

Zuweiser:inneninformation Herzkatheteruntersuchung

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wir erlauben uns, Ihnen unser aktuelles Zuweisungsformular zur Herzkatheteruntersuchung zukommen zu lassen.

Aufgrund der steigenden Inanspruchnahme der Linksherzkatheter/Koronarangiographie erfolgt die **Terminvergabe** ausschließlich nach der Dringlichkeit der Untersuchung/Intervention. Um die Dringlichkeit optimal beurteilen zu können, sind wir auf exakte Informationen ihrerseits angewiesen. Unser neues Zuweisungsformular basiert auf den aktuellen Empfehlungen der Europäischen Kardiologischen Gesellschaft.

Patient:innen mit akutem Koronarsyndrom profitieren in der Regel von einer raschen invasiven Abklärung und Intervention/Operation. Die Versorgung der Patient:innen mit STEMI (+ NSTEMI und sehr hohes Risiko) kann nur durch eine direkte Kontaktaufnahme auf dem üblichen Weg erfolgen. Bei den anderen Patient:innen mit NSTEMI kann die **Anmeldung mittels DaMe und/oder Telefon** vorgenommen werden, die Reihung erfolgt anhand der Risikoabschätzung:

Sehr hohes Risiko	Hohes Risiko	Mittleres/niedriges Risiko
• hämodynamische Instabilität/Schock • therapieresistente AP • lebensbedrohliche Rhythmusstörungen • mechanische Komplikation • akute Herzinsuffizienz • neuerliche/dynamische ST-Streckenveränderungen/intermittierende ST-Hebung	• klassischer Troponinanstieg und -abfall wie bei MI • ST-/T-Veränderungen • Grace score > 140	• Diabetes mellitus • Niereninsuffizienz (GFR < 60) • LVEF < 40% • frühe Postinfarkt-AP • St.p. PCI • St.p. CABG • Grace score > 109 und < 140

Patient:innen mit stabiler Symptomatik erfordern eine besonders sorgfältige Planung einer invasiven Abklärung und gegebenenfalls Intervention oder Operation. Im Vordergrund der Beurteilung steht nach wie vor das Beschwerdebild, das heißt das Vorliegen einer typischen AP-Symptomatik sowie die damit verbundene Vortestwahrscheinlichkeit.

	Typical angina		Atypical angina		Non-anginal pain	
Age	Men	Women	Men	Women	Men	Women
30–39	59	28	29	10	18	5
40–49	69	37	38	14	25	8
50–59	77	47	49	20	34	12
60–69	84	58	59	28	44	17
70–79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

Bei mittlerer Vortestwahrscheinlichkeit und bei **allen Patient:innen mit atypischen** (oder gar fehlenden) **Beschwerden** ist der Nachweis einer (ausgedehnten) Ischämie, am besten mittels bildgebender Verfahren oder der Nachweis einer eindeutigen (> 70%ige) proximale Stenose eines oder mehrerer Koronargefäße im Cardiac CT zu fordern. Der alleinige Nachweis einer hohen Kalklast der Koronargefäße oder fragliche Stenosen sind keine ausreichende Indikation für eine invasive Abklärung, sondern erfordern eine weitere Abklärung im Sinne eines Ischämienachweises.

Wir bitten Sie, das **Formular** wie vorgesehen **komplett auszufüllen**. Das Beilegen etwaiger Befunde/Ambulanzkarten ist für uns wichtig, soll jedoch nicht das Ausfüllen ersetzen („siehe beiliegende Befunde“ o.ä.). Wir sind um eine zeitnahe Bearbeitung und Antwort bemüht.

Unser Ziel ist, unsere gemeinsamen Patient:innen mit kardialen Problemen unter Ausschöpfung der vorhandenen Ressourcen möglichst optimal zu versorgen.

Wir danken für Ihre Mitarbeit und die bewährt gute Zusammenarbeit!