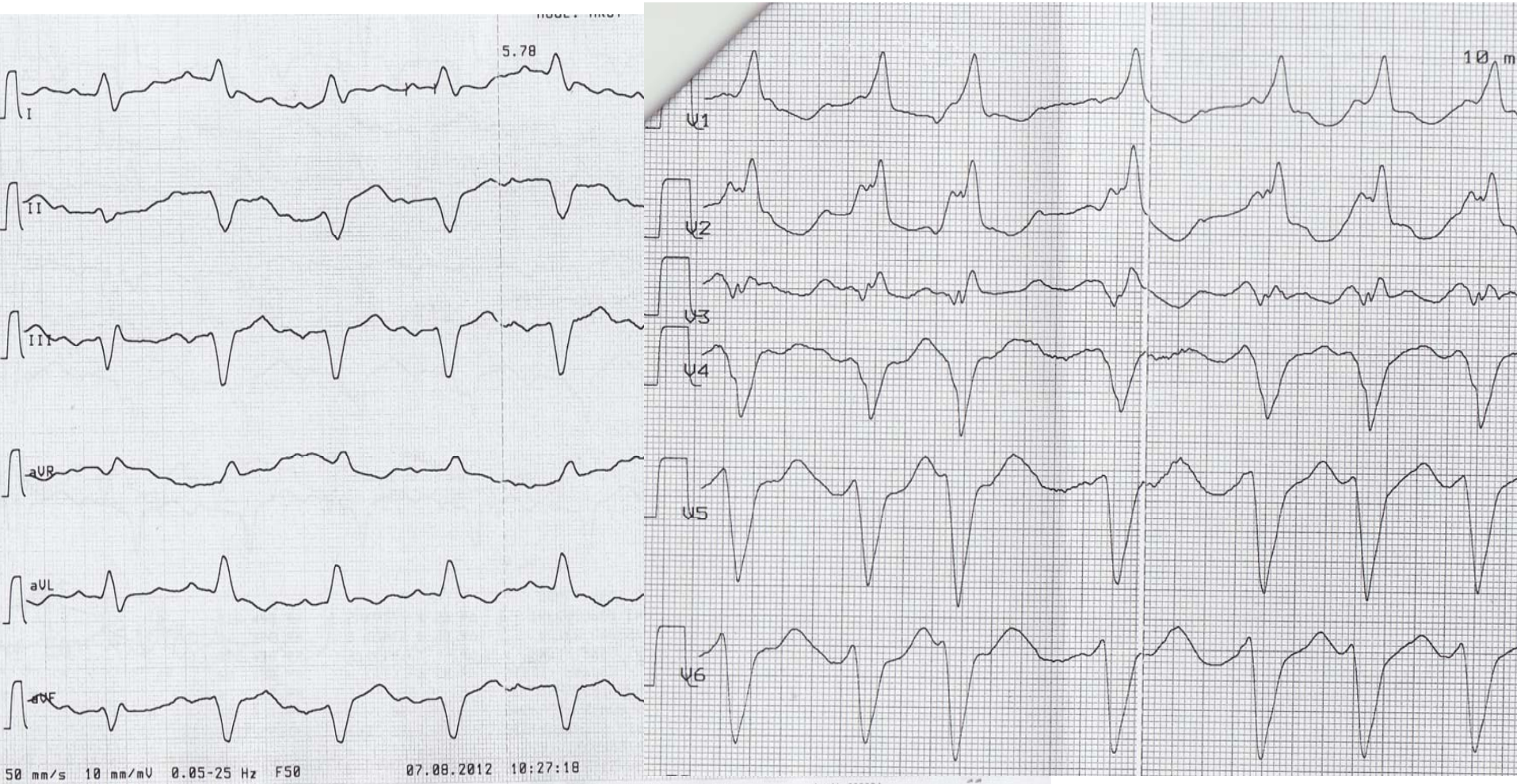
**Am 07.08. Stat Einweisung durch den Hausarzt wegen zunehmender
Dyspnoe**

Seit 2 Wochen, Husten Auswurf

**In den frühen Morgenstunden des Aufnahmetages retrosternale Schmerzen
daher stat. Einweisung**

Der Patient klagte seit 2 Wochen zunehmend über Luftnot, vornehmlich bei Belastung und seit dem frühen Morgenstunden über retrosternale Schmerzen. Zusätzlich hat der Patient seit Tagen Husten mit erheblichem Auswurf, aber kein Fieber. Das EKG bei Aufnahme zeigte einen tachykarden Sinusrhythmus Ü LT, LAHB, RSB und assoziierte ERST. Laborchemisch fielen Troponin I-, CK-, CKMB- und LDH- Erhöhung auf. Der Patient erhielt 1g Aspisol°, 5 000 IE Heparin, 20 mg Lasix° und 40 mg Pantozol° i.V. sowie 600 mg Plavix° oral. Da keine Über...

Unter der Therapie mit Nitrolingual via Perfusor besserten sich die pectanginösen Beschwerden. Es erfolgte eine PTT-gesteuerte Heparinisierung. Auch die Laborkontrollen am 08.08.2012 zeigten keinen Abfall des Troponin I, so dass wir Herrn Riso, wie mit Ihnen vereinbart zur weiteren Diagnostik und Therapie verlegen. Wir bedanken uns für die komplikationslose Übernahme unseres Patienten.





BIOSET 9000 V4.05

2012 15:02:15

BIOSET 9000 V4.05

08.08.2012 15:02:19

Name:

I

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Manu PR1

50mm/s

Last: Watt

10mm/mV

D N M

Blutdruck: / mmHg

78/mHg

Manu PR1

50mm/s

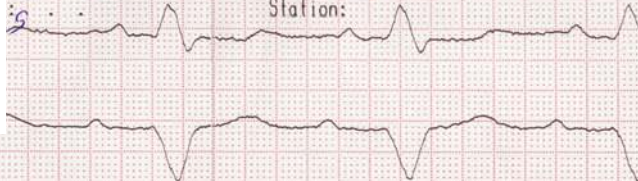
Last: Watt

10mm/mV

D N M

Blutdruck: / mmHg

80/min



RADIOMETER AQT90 FLEX

AQT90 FLEX 838R0041N002

17:17

08.08.2012

Patientenbericht

Probe Nr.

3301

Identifikation

Patienten ID

Auftrag ID

Nachname (Pat.)

Vorname (Pat.)

† Tnl	0,029	µg/L	[0,012 - 0,020]
† D-dimer	523	µg/L	[- 500]

Meldungen

† Wert(e) oberhalb oberer kritischer Grenze

Diagnosen: Nicht-ST-Hebungs-Infarkt (I21.4) am 07.08.2012 bei koronarer Zweigefäßerkrankung (I25.12).

Nebendiagnosen:

- arterielle Hypertonie (I10.00)
- COPD (J44.89)
- Nikotinabusus (Z72.0)
- geringgradige Mitralinsuffizienz (I34.0)
- pAVK vom Mehretagentyp Fontaine IIb (I70.21) mit Zustand nach aortofemoraler Bypassoperation rechts (Z95.88)
- Zustand nach Carotis-TEA-rechts
- gering- bis mittelgradige Stenose der A. carotis interna links (I65.2)
- Anämie (D64.9)
- chronische Niereninsuffizienz im Stadium III (N18.3).

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Reihenfolge der genannten Diagnosen in der Epikrise keine Rangfolge darstellt.

Weiteres Procedere: Verlegung in das Herzzentrum Leipzig zur operative Revaskularisation aufgrund der LAD-Läsion. ‡
Bitte Abklärung der Anämie.

Therapieempfehlung: bitte

Medikament	Wirkstoff	F	M	A
Beloc zok mite	(Metoprololsuccinat)	1	0	1
Pravastatin 40	(Pravastatin)	0	0	1
Exforge 10 / 160	(Amlodipin + Valsartan)	1	0	0
Disalunil 25	(Hydrochlorothiazid)	1	0	0
(Neu) Duoplavin 75 / 100 bis 08/2013	(Clopidogrel + Acetylsalicylsäure)	1	0	0
ACC 600 während Aufenthalt im HKL		1	0	1
Salbutamol <i>bei Bedarf</i>				

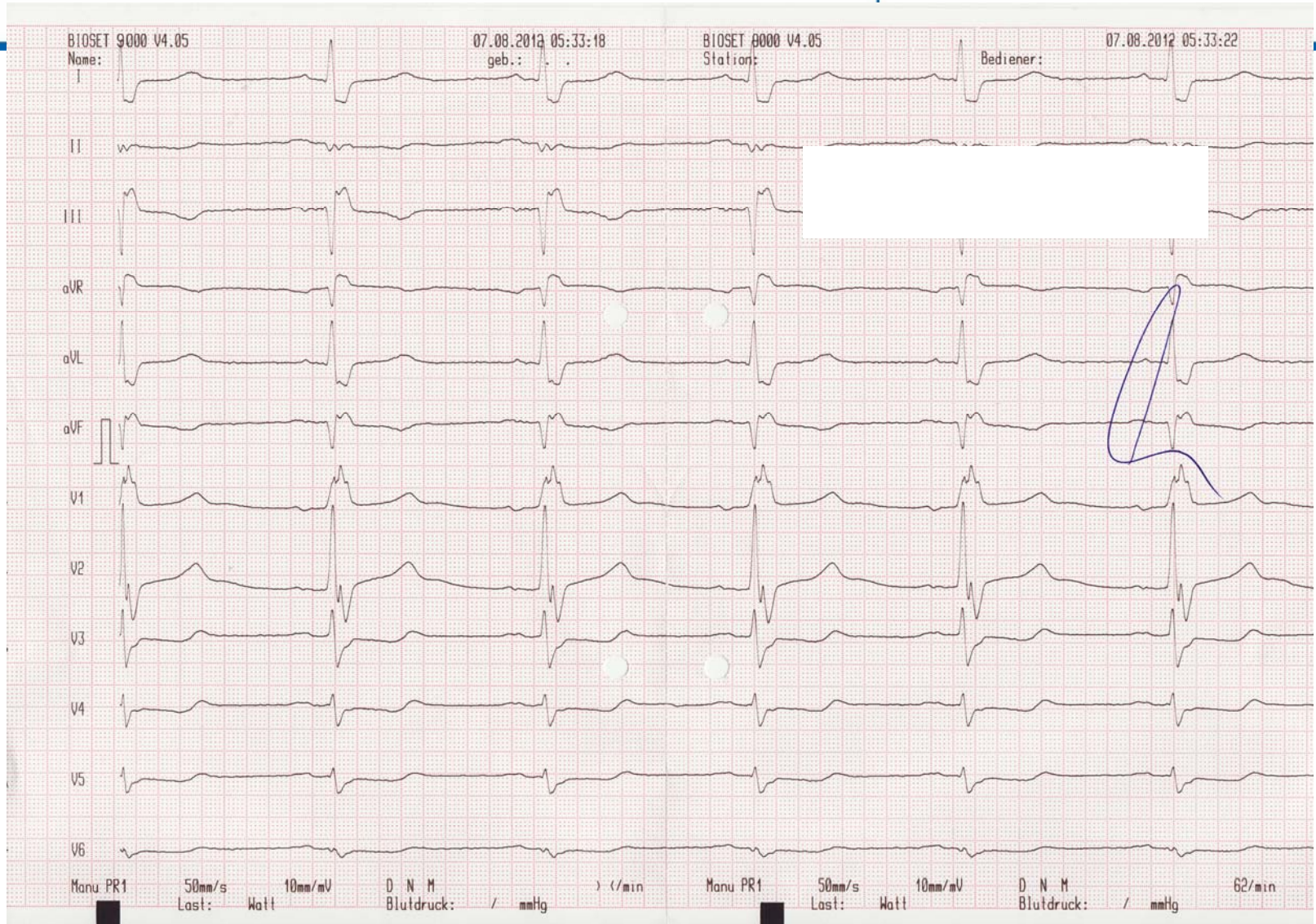
Pat. E.S. geb. 1941

Dreigefäßerkrankung (I25.13) mit gering eingeschränkter linksventrikulärer Kontraktion.
Zustand nach Zweifach-Bypassoperation 01/2000 (Z95.1) (LIMA auf RD1, RIMA auf LAD o.B.,
bekannte Anastomosenstenose des LIMA-Bypasses zum D1)

- alimentäre Adipositas (E66.00)
- arterielle Hypertonie (I10.00)
- Hypercholesterinämie (E78.0)
- Ex-Nikotinabusus (Z86.4)
- geringgradige Mitralinsuffizienz (I34.0).

Am 06.08.2012 Selbstvorstellung im Herzkatheterlabor wegen thorakalem Druck-Gefühl, seit einigen Wochen, nicht streng belastungsabhängig

**Letzter HK 9/2011 nur geringe Veränderungen
Streßecho 10/2011 o.B.**



Echocardiographie vom 06.08.12: Normale Größenrelation der Herzhöhlen. Normal großer hypertrophierter linker Ventrikel mit guter linksventrikulärer Pumpfunktion (LVEDD 54mm, IVSD 14mm, LVEF um 60%). Keine größeren Kinetikstörungen. Aorten- und Mitralklappe sklerosiert, keine relevante Insuffizienz oder Stenose. Rechtes Herz normal groß, Tricuspidalinsuffizienz 0-I, keine pulmonale Hypertension in Ruhe. Kein Pericarderguss.

Labor:

	06.08.12	07.08.12
CK gesamt	0,90 µkat/l	53,4 U/l
CK-MB	0,30 µkat/l	1,40 µg/l
Troponin	0,069 µg/l	

Normbereiche CK, CK-MB: Klinikum: CK: < 5,15 µkat/l, CK-MB: < 0.42 µkat/l, Labor Scholz: CK: bis 145 U/l, CK-MB: bis 25 U/l

Troponin: < 0,03 µg/l

Weiteres Procedere: Anschlussheilbehandlung. Konservativ, regelmäßige kardiologische Kontrollen, halbjährliche ergometrische Kontrollen, Herzkatheterkontrolle nur bei erneuten typischen Beschwerden oder Ischämienachweis.

Therapieempfehlung: bitte

Medikament	Wirkstoff	F	M	A
LisiLich comp. 20/12,5	(Lisinopril+Hydrochlorothiazid)	½	0	0
Carvedilol 25	(Carvedilol)	½	0	0
ISDN 40	(Isosorbiddinitrat)	1	1	0
ASS 100	(Acetylsalicylsäure)	0	1	0
Simvastatin 40	(Simvastatin)	0	0	1
Ranexa 375	(Ranolazin)	1	0	1
(Neu) Brilique 90 bis 08/2013	(Ticagrelor)	1	0	1

Selbstverständlich sind statt der empfohlenen Medikation auch gleichwertige Präparate möglich. Bitte...

Pat. K-D P, geb.1942

Entgleister art. Hypertonus
Diabetes mellitus Typ II
chronische Niereninsuffizienz
HLP

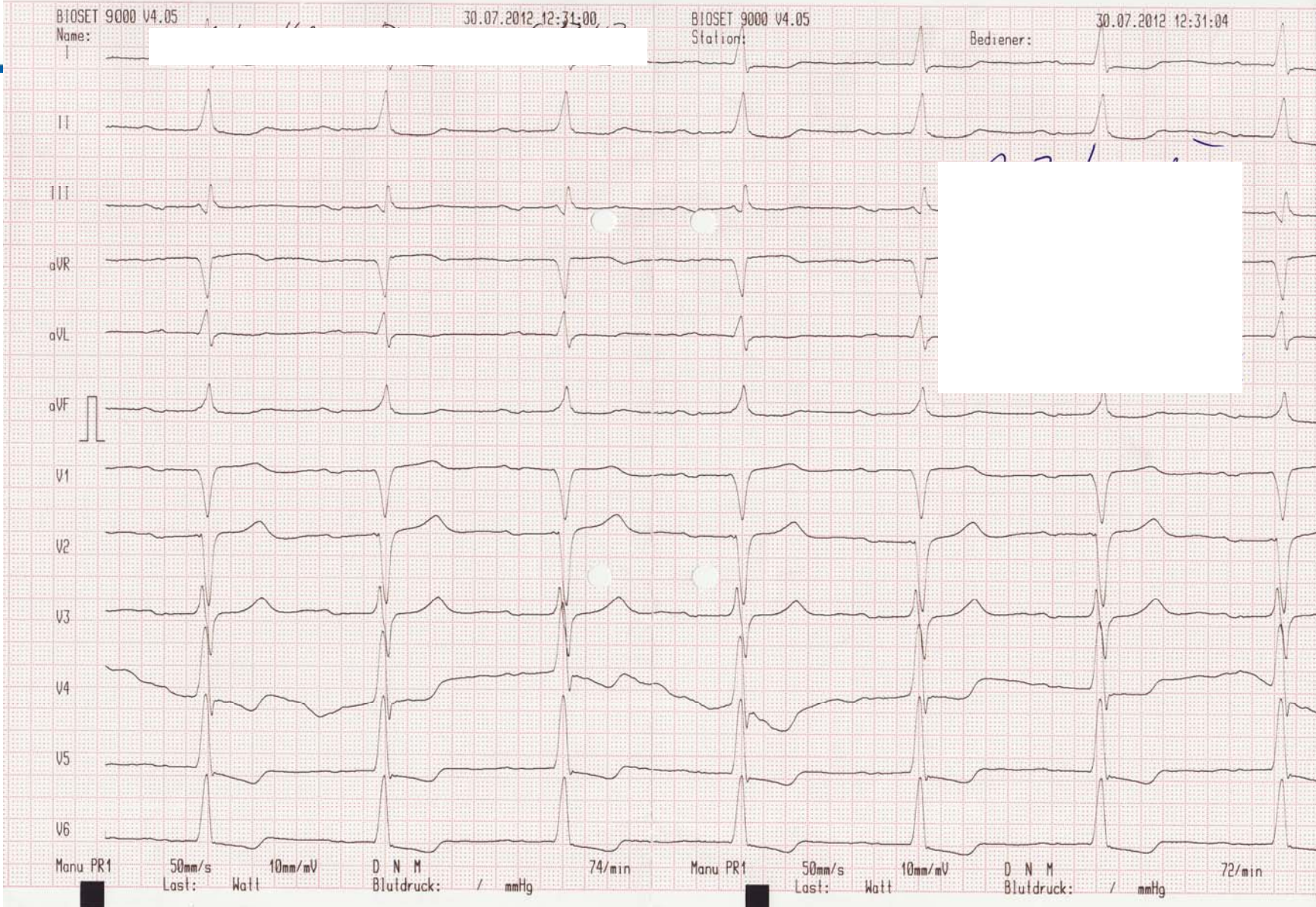
Am 23.07. Mittags plötzlich retrosternale Schmerzen
Zunehmende Luftnot, gegen 17.00Uhr Notarzt alarmiert
Stat. Einweisung mit RR 170/100 Lungenödem

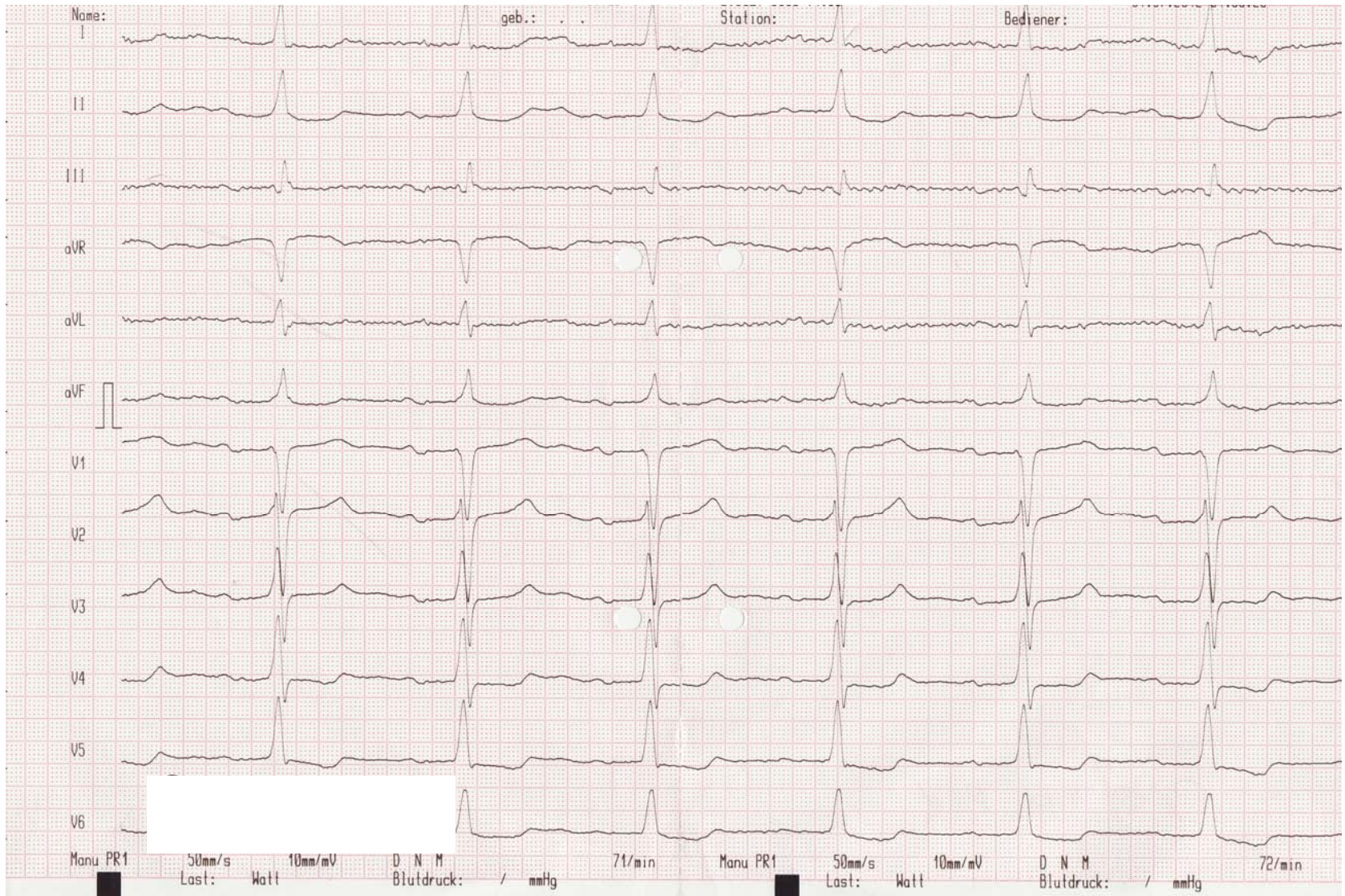
Krea 222 $\mu\text{mol/l}$

Trop 0,18 (<0,14)

Rekompensation und I.V. Therapie /Nephroprophylaxe
Abstimmung mit Dialysezentrum

Übernahme zum Herzkatheter am 30.07.





Medikament	Wirkstoff	F	M	A
Carvedilol 25	(Carvedilol)	1	0	1
Pantozol 20	(Pantoprazol)	1	0	0
Digitoxin 0,07	(Digitoxin)	1	0	0
Exforge 10/160	(Valsartan + Amlodipin)	1	0	0
ACC 600	(Acetylcystein)	1	0	1
Torem 10	(Torasemid)	1	1	0
Clexane 80	(Enoxaparin)	1	0	0
(Neu) ASS 100	(Acetylsalicylsäure)	1	0	0
(Neu) Plavix 75 <i>bis 08/2013</i>	(Clopidogrel)	1	0	0
Insulin lt. Plan				

Labor:

	31.07.12	01.08.12	02.08.12
CK gesamt	139 U/l	139 U/l	
CK-MB	4,6 µg/l	4,60 µg/l	5,00 µg/l
Troponin			

Normbereiche CK, CK-MB: Klinikum: CK: < 5,15 µkat/l, CK-MB: < 0,42 µkat/l, Labor Scholz: CK: bis 145 U/l, CK-MB: bis 25 U/l Troponin: < 0,03 µg/l

	31.07.12	01.08.12	02.08.12
Creatinin	181 µmol/l	183 µmol/l	129 µmol/l
GFR	32	32	48

Normbereiche Creatinin:

weiblich: 0,66-1,09 mg/dl bzw. weiblich: 62-106 µmol/l ; männlich: 0,84-1,25 mg/dl bzw. männlich: 71-133 µmol/l.

Pat. W.I. geb 1932

Art. Hypertonus

HLP

positive FA: Sohn mit 54 J an AMI verstorben

Seit 3 Tagen geringer retrosternaler Druck

Am Vorabend heftiger retrosternaler Druck und Atemnot

Am Morgen HA Vorstellung KH Einweisung

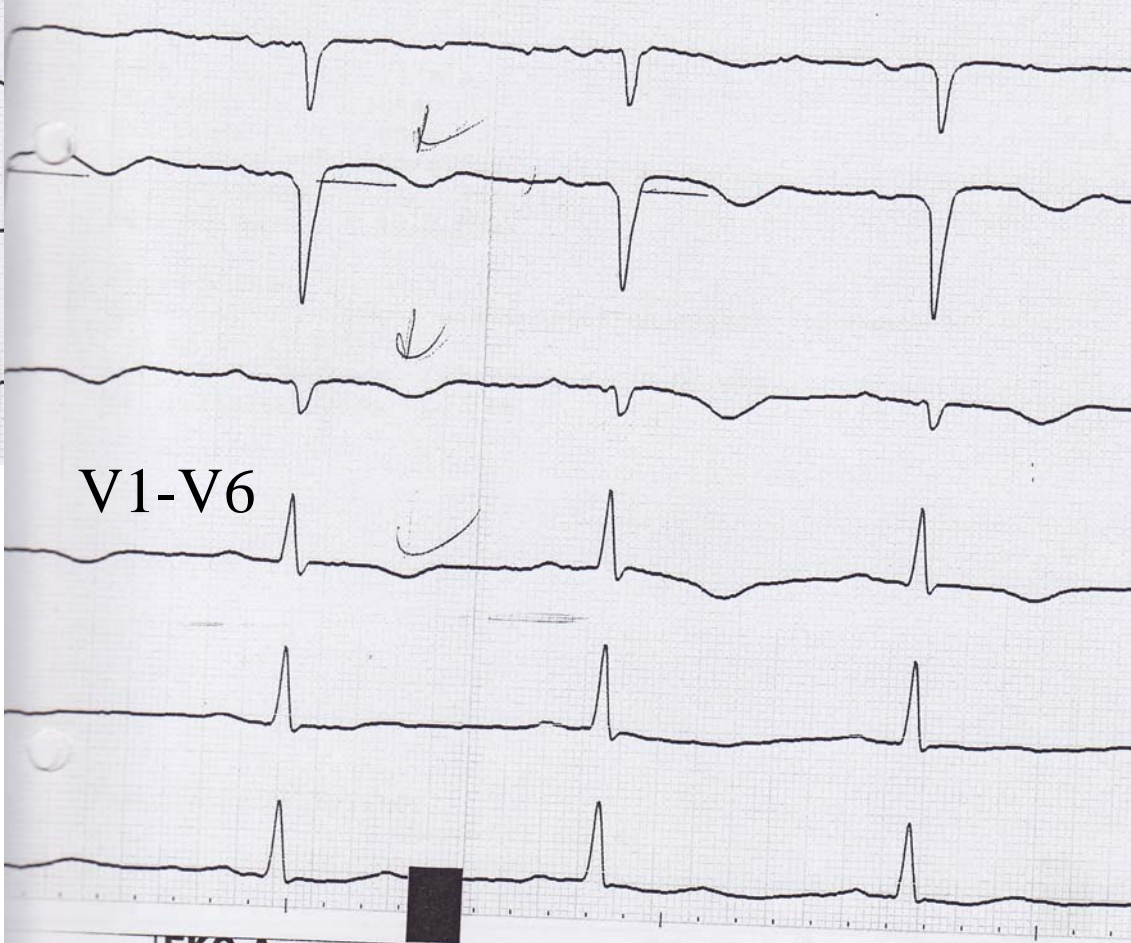
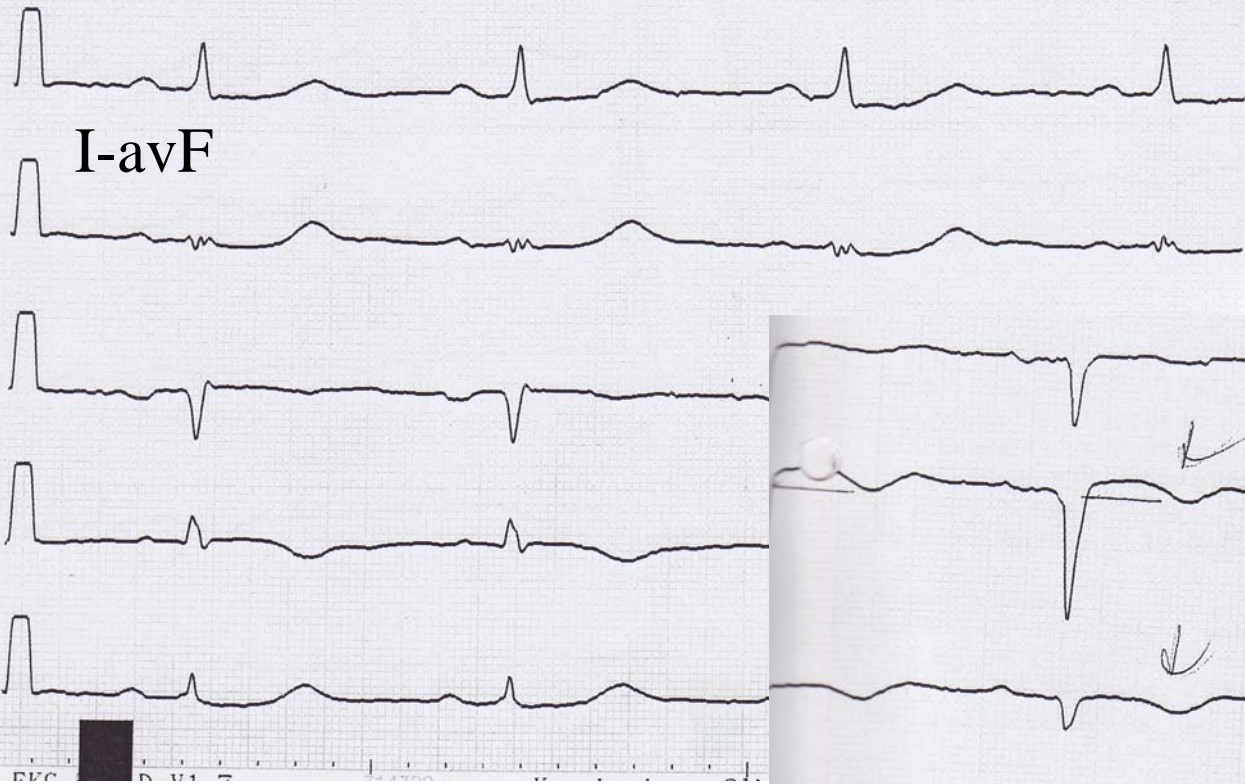
männlich Geburtsdatum: 24. 4. 32 80Jahre cm kg 146/ 87mmHg Puls:

10mm/mV 50mm/s Filter EIN

I-II-III aVR-aVL-aVF

Ein Unternehmen der
Klinikum Chemnitz gGmbH

I-avF



V1-V6

11.30Uhr



13.50Uhr

RADIOMETER AQT90 FLEX

AQT90 FLEX 838R0041N002

19:35

09.08.2012

Patientenbericht

Probe Nr.

3306

Identifikation

Patienten ID

Auftrag ID

Nachname (Pat.)

Vorname (Pat.)

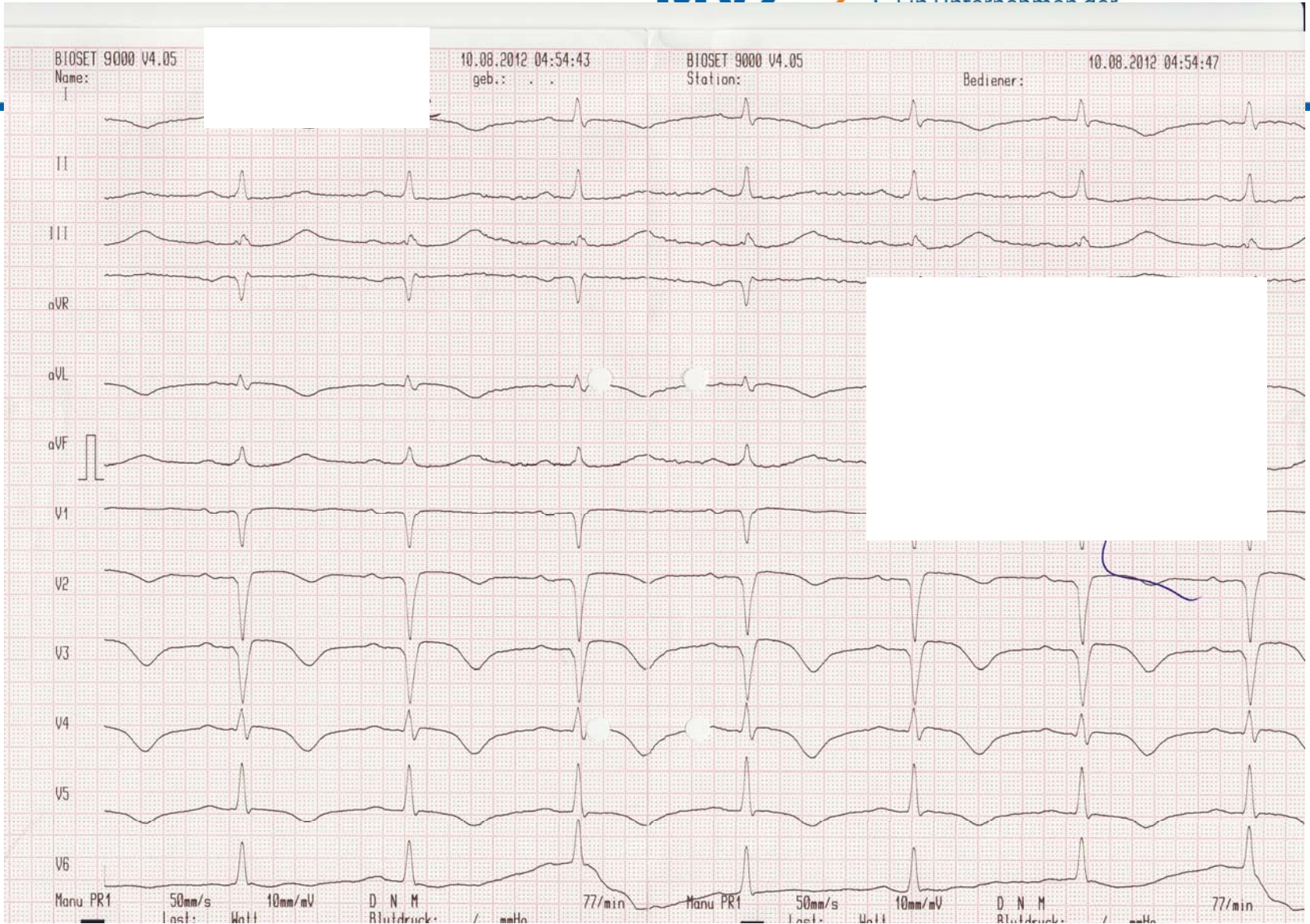
† TnI	8,6	µg/L	[0,012 - 0,020]
D-dimer	383	µg/L	[- 500]

Meldungen

† Wert(e) oberhalb oberer kritischer Grenze



15.00Uhr



Folgetag

Pat.R.K. geb.: 1970

Nikotinabusus

sonst unauff. Anamnese

gegen 04.30 erwacht mit heftigen Thoraxschmerzen
Schweißausbruch, erbrechen

Notarzttruf

normaler RR

Direkttransport ins Katheterlabor





RADIOMETER AQT90 FLEX

AQT90 FLEX 838R0041N002

06:41

08.08.2012

Patientenbericht

Probe Nr.

3300

Identifikation

Patienten ID

Auftrag ID

Nachname (Pat.)

Vorname (Pat.)

1.TNI

Klassen,Ramon

23,05,70

TnI	0,019	µg/L	[0,012 - 0,020]
D-dimer	321	µg/L	[- 500]

Hämatologie (EDTA-Blut)

Blutbild, klein			
Leukozyten	+ 13.4	GPt/l	4.30 - 10.0
Hämoglobin	- 13.7	g/dl	14.0 - 18.0
Hämatokrit	42	%	41 - 53
Erythrozyten	5.00	TPt/l	4.50 - 5.90
MCH (HBE)	27.4	pg	27.4 - 33.8
MCV	83.6	fl	80.0 - 96.0
MCHC	33	g/dl	32.2 - 35.4
RDW (EVB)	15.7	%	11.0 - 16.0
Thrombozyten	257	GPt/l	150 - 400
MTV	11.0	fl	9.4 - 12.6

Klinische Chemie (Serum)

Glucose	85.2	mg/dl	72.0 - 108
Kreatinin	0.66	mg/dl	0.67 - 1.17
Kreatinin, SI	58.0	µmol/l	59.0 - 104
Glom.Filtrationsrate	>90	ml/min/1.73m ²	ab 90
Cholesterin	+ 289	mg/dl	bis 200

Fettstoffwechselstörung?

Lipidelektrophorese empfohlen.

HDL-Cholesterin	- 34.7	mg/dl	ab 40.0
-----------------	--------	-------	---------

Der angegebene Zielwert gilt für Gesunde.

Bei Vorliegen von Risikofaktoren sind höhere

Zielwerte anzustreben.

LDL-Cholesterin	+ 223	mg/dl	bis 160
-----------------	-------	-------	---------

Der angegebene Zielwert gilt für Gesunde.

Bei Vorliegen von Risikofaktoren sind niedrigere

Zielwerte anzustreben.

LDL/HDL-Quotient	+ 6.41		bis 3.00
------------------	--------	--	----------

Triglyceride	+ 156	mg/dl	bis 150
--------------	-------	-------	---------

wünschenswert für Atheroskleroseprophylaxe:

Werte kl. 150 mg/dl

Kalium	4.33	mmol/l	3.50 - 5.10
--------	------	--------	-------------

CK,gesamt	+ 1830	U/l	bis 190
-----------	--------	-----	---------

CK-MB (Masse)	++44.3	µg/l	bis 7.20
---------------	--------	------	----------

Gerinnung (Citrat-Plasma)

Quick	103	%	80.0 - 127
-------	-----	---	------------

INR	1.01		0.80 - 1.20
-----	------	--	-------------

PTT	32.9	sec	bis 36.0
-----	------	-----	----------

ien der
niztgGmbH

09.08.12

Therapieempfehlung: bitte

Medikament	Wirkstoff	F	M	A
(Neu) ASS 100	(Acetylsalicylsäure)	1	0	0
(Neu) Brilique 90	(Ticagrelor)	1	0	1
(Neu) Ramipril 2,5	(Ramipril)	1	0	0
(Neu) Simvastatin 40	(Simvastatin)	0	0	1

Selbstverständlich sind statt der empfohlenen Medikation auch ...

Pat.K.-O. G. geb. 1954

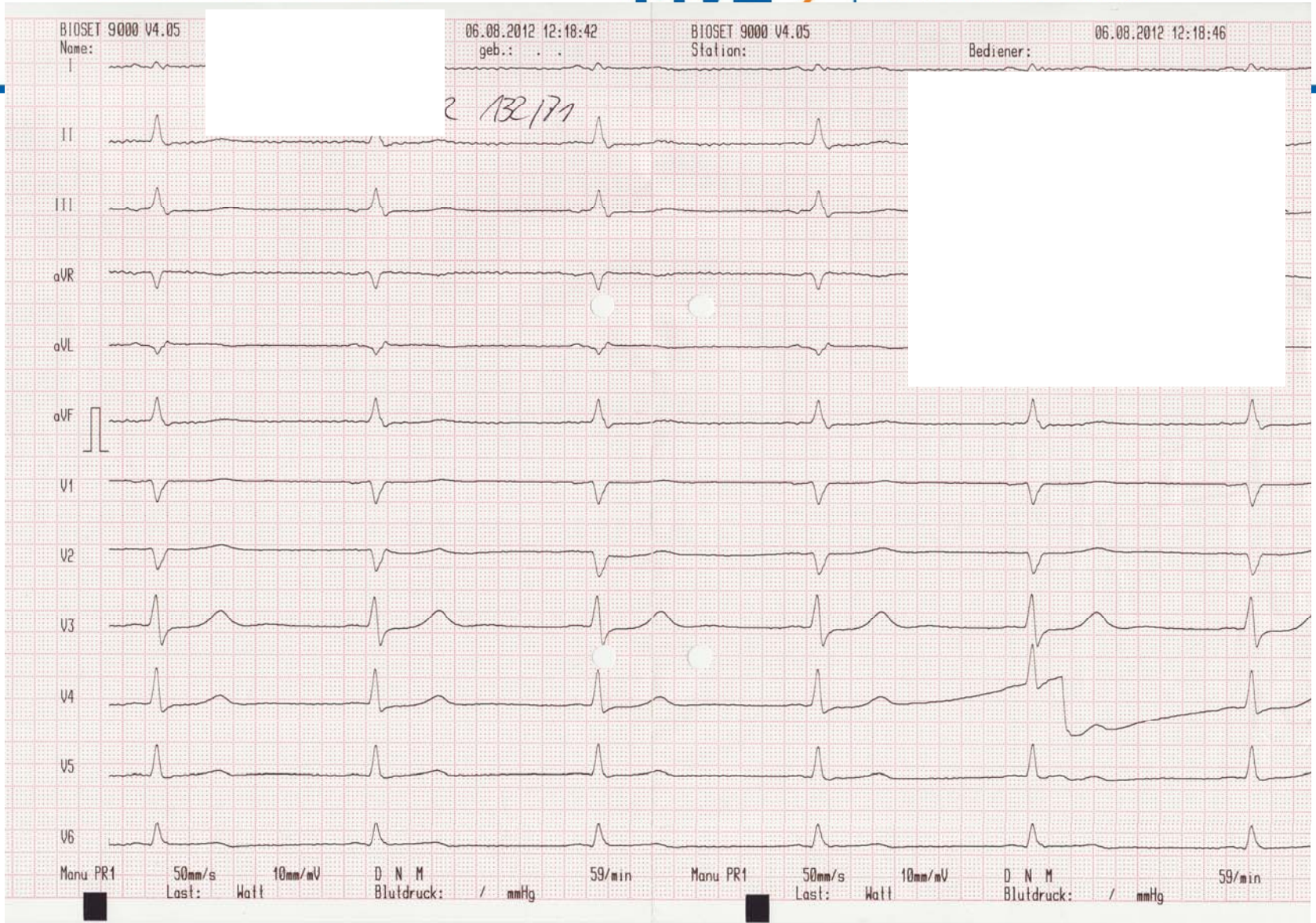
bekannte KHK Z.n. PCI RCA 04/03 Z.N. PCI LAD 07/03
art. Hypertonus
Exnikotinabusus

Seit mehreren Tagen belastungsabhängige Thoraxschmerzen,
Seien immer wieder besser geworden

Am 06.08. 10.00Uhr Hausarztvorstellung

Notarzteinweisung über HA-Praxis bei pos. Trop-Schnelltest

Bei Eintreffen im Herzkatheterlabor beschwerdefrei



RADIOMETER AQT90 FLEX

AQT90 FLEX 838R0041N002

12:37

06.08.2012

Patientenbericht

Probe Nr.

3291

Identifikation

Patienten ID

Auftrag ID

Nachname (Pat.)

Vorname (Pat.)

† Tnl	6,8	µg/L	[0,012 - 0,020]
† D-dimer	898	µg/L	[- 500]

Meldungen

† Wert(e) oberhalb oberer kritischer Grenze

BIOSET 9000 V4.05

Name:

06.08.2012 16:20:52

geb.: . .

BIOSET 9000 V4.05

Station:

Bediener:

06.08.2012 16:20:56

Kontroll-ECG

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Manu PR1

50mm/s

Last:

10mm/mV

Watt

D N M

Blutdruck: / mmHg

56/min

Manu PR1

50mm/s

Last:

10mm/mV

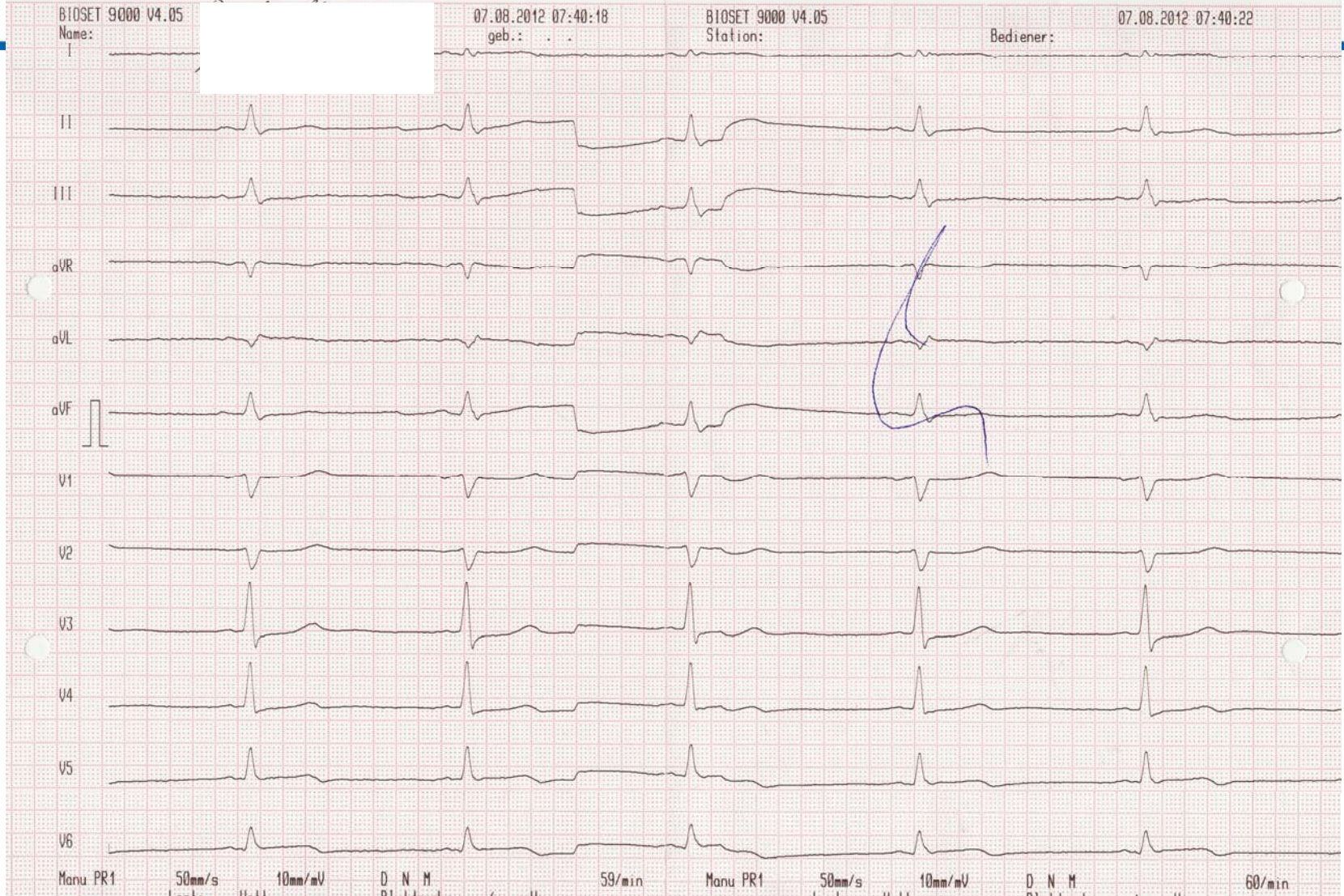
Watt

D N M

Blutdruck: / mmHg

55/min

Handwritten blue scribble



BIOSET 9000 V4.05

Name:

I

07.08.2012 07:40:18

geb.:

BIOSET 9000 V4.05

Station:

Bediener:

07.08.2012 07:40:22

II

III

aVR

aVL

aVF

V1

V2

V3

V4

V5

V6

Manu PR1

50mm/s

10mm/mV

D N M

59/min

Manu PR1

50mm/s

10mm/mV

D N M

60/min

Therapieempfehlung: bitte

Medikament	Wirkstoff	F	M	A
Bisoprolol 5	(Bisoprolol)	½	0	0
Sevikar 20/5	(Olmesartan + Amlodipin)	1	0	0
ASS 100	(Acetylsalicylsäure)	1	0	0
(Neu) Brilique 90 bis 08/2013	(Ticagrelor)	1	0	1
(Neu) Inegy 10/40	(Ezetimib + Simvastatin)	0	0	1

Selbstverständlich sind statt der empfohlenen Medikation auch gleichwertige Präparate anderer Firmen möglich.

www.herzcentrum-chemnitz.de



Ein Unternehmen der
Klinikum Chemnitz gGmbH

www.herzcentrum-chemnitz.de



Ein Unternehmen der
Klinikum Chemnitz gGmbH