



# **Kurzübersicht zur Vorbereitung des Qualitätsstandards IV Herzinfarkt**

**Beschlossen durch die Themengruppe Qualität  
im Mai 2026**

## Impressum

### Fachliche Begleitung durch:

#### Arbeitsgruppe Qualitätsstandards und Themengruppe Qualität (Zielsteuerung Gesundheit)

#### Mitglieder der Arbeitsgruppe Qualitätsstandards (Reihung alphabetisch):

Margarita Amon, MSc (BMASGPK)  
Eva Kaser, BScN, MPH (Oberösterreichischer Gesundheitsfonds)  
Mag.<sup>a</sup> Ingrid Kern-Homolka (Österreichische Gesundheitskasse)  
Dr.<sup>in</sup> Birgit Kraft (Österreichische Gesundheitskasse)  
Dr.<sup>in</sup> Birgit Kunz (Tiroler Gesundheitsfonds)  
Mag.<sup>a</sup> Nicola Maier (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds)  
Dr.<sup>in</sup> Verena Radner (Österreichische Gesundheitskasse)  
Annemarie Rotter BA, MPH (Tiroler Gesundheitsfonds)  
Andreas Semmelweiß, MA, MSc (Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds)  
Dr. Georg Stummvoll (Sozialversicherung der Selbstständigen)  
Mag.<sup>a</sup> Patrizia Theurer (BMASGPK)  
Dr.<sup>in</sup> Eva Wolfbauer (Gesundheitsfonds Steiermark)

#### Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH:

Mag.<sup>a</sup> (FH) Sonja Neubauer  
Mag.<sup>a</sup> Maria-Theres Weber  
Dr. Dr. Alexander Eisenmann

#### Zitiervorschlag:

BMASGPK (2026): Kurzübersicht zur Vorbereitung des Qualitätsstandards IV Herzinfarkt. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

#### Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz  
Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur  
Stubenring 1, 1010 Wien

#### Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz,  
vertreten durch SL Dr. Alexander Degelsegger (BMASGPK, Sektion X)

#### Erscheinungsdatum:

August 2026

# Inhalt

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabellen.....                                                                        | IV |
| Abkürzungen.....                                                                     | V  |
| 1 Ausgangslage .....                                                                 | 1  |
| 2 Hintergrund.....                                                                   | 2  |
| 2.1 Der Begriff Herzinfarkt .....                                                    | 2  |
| 2.2 Ätiologie und Krankheitsfolgen.....                                              | 2  |
| 2.3 Epidemiologie.....                                                               | 3  |
| 2.4 Diagnostik und Therapie .....                                                    | 4  |
| 2.5 Versorgungssituation in Österreich .....                                         | 5  |
| 2.6 Behandlungspfade, Leitlinien, Standards und andere Regelwerke in Österreich..... | 6  |
| 2.7 Datengrundlagen/-quellen.....                                                    | 8  |
| 3 Grundlagendokumente (Leitlinien und Standards) .....                               | 10 |
| 3.1 Ergebnisse der Bewertung der methodischen Qualität .....                         | 11 |
| 4 Gesetzliche Bestimmungen und andere relevante Regelwerke .....                     | 14 |
| 5 Stakeholder:innen außerhalb der Bundes-Zielsteuerung-Gesundheit .....              | 15 |
| 6 Sicherstellung der methodischen Qualität des Qualitätsstandards.....               | 16 |
| 7 Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf .....                                    | 17 |
| Literatur .....                                                                      | 19 |

## Tabellen

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabelle 1: Potenziell geeignete Leitlinien zum Thema Herzinfarkt .....                                                | 11 |
| Tabelle 2: Gesamtbewertung der methodischen Qualität der identifizierten<br>Leitlinien/Standards gemäß AGREE II ..... | 12 |

# Abkürzungen

|             |                                                                                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| AG QS       | Arbeitsgruppe Qualitätsstandards                                                 |
| AHA         | American Heart Association                                                       |
| A-IQI       | Austrian Inpatient Quality Indicators                                            |
| A-OQI       | Austrian Outpatient Quality Indicators                                           |
| AWMF        | Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften      |
| B-ZK        | Bundes-Zielsteuerungskommission                                                  |
| BMASGPK     | Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz |
| DGK         | Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V.        |
| EKG         | Elektrokardiogramm                                                               |
| ESC         | European Society of Cardiology                                                   |
| GIN         | Guidelines International Network                                                 |
| GuKG        | Gesundheits- und Krankenpflegegesetz                                             |
| GÖG         | Gesundheit Österreich GmbH                                                       |
| GQG         | Gesundheitsqualitätsgesetz                                                       |
| i. d. g. F. | in der geltenden Fassung                                                         |
| i. d. R.    | in der Regel                                                                     |
| LHK         | Linksherzkatheter                                                                |
| LL          | Leitlinie                                                                        |
| NHS         | National Health Service                                                          |
| NICE        | National Institute for Health and Care Excellence                                |
| ÖKG         | Österreichische Kardiologische Gesellschaft                                      |
| ÖSG         | Österreichischer Strukturplan Gesundheit                                         |
| PCI         | perkutane Koronarintervention                                                    |
| PTCA        | perkutane transluminale Koronarangioplastie                                      |
| QS          | Qualitätsstandard                                                                |
| SGK         | Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie                                      |
| SOP         | Standard Operating Procedure                                                     |
| STEMI       | ST-Elevation Myocardial Infarction / ST-Hebungsinfarkt                           |
| StKA        | Ständiger Koordinierungsausschuss                                                |
| TG Q        | Themengruppe Qualität                                                            |
| u. a.       | unter anderem                                                                    |



# 1 Ausgangslage

In der Sitzung des Ständigen Koordinierungsausschusses (StKA) am 21. November 2025 wurde die Erstellung eines Qualitätsstandards Integrierte Versorgung (QS IV) Herzinfarkt zur Kenntnis genommen. Dies wurde der Bundes-Zielsteuerungskommission (B-ZK) am 12. Dezember 2025 berichtet. Die dringende Notwendigkeit wurde seitens der Reformpartnerschaft eingebracht und mit den Arbeiten zur Verbesserung der Notfallversorgung begründet.

Anfang 2026 begann die GÖG in der Arbeitsgruppe Qualitätsstandards (AG QS) mit den Vorarbeiten für diesen QS auf Basis der gültigen *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG, Version 3.1* (BMASGPK 2026).

Die vorliegende Kurzübersicht zur Vorbereitung des QS IV Herzinfarkt ist eine überblicksmäßige Darstellung und enthält für den Themenbereich essenzielle Informationen. Sie bildet Hintergrund und Status quo der Herzinfarktversorgung in Österreich auf Basis verfügbarer Quellen ab und soll eine Grundlage für die weitere Konzeption des Qualitätsstandards bilden und dabei unterstützen, die Kernelemente des QS festzulegen.

## 2 Hintergrund

### 2.1 Der Begriff Herzinfarkt

Die Begriffe Herzinfarkt und Myokardinfarkt werden synonym verwendet und bezeichnen eine akute Minderdurchblutung des Herzens (Myokard, Herzmuskelgewebe) mit daraus folgendem Absterben von Herzmuskelgewebe (Jäckel 2020). Der Myokardinfarkt (MI) ist den akuten Koronarsyndromen zuzuordnen (ESC 2023).

Die European Society of Cardiology hat im Jahr 2018 eine universelle Definition des Myokardinfarkts in der vierten Fassung herausgegeben (ESC/DGK 2018). Diese hat nach wie vor Gültigkeit und wurde von den relevanten Fachgesellschaften in Deutschland und Österreich als Grundlage medizinischer Leitlinien übernommen. Dabei wird ein Myokardinfarkt klinisch als Vorliegen einer akuten Myokardschädigung definiert, die durch abnorme kardiale Biomarker (akute Erhöhungen der kardialen Troponin-Konzentration) in Zusammenhang mit Hinweisen auf akute Myokardischämie gekennzeichnet ist. Je nach Manifestation im EKG unterscheidet man ST-Hebungsinfarkt (STEMI) und Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI).

Neben diesen Kategorien wird der MI von der ESC auf Grundlage pathologischer, klinischer und prognostischer Unterschiede sowie unterschiedlicher Behandlungsstrategien fünf verschiedenen Typen zugeordnet (Typ 1–5), wobei die Typen 4 und 5 Myokardinfarkte nach Koronarintervention bezeichnen.

### 2.2 Ätiologie und Krankheitsfolgen

Die häufigste Ursache eines Myokardinfarkts ist die Ruptur oder Ablösung atherosklerotischer Plaques in den Koronararterien, wodurch sich ein akuter Thrombus bildet und der koronare Blutfluss plötzlich reduziert oder blockiert wird (Typ-1-Infarkt). Plaque-Einblutungen können die Ischämie verstärken (ESC/DGK 2018).

Ein Infarkt kann jedoch auch entstehen, wenn ein Ungleichgewicht zwischen Sauerstoffangebot und -bedarf des Myokards vorliegt (Typ-2-Infarkt), z. B. durch Koronarspasmen, mikrovaskuläre Dysfunktion, Embolien, spontane Dissektionen, schwere Brady- oder Tachyarrhythmien, schwere Aortenstenose, schwere Anämie, Hypotonie, Schock, extremen emotionalen oder physischen Stress oder respiratorische Insuffizienz (ESC/DGK 2018). Diese Ursachen sind v. a. bei einem Myokardinfarkt mit nicht obstruktiven Koronararterien (MINOCA) relevant (ESC/DGK 2018).

Die Krankheitsfolgen sind komplex und betreffen sowohl die akute Phase als auch die langfristige Prognose. Unmittelbar drohen schwere Herzrhythmusstörungen (u. a. Kammerflimmern, ventrikuläre Tachykardie) und eine akute Herzinsuffizienz sowie in weiterer Folge der kardiogene Schock, der kritisch für das Überleben ist. Langfristig führen eine infarktbedingte Myokardnekrose und eine Schädigung des Reizleitungssystems am Herzen sowie der Ersatz von Myokard durch Narbengewebe (mit strukturellem Remodeling) häufig zu Herzrhythmusstörungen und zu einer chronischen Herzinsuffizienz mit signifikanter Reduktion der Pumpleistung und verringerter Belastbarkeit im Alltag (DGK 2020 und BÄK/KBV/AWMF 2024).

Zu den somatischen Folgen können jedoch auch psychologische Folgen auftreten. Betroffene entwickeln häufig Depressionen, Angstzustände, Stressreaktionen und kognitive Einschränkungen, die ihr langfristiges Behandlungsergebnis wesentlich beeinflussen. Diese psychischen Belastungen sind eng mit schlechter Adhärenz, erhöhter Morbidität, erneuten kardialen Ereignissen und erhöhter Mortalität verbunden (ESC 2023).

## 2.3 Epidemiologie

Der akute Myokardinfarkt stellt in Österreich weiterhin ein bedeutendes kardiovaskuläres Krankheitsbild dar. Im Jahr 2023 wurden insgesamt rund 15.500 Fälle mit Hauptdiagnose Herzinfarkt in 124 österreichischen Krankenanstalten behandelt (BMASGPK 2025).

Seit 2003 ist die Inzidenz des akuten Myokardinfarkts kontinuierlich rückläufig. Regionale Unterschiede sind deutlich erkennbar. Männer sind deutlich häufiger betroffen – ihre Inzidenzrate liegt etwa 2,2-mal höher als jene der Frauen. Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko an, die höchsten Raten werden in der Altersgruppe über 75 Jahre beobachtet (Griebler 2020).

Die stationäre Sterblichkeit von Patientinnen und Patienten mit Hauptdiagnose Herzinfarkt lag 2023 bei 4,97 Prozent (BMASGPK 2025). Insgesamt starben 2024 laut Todesursachenstatistik rund 3.900 Personen in Österreich an einem akuten Myokardinfarkt, wobei die altersstandardisierte Sterberate der Männer mit 59,2 pro 100.000 deutlich über jener der Frauen mit 25,2 pro 100.000 lag (Statistik Austria 2025).

Zur Prävalenz liefert die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) ergänzende Informationen: 1,7 Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahren gaben 2019 an, in den letzten zwölf Monaten einen Myokardinfarkt oder entsprechende chronische Beschwerden gehabt zu haben – insgesamt etwa 124.000 Menschen. Männer waren dabei etwa doppelt so häufig betroffen wie Frauen, und die Prävalenz steigt ab dem 45. Lebensjahr stark an. Auch zeigt sich ein sozialer Gradient: Personen mit maximal Pflichtschulabschluss berichteten signifikant häufiger über Herzinfakterfahrungen als Personen mit höherer Bildung (Griebler 2020).

Der Herzinfarkt zeigt einen klaren Genderbezug. Frauen und Männer zeigen typischerweise unterschiedliche Symptome beim Auftreten eines Herzinfarkts (Schulte 2023). Herzinfarkte werden bei Frauen häufig später diagnostiziert als bei Männern und Verzögerungen in der prähospitalen Versorgung führen bei Frauen häufiger zu größeren myokardialen Schäden und schlechteren Verläufen. Frauen weisen nach einem Myokardinfarkt eine höhere Ein-Jahres-Mortalität auf, was teilweise durch ein höheres Alter und eine größere Komorbiditätslast erklärt wird. Darüber hinaus sind unerkannte Infarkte bei Frauen häufiger, was die rechtzeitige Einleitung sekundärpräventiver Maßnahmen erschwert. Aufgrund der vermehrten Prävalenz von nicht obstruktiven Infarkten (MINOCA) und mikrovaskulären Mechanismen bei Frauen ist die Diagnostik oft komplexer und das Risiko wiederkehrender kardialer Ereignisse erhöht. Schließlich wirken klassische Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes und Rauchen

prognostisch bei Frauen vergleichsweise ungünstiger, was zu einer insgesamt schlechteren Langzeitprognose bei einem Herzinfarkt beiträgt (WEF 2024, Schulte 2023).

Nach wie vor ist der Herzinfarkt die häufigste Ursache für eine chronische Herzinsuffizienz (Jenča 2021, Butler 2025).

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Myokardinfarkt in Österreich eine große epidemiologische Bedeutung mit hoher Krankheitslast (Burden of Disease) besitzt – geprägt durch geschlechtsbezogene Unterschiede, eine starke Altersabhängigkeit, regionale Unterschiede und eine Benachteiligung vulnerabler Bevölkerungsgruppen.

## 2.4 Diagnostik und Therapie

Die klinisch-medizinischen Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie des Herzinfarkts sind in den entsprechenden klinischen Leitlinien dargestellt (vgl. Kapitel 3) und werden in der vorliegenden Kurzübersicht nicht weiter beschrieben. Rezente Publikationen weisen auf die Notwendigkeit eines verstärkten Bewusstseins für geschlechtsspezifische Risiken bei der Behandlung von akuten Koronarsyndromen hin (Paradies 2025).

Im A-IQI-Projekt wurden 2024 für das Datenjahr 2023 die Jahresschwerpunkte Herzinfarkt, Linksherzkatheter und Herzchirurgie gesetzt. Die stationäre Sterblichkeit bei Hauptdiagnose Herzinfarkt betrug demgemäß im Jahr 2023 in Österreich 4,97 Prozent (Deutschland: 8,2 %, Schweiz: 4,0 %). Im selben Jahr wurden 55.469 Linksherzkatheter (LHK) mit Koronardiagnostik/-intervention durchgeführt. Davon wurden 8.868 Fälle mit LHK bei Herzinfarkt erbracht. Die Sterblichkeit (LHK bei Herzinfarkt) lag bei 2,97 Prozent (Deutschland: 5,0 %, Schweiz: 3,0 %). LHK ohne die Diagnose Herzinfarkt werden diagnostisch und therapeutisch getrennt ausgewertet. Die Sterblichkeit liegt bei den diagnostischen LHK bei 0,54 Prozent, bei den therapeutischen LHK bei 1,49 Prozent. Diese Daten zeigen, dass die Akutversorgung auch im internationalen Vergleich gute Ergebnisse erzielt, auch wenn in den Peer-Review-Verfahren durchaus noch spezifisches Verbesserungspotenzial identifiziert wurde. Thematisiert wird auch der Einsatz von Instrumenten zur frühzeitigen Erkennung klinischer Verschlechterungen (Early-Warning-Score) (BMASGPK 2025).

Von besonderer Bedeutung für den geplanten Qualitätsstandard sind neben den akuttherapeutischen Maßnahmen bei Herzinfarkt die präklinische Phase inkl. der Ersthilfe durch Laiinnen und Laien und die häufig erforderliche längerfristige medizinische, pflegerische und psychosoziale Unterstützung. Dies umfasst u. a. eine Bewusstseinsbildung bei der Bevölkerung in Hinblick auf das Erkennen von (genderspezifischen) Symptomen und Erste Hilfe (Reanimation, Benutzung von Defibrillatoren), strukturierte Nachsorge, medikamentöse Langzeittherapie, Lebensstilberatung, Rehabilitation sowie gegebenenfalls psychologische Betreuung (AHA 2025).

Im Projekt Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI) wurde im Jahr 2024 das Thema „arteriosklerotische Erkrankungen“ bearbeitet. Dabei erfolgte die Auswertung relevanter

Qualitätsindikatoren, und es wurden insgesamt 14 Qualitätszirkel durchgeführt. (BMASGPK 2025a)

### Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren (Ausgangsjahr 2018/2019) für die Grundpopulation Herzinfarkt

- jährliche fachärztliche Kontrolle: 55,5 %
- jährliche Laborparameter: 60,4 %
- medikamentöse Therapie mit Cholesterinsenkern: 63,1 %
- Zweitereignis (Reinfarkt/Stroke): 4,2 %

Die Qualitätszirkel sehen großes Potenzial in elektronischen und telefonischen Erinnerungssystemen, um die Terminadhärenz und die Kontinuität der Nachsorge zu verbessern. Zudem werden vulnerable Bevölkerungsgruppen häufig nicht ausreichend erreicht, und Patientinnen und Patienten werden teilweise nur unzureichend über Risikofaktoren und die Bedeutung der Therapie informiert. Strukturelle Lücken bestehen auch bei multiprofessionellen Angeboten, ambulanter Rehabilitation und der Verfügbarkeit bestimmter Fachärztinnen und Fachärzte. Insgesamt besteht ein hoher Bedarf an einer besseren sektorenübergreifenden Kooperation, digitaler Vernetzung und koordinierenden Versorgungsstrukturen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Umsetzung einer leitlinienkonformen Diagnostik, Akuttherapie und Rehabilitation/Sekundärprävention bei Herzinfarkt sowohl für Gesundheitsdiensteanbieter:innen als auch für die Betroffenen komplex und ressourcenintensiv sein kann. Für eine adäquate Versorgungsqualität ist daher eine multimodale, interdisziplinäre sowie berufsgruppen-, einrichtungs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit erforderlich. Die entsprechenden Informationsflüsse an den Nahtstellen stellen eine besondere Herausforderung dar.

## 2.5 Versorgungssituation in Österreich

Die Versorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten in Österreich erfolgt in aufeinander abgestimmten Versorgungsstufen, angelehnt an die Guidelines for the management of acute coronary syndromes der ESC (ESC 2023).

Die präklinische Phase umfasst sowohl das Erkennen des Notfalls durch Laiinnen bzw. Laien und/oder hinzugezogenes Personal von Rettungsorganisationen oder niedergelassenen Ordinationen als auch die Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes. Nach dem Notruf erfolgt eine rasche Untersuchung durch Rettungssanitäter:innen oder Notärztinnen bzw. Notärzte, einschließlich eines 12-Kanal-EKGs, das innerhalb von 10 Minuten nach Eintreffen durch die Rettungskräfte erstellt werden soll und häufig direkt an die Zielkrankenanstalt übermittelt wird. Zusätzlich werden medikamentöse Erstmaßnahmen gesetzt und der Kreislauf stabilisiert. Anhand etablierter Protokolle (von regionalen Herzinfarktnetzwerken erstellt) wird entschieden, ob die Patientin bzw. der Patient direkt in ein spezialisiertes PCI-Zentrum gebracht wird, was insbesondere bei Verdacht auf einen ST-Hebungsinfarkt (STEMI) hohe Priorität hat.

Die Akutbehandlung findet je nach Infarkttyp und regionaler Struktur in Krankenanstalten mit Herzkatheterlabor/PCI oder in lokalen Krankenhäusern (ohne Herzkatheterlabor) statt. Bei STEMI und Hochrisiko-NSTEMI ist eine sofortige (innerhalb von 120 Minuten) Koronarangiografie und gegebenenfalls eine Wiedereröffnung des verschlossenen Gefäßes erforderlich (EGK 2020, GRC 2025).

Nach Abschluss der Akutbehandlung werden Patientinnen und Patienten im Krankenhaus weiter betreut (Optimierung der medikamentösen Therapie, Überwachung möglicher Komplikationen, gegebenenfalls auch operative Eingriffe wie eine Bypass-Operation). Die Frühmobilisation findet in der Regel auf einer (kardiologischen) Normalstation statt und dient als Übergang zur strukturierten Nachbehandlung. Im Anschluss wird üblicherweise eine ambulante oder stationäre Anschlussbehandlung bzw. Rehabilitation eingeleitet. Die kardiologische Rehabilitation (KardReha) ist eine multidisziplinäre und an die Patientinnen und Patienten individuell angepasste Therapiemaßnahme (DGPR, SCPRS, ÖKG 2020, ESC 2023, Jäckel 2019).

Die Sekundärprävention und langfristige Therapie erfolgen überwiegend im niedergelassenen Bereich. Allgemeinmediziner:innen und Kardiologinnen bzw. Kardiologen begleiten Patientinnen und Patienten bei der Einstellung von Blutdruck, Blutzucker und Lipidwerten, um das Risiko eines Reinfarkts zu reduzieren. Ergänzend spielen Lebensstilmaßnahmen eine zentrale Rolle (ausgewogene Ernährung, regelmäßige Bewegung, Rauchstopp und Stressreduktion) (ESC 2023). Erste Untersuchungen zum Einsatz digitaler Gesundheitsanwendungen bei Myokardinfarktpatientinnen und -patienten zeigen mögliche positive Auswirkungen nicht nur in Hinblick auf Gesundheitskompetenz und Selbstmanagement der Betroffenen, sondern auch hinsichtlich eines geringeren Risikos für ungeplante Wiederaufnahmen (Marvel 2021).

## 2.6 Behandlungspfade, Leitlinien, Standards und andere Regelwerke in Österreich

Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2025) definiert. Der ÖSG ist das zentrale Planungsinstrument im österreichischen Gesundheitswesen und enthält zum Teil verbindliche Vorgaben für Planung und Qualitätssicherung. Die zentralen rechtlichen Grundlagen stellen die zwischen dem Bund und allen Bundesländern abgeschlossene Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und das Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (G-ZG) dar.

Im Versorgungsstufenmodell des ÖSG sind die vier Stufen der Versorgung von der Laienversorgung bis hin zur stationären Versorgung beschrieben. Im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen regelt der ÖSG die stationäre Versorgung in den Bereichen Kardiologie, Herzchirurgie, Kinder-Herzzentren und Gefäßchirurgie samt detaillierten Qualitätskriterien.

Für jedes Bundesland (bzw. auch bundesländerübergreifend) ist im Rahmen der Akutversorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten eine 24-stündige Leistungsbereitschaft zur Akutintervention vorzusehen. Die regionalen Detailplanungen (Gesundheitsstruktur- und Leistungsangebotsplanung) erfolgen in den jeweiligen Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) der Bundesländer.

Regional bzw. bundeslandspezifisch wird die Versorgung von Herzinfarkten überwiegend über „Herzinfarkt-Netzwerke“ organisiert.

In Österreich bestehen mehrere regionale Herzinfarktnetzwerke, die eine strukturierte und rasche Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkten sicherstellen und so internationalen Beispielen und langjährigen Empfehlungen folgen (Maier 2014). Diese Netzwerke definieren klare Versorgungsregionen, arbeiten mit standardisierten (STEMI-)Protokollen und gewährleisten den direkten Transfer in PCI-Zentren, häufig ergänzt durch eine Voranmeldung (Aviso) im Sinne eines „Cardiac Alert“. Zusätzlich werden Behandlungs- und Transportzeiten systematisch dokumentiert, um Qualität und Prozesszeiten kontinuierlich zu überwachen. Ein weiterer Bestandteil dieser Netzwerkstrukturen ist die gezielte Information der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie der Öffentlichkeit, um Erkennung, Zuweisung und Versorgung weiter zu optimieren.

### Beispiele für Herzinfarktnetzwerke<sup>1</sup>

**Wiener STEMI-Netzwerk** (Vienna STEMI Network): hoch spezialisiertes Versorgungsmodell zur Behandlung von akuten Herzinfarkten (STEMI), das sechs Spitäler des Wiener Gesundheitsverbunds rund um die Uhr vernetzt; durch fixe 24/7-Zuständigkeiten der Herzkatheterlabore und eine enge Kooperation mit der Berufsrettung samt telemetrischem EKG, Aviso bei Verdacht und Zusage der aufnehmenden Abteilung wird eine sehr kurze Zeitspanne bis zur Behandlung erreicht.<sup>2</sup>

„Myokardinfarkt-Netzwerk **Niederösterreich**“: Es existieren einheitliche Behandlungsschemata für STEMI/NSTEMI, abgestimmt zwischen Notarztssystem, zuweisenden Einrichtungen, Grundversorgungsspitalern und kardiologischen Zentren. Ergänzend hat der Notruf Niederösterreich ACS-Handlungsempfehlungen nach ESC integriert.<sup>3</sup>

Das Herzinfarktnetzwerk **Tirol** ist ein zentral koordiniertes, leitlinienbasiertes regionales Versorgungsnetzwerk von Notärztinnen und Notärzten, peripheren Krankenhäusern und dem Herzkatheterzentrum an der Universitätsklinik Innsbruck. Die Struktur gewährleistet die kontinuierliche Verfügbarkeit interventioneller Expertise und standardisierte Behandlungspfade über die gesamte Versorgungskette hinweg. Präklinisch baut das Herzinfarktnetzwerk Tirol auf die telefonische Voranmeldung im Herzkatheterzentrum Innsbruck über eine eigene ACS-Telefonnummer samt Übermittlung des EKGs durch den Rettungsdienst.<sup>4</sup>

Das Herzinfarktnetzwerk in **Vorarlberg** fungiert auf Basis einer rund um die Uhr besetzten PTCA-Nummer für alle Notärztinnen, Notärzte und diensthabenden Fachärztinnen und Fachärzte sowie einer webbasierten Applikation zum EKG-Upload. Dies garantiert die möglichst schnelle Einschätzung und den Transport der Patientinnen und Patienten an die richtige Stelle. Dabei besteht auch eine Kooperation mit Kliniken im umliegenden Ausland.

---

<sup>1</sup> Sofern keine andere Quelle genannt ist, beruhen diese Angaben auf einer Selbstausskunft der Ländervertreter:innen in der AG QS im März 2026.

<sup>2</sup> vgl. <https://www.lisavienna.at/de/news/detail/stadt-wien-wiener-herzinfarkt-versorgung-weltweit-im-spitzenbereich/> [Zugriff am 13.04.2026]

<sup>3</sup> vgl. Akutes Coronarsyndrom (ACS) – Handlungsempfehlung UPDATE 2024 – Notruf Niederösterreich

<sup>4</sup> vgl. Herzinfarkt-Netzwerk: <https://www.i-med.ac.at/de/mypoint/news/773685/> [Zugriff am 13.04.2026]

In der **Steiermark** gibt es eine regionale Vereinbarung hinsichtlich der Bereitschaft der PTCA-Zentren, die bei den Rettungsorganisationen aufliegt und eine 24/7-Verfügbarkeit innerhalb der zeitlichen Vorgaben der ESC-Leitlinie gewährleistet. Auch hier besteht die Möglichkeit einer telemedizinischen Übertragung von EKG mit Anbindung an die PTCA-Zentren. Per SOP ist z. B. auch die präklinische Arzneimittelgabe für Notfallsanitäter:innen mit Notfallkompetenzen geregelt.

Das Herzinfarkt-Netzwerk **Oberösterreich** setzt sich zum Ziel, Patientinnen und Patienten mit ST-Hebungsinfarkt möglichst rasch einer Reperfusionstherapie zuzuführen. Dafür wesentliche Prozesse und Abläufe sind innerhalb des Netzwerks akkordiert. Es nehmen sowohl niedergelassene Ärztinnen und Ärzte als auch alle oberösterreichischen Krankenanstalten und oberösterreichische Rettungsorganisationen daran teil. Grundlage der STEMI-Behandlung in Oberösterreich ist neben den ESC-Guidelines ein spezifisch für Oberösterreich erstellter Konsensus für die Erstbehandlung akuter Koronarsyndrome STEMI und NSTEMI.

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ist in § 14a die Kompetenz des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege bei Notfällen definiert. Diese umfasst das Erkennen und Einschätzen von Notfällen und Setzen entsprechender Maßnahmen sowie die eigenverantwortliche Durchführung lebensrettender Sofortmaßnahmen. Auch das Ärztegesetz enthält Regelungen in Hinblick auf das Leisten von Erster Hilfe sowie die Ausübung notärztlicher Tätigkeiten.

Das Sanitätergesetz verpflichtet darüber hinaus Sanitäter:innen in § 51 dazu, ihre Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der Herz-Lungen-Wiederbelebung einschließlich der Defibrillation mit halbautomatischen Geräten binnen jeweils zwei Jahren durch eine qualifizierte Ärztin oder einen qualifizierten Arzt überprüfen zu lassen.

Die Diagnostik, Behandlung und Therapie von Herzinfarktpatientinnen und -patienten erfolgt anhand internationaler Leitlinien (vgl. Kapitel 3).

Die kardiologische Rehabilitation erfolgt nach dem Rehabilitationsplan der Sozialversicherung in einem vierstufigen Phasenmodell. Phase I beginnt bereits im Akutkrankenhaus und umfasst die Frühmobilisation während des stationären Aufenthalts. An die Entlassung schließt Phase II, die Anschlussheilbehandlung, an, in der medizinische Betreuung, Bewegungstherapie und Schulungen fortgesetzt werden. Daran knüpft Phase III an, eine 6- bis 12-monatige ambulante Weiterbetreuung, die das im Reha-Programm Erlernte stabilisieren und den Übergang in den Alltag unterstützen soll. Phase IV schließlich beschreibt die langfristige ambulante Nachsorge, die weitgehend eigenständig – also auch ohne kontinuierliche ärztliche Aufsicht – erfolgen kann (GÖG 2025).

## 2.7 Datengrundlagen/-quellen

Als potenzielle Datengrundlagen bzw. -quellen, die auch für die Entwicklung von Indikatoren sowie für eine etwaige Evaluation herangezogen werden können, wurden identifiziert:

- Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der Krankenanstalten
- ambulante Diagnosen- und Leistungsdokumentation (nach Verfügbarkeit entsprechender, qualitativ geeigneter Daten)
- Abrechnungs- und Leistungsdaten der Sozialversicherung

- Medikationsdaten der Sozialversicherung
- Daten aus den bundesweiten Qualitätsregistern
- Erhebung zum Blutverbrauch (Hämovigilanz-Verordnung, BASG)
- Todesursachen (Statistik Austria)
- Daten aus bestehenden Projekten (A-IQI inkl. Informationen aus den Peer-Review-Verfahren, A-OQI, Qualitätsberichterstattung, Sektorenübergreifende Patientenbefragung, Österreichischer Strukturplan Gesundheit)
- spezifische andere bestehende Dokumentationssysteme bzw. Erhebungen, sofern sie inhaltliche Relevanz besitzen

### 3 Grundlagendokumente (Leitlinien und Standards)

Im Jänner 2026 wurde eine Suche nach nationalen und internationalen Leitlinien und Qualitätsstandards zum Thema Herzinfarkt in folgenden **Datenbanken** durchgeführt:

- AWMF Leitlinien-Register (<https://register.awmf.org/de/start>)
- Cochrane Library (<https://www.cochranelibrary.com/>)
- GIN International Guidelines Library (<https://g-i-n.net/international-guidelines-library>)
- Trip Medical Database (<https://www.tripdatabase.com/>)
- Pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)
- NICE Guidance, quality standards and advice (<https://www.nice.org.uk/guidance/published?sp=on>)
- NHS (<https://www.england.nhs.uk/publication/>)
- AHA (<https://professional.heart.org/en/guidelines-and-statements>)

Folgende **Suchbegriffe** wurden (i. d. R. mit AND/OR-Verknüpfung) verwendet:

- Deutsch: Herzinfarkt, Myokardinfarkt, Koronarsyndrom, Standard, Leitlinie, Versorgung
- Englisch: heart attack, myocardial infarction, coronary syndrome, standard, guideline, care

Ergänzt wurde die Suche um eine Handsuche auf folgenden **Websites**:

- ESC – European Society of Cardiology (<https://www.escardio.org/guidelines/>)
- DGK – Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (<https://dgk.org/>)
- ÖKG – Österreichische Kardiologische Gesellschaft (<https://www.atcardio.at/>)
- SGK – Schweizerische Gesellschaft für Kardiologie (<https://congrex.com/de/kunden/sgk-schweizerische-gesellschaft-fuer-kardiologie/>)

Für die Selektion der gefundenen Leitlinien und Standards wurden folgende **Einschlusskriterien** definiert:

- Der Begriff „Leitlinie“ oder „Standard“ muss in deutscher oder englischer Sprache im Titel, im Abstract oder als Keyword vorkommen.
- Die Leitlinie oder der Standard liegt in deutscher oder englischer Sprache vor und wurde in Europa oder Nordamerika erstellt/herausgegeben.
- Die Leitlinie oder der Standard fokussiert auf die Behandlung und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt und die Nachsorge.
- Die Leitlinie oder der Standard ist maximal fünf Jahre alt bzw. wurde in den letzten fünf Jahren aktualisiert.
- Die Empfehlungen der Leitlinie oder des Standards sind (weitgehend) evidenzbasiert, d. h., die zugrunde liegende (Studien-)Evidenz wird explizit angegeben.

Als **Ausschlusskriterien** wurden festgelegt:

- nicht rezentes Publikationsdatum: Leitlinien und Standards, die vor 2020 publiziert wurden bzw. deren letzte Aktualisierung vor 2020 erfolgte
- mangelnde Gültigkeit: Leitlinien und Standards, die als ungültig bzw. nicht mehr gültig zu klassifizieren sind (z. B. Gültigkeitszeitraum laut Leitlinie/Standard überschritten ohne Angaben zur Aktualisierung)

- produktspezifische Leitlinien
- mangelnde Evidenz: Leitlinien und Standards, deren zugrunde liegende Evidenz nicht angegeben ist

Ergänzt wurde diese Suche im Februar 2026 durch eine Handsuche (freie Internetrecherche, Prüfung der Literaturreferenzen rezent vorliegender Publikationen).

Die Selektion potenziell geeigneter Leitlinien/Standards erfolgte unabhängig durch Mitarbeiter:innen der GÖG im Vier-Augen-Prinzip. Bei Dissens wurde durch Diskussion ein Konsens herbeigeführt.

Es wurde keine österreichische Leitlinie gefunden, die den oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien entspricht. Die 2. Auflage der deutsch-österreichischen S3-Leitlinie „Infarktbedingter kardiogener Schock – Diagnose, Monitoring und Therapie“ wurde 2019 mit einer Gültigkeit bis 2024 veröffentlicht und befindet sich derzeit in Überarbeitung. Ein geplantes Datum für die Fertigstellung der aktualisierten Version dieser Leitlinie wird nicht angegeben.

Folgende Leitlinien, welche die oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, wurden potenziell als Grundlagendokument geeignet identifiziert:

Tabelle 1: Potenziell geeignete Leitlinien zum Thema Herzinfarkt

| Erstautor/Herausgeber (Jahr)                                                                                                                                                                  | Titel                                                                   | Land                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| European Society of Cardiology (2023)                                                                                                                                                         | 2023 ESC Guideline for the management of acute coronary syndromes       | EU-Länder mit Beteiligung der Österreichischen Kardiologischen Gesellschaft |
| Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2025)                                                                                                                                                  | Klinische Kardiovaskuläre Medizin – Empfehlungen für die Akutversorgung | Deutschland                                                                 |
| Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2024)                                                                                                                         | Brustschmerz – DEGAM-Leitlinie für die primärärztliche Versorgung       | Deutschland                                                                 |
| Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. / Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und AWMF (2024) | Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit        | Deutschland                                                                 |
| Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council e.V. (GRC) (2025)                                                                                                             | Reanimation 2025. Leitlinien kompakt                                    | Deutschland                                                                 |

Quelle: GÖG

### 3.1 Ergebnisse der Bewertung der methodischen Qualität

Die **Bewertung der methodischen Qualität** der identifizierten Leitlinien/Standards wurde unabhängig durch zwei Mitarbeiterinnen der GÖG mit dem Bewertungstool *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation / AGREE II* (Brouwers et al. 2010) durchgeführt. Bei abweichender Beurteilung wurde diese inhaltlich diskutiert und für die Gesamtbewertung der jeweilige Mittelwert ermittelt. Die Gesamtbewertung nach AGREE II erfolgte anhand einer siebenstufigen Skala von 1 (= geringstmögliche Qualität) bis 7 (= höchstmögliche Qualität).

Die Ergebnisse der methodischen Bewertung der potenziell geeigneten Leitlinien/Standards sind in der nachfolgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 2: Gesamtbewertung der methodischen Qualität der identifizierten Leitlinien/Standards gemäß AGREE II

| Leitlinie/Standard                                                      | Gesamtbewertung<br>1 (= geringstmögliche Qualität) bis 7<br>(= höchstmögliche Qualität) | Anmerkung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2023 ESC Guideline for the management of acute coronary syndromes       | 7                                                                                       | LL von sehr hoher methodischer Qualität und Relevanz sowohl für die klinische Praxis als auch für die Erstellung des QS IV Herzinfarkt; wird von renommierten medizinischen Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum zur Anwendung empfohlen.                                                                                                                           |
| Klinische Kardiovaskuläre Medizin – Empfehlungen für die Akutversorgung | -                                                                                       | Es handelt sich um eine reine Übersetzung und Zusammenfassung der ESC Guideline aus 2023. Eine separate Bewertung ist daher nicht indiziert. Es empfiehlt sich, für die inhaltliche Bearbeitung hinsichtlich des QS IV Herzinfarkt die ursprüngliche LL heranzuziehen. Für die GDA in der Praxis kann die deutsche Übersetzung hingegen eine wertvolle Unterstützung sein.  |
| Brustschmerz – DEGAM-Leitlinie für die primärärztliche Versorgung       | 6                                                                                       | LL mit hoher Relevanz für den primärärztlichen Versorgungsbereich; leichte methodische Limitationen (keine Einbindung der Patienten-sicht, Risiken und Nebenwirkungen kaum dargestellt, keine externe Begutachtung, finanzielle Auswirkungen der Leitlinienempfehlungen nicht berücksichtigt)                                                                               |
| Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit        | 6,5                                                                                     | methodisch hochwertige, deutschsprachige LL, die ein breites, für den QS IV Herzinfarkt relevantes Themenspektrum abdeckt, das sich insbesondere auch auf die Themen Nachsorge, Rehabilitation und Sekundärprophylaxe erstreckt; marginale methodische Limitationen (z. B. Kurzübersicht nicht publiziert, förderliche/hinderliche Faktoren zur Anwendung kaum beschrieben) |
| Reanimation 2025. Leitlinien kompakt                                    | 6,5                                                                                     | methodisch hochwertige, deutschsprachige LL, die sich mit den wichtigen Themen Erkennung und lebensrettende Maßnahmen sowie Erste Hilfe befasst und somit hohe Relevanz für den QS IV Herzinfarkt hat; marginale methodische Limitationen (z. B. unübersichtliche Darstellung von Schlüsselempfehlungen)                                                                    |

LL = Leitlinie, QS = Qualitätsstandard

Quelle: GÖG

Auf Basis der Bewertung der methodischen Qualität sowie unter Berücksichtigung der inhaltlichen Relevanz und der Anwendbarkeit im österreichischen Kontext legten die zuständigen Gremien der Bundeszielsteuerung-Gesundheit folgende Leitlinien/Standards als **Grundlagendokumente** für den **QS Herzinfarkt** fest:

- European Society of Cardiology (ESC) (2023): 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2024): Brustschmerz – DEGAM-Leitlinie für die primärärztliche Versorgung
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislau fforschung e.V. / Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und AWMF (2024): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit
- Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council e.V. (GRC) (2025): Reanimation 2025

## 4 Gesetzliche Bestimmungen und andere relevante Regelwerke

Nachfolgend sind gesetzliche Bestimmungen und andere einschlägige Regelwerke aufgelistet, die den QS IV Herzinfarkt u. a. betreffen können. Für den künftigen QS besonders relevante Passagen sind in Kapitel 2.6 ausgeführt.

- Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz ([BGBl. Nr. 1/1957](#))
- Ärztegesetz ([BGBl. I Nr. 169/1998](#))
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz ([BGBl. I Nr. 108/1997](#))
- Sanitätergesetz ([BGBl. I Nr. 30/2002](#))
- Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 ([BGBl. II Nr. 147/2015](#))
- Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz) ([BGBl. I Nr. 179/2004](#))
- Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2023 inkl. Versorgungsaufträgen im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit und struktureller Vorgaben für Inhalte der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) (Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) | Gesundheit Österreich GmbH)
- Ausbildungsverordnungen weiterer Gesundheitsberufe (u. a. für Angehörige der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe (MTD), Klinische Psychologin / Klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologin/-psychologe, Psychotherapeut:in, Apotheker:in, Medizinische Masseurin / Medizinischer Masseur, Angehörige medizinischer Assistenzberufe)
- Gesundheits- und Krankenpflege-Weiterbildungsverordnung ([BGBl. II Nr. 359/2010](#))
- Gesundheitstelematikgesetz ([BGBl. I Nr. 111/2012](#))

## 5 Stakeholder:innen außerhalb der Zielsteuerung-Gesundheit

Bei der Erstellung des QS IV Herzinfarkt im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sind Vertreter:innen des Bundes, der Länder und der Sozialversicherungen involviert (insbesondere die Arbeitsgruppe Qualitätsstandards und die Themengruppe Qualität).

Zusätzlich zu den Zielsteuerungspartnern kann bei der Erstellung des Qualitätsstandards die Einbindung u. a. folgender Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Vertreter:innen von Einrichtungen/Organisationen/Berufsgruppen aus Österreich sinnvoll sein (Reihung alphabetisch):

- Dachverband der gehobenen medizinisch-therapeutisch-diagnostischen Gesundheitsberufe Österreichs
- Österreichische Apothekerkammer
- Österreichische Ärztekammer
- österreichische Bevölkerung/Öffentlichkeit (Berücksichtigung im Rahmen der öffentlichen Konsultation des QS, z. B. Österreichischer Herzverband)
- Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM)
- Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)
- Österreichische Gesellschaft für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie (ÖG HTG)
- Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM)
- Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖGPMR)
- Österreichische Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (ÖGPR)
- Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband (ÖGKV)
- Österreichische Kardiologische Gesellschaft (ÖKG)
- Patienten- und Pflegeanwaltschaften der Länder
- Rettungsdienste/Rettungsleitstellen

## 6 Sicherstellung der methodischen Qualität des Qualitätsstandards

Die Erstellung des QS IV Herzinfarkt folgt der aktuell gültigen *Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG, Version 3.1* (BMASGPK 2026). Zur Sicherstellung der methodischen Qualität wird der geplante QS einer **externen Begutachtung** durch maximal 15 unabhängige externe Fachexpertinnen bzw. Fachexperten unterzogen. Hierzu werden von den Zielsteuerungsgremien relevante Institutionen (u. a. Fachgesellschaften, Standesvertretungen, Patientenvertretung) zur Nominierung von Fachexpertinnen und Fachexperten mit entsprechendem methodischem und fachlichem Hintergrund für die externe Begutachtung eingeladen. Die um Nominierung angefragten Institutionen werden im Dokument „Kernelemente des QS IV Herzinfarkt“ genannt, das auf der Website der GÖG veröffentlicht wird.

Die externe Begutachtung dient der fachlichen und methodischen Beurteilung des Qualitätsstandards und wird anhand eines standardisierten Prozesses durchgeführt.

Durch externe Begutachter:innen eingebrachte Änderungsvorschläge müssen mit Evidenz belegt und begründet werden. Die gesammelten Stellungnahmen werden im Rahmen einer moderierten Sitzung mit den externen Begutachterinnen und Begutachtern sowie Vertreterinnen und Vertretern der AG QS diskutiert und kommentiert. Dies dient der Entscheidungsvorbereitung für die AG QS und die TG Q.

Zusätzlich wird der QS einer **öffentlichen Konsultation** unterzogen. Die Rückmeldungen daraus werden analog zur externen Begutachtung in Abstimmung mit den Zielsteuerungsgremien in den QS eingearbeitet oder mit einer Begründung abgelehnt.

Die finale Version des QS wird nach Abnahme durch die Themengruppe Qualität vom StKA und der B-ZK beschlossen und zur Publikation freigegeben sowie anschließend auf den Websites des BMASGPK und der GÖG veröffentlicht. Die Ergebnisse der externen Begutachtung und der öffentlichen Konsultation („Stellungnahmentabellen“) werden ebenfalls spätestens im Zuge der Publikation des QS veröffentlicht.

## 7 Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf

Basierend auf den in den Vorkapiteln dargestellten Recherchen und Analysen wurden die nachfolgenden Bereiche mit potenziellem Handlungsbedarf (sogenannte „**Handlungsfelder**“) identifiziert. Diese können zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitätsgesicherten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinfarkt für Österreich beitragen.

- Da die **Einleitung von Therapiemaßnahmen** beim Herzinfarkt teilweise sehr **zeitkritisch** ist, ist es erforderlich, Ersthelfer:innen, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie deren Personal, Gesundheitsdiensteanbieter:innen im niedergelassenen Bereich und Rettungsdienste regelmäßig hinsichtlich der (geschlechtsspezifisch ggf. unterschiedlichen) Symptome und Notfallmaßnahmen bzw. -abläufe zu schulen.
- Eine zentrale Voraussetzung dafür, dass auch **Laiinnen und Laien** bei Verdacht auf einen Herzinfarkt (Erste) **Hilfe leisten und die Notfalkette in Gang setzen**, ist ein möglichst niederschwelliger Zugang zu für Laiinnen und Laien verständlichen Informationen über (genderspezifische) Symptome und Erste-Hilfe-Maßnahmen (insbes. Reanimation, Verfügbarkeit und Einsatz von Defibrillatoren).
- Auch wenn es für alle Phasen der Herzinfarktversorgung qualitätsgesicherte Leitlinien gibt, ist eine **lückenlose, leitlinienkonforme Diagnostik und Therapie** von Herzinfarktpatientinnen und -patienten sehr komplex und in einigen Phasen einem hohen Zeitdruck unterworfen, was eine multimodale, interdisziplinäre, berufsgruppen- und einrichtungsübergreifende Versorgung erforderlich macht, die auf für alle Beteiligten klar definierten (Prozess-)Abläufen aufbaut.
- Die **Standardisierung von Abläufen in der Rettungskette** (z. B. durch Algorithmen und Checklisten) unterstützt den Einsatz adäquater Rettungsmittel. Ergänzend können systematisch erfasste, tagesaktuelle **Informationsgrundlagen die situationsangepasste Auswahl des geeigneten Krankenhauses samt Aviso<sup>5</sup>** unterstützen (z. B. auf Basis von für alle Beteiligten zugänglichen, zeitaktuellen Listen/Systemen zur Verfügung stehender Kapazitäten und zentralen Rufdiensten/Leitstellen – Single Point of Contact). So können Verzögerungen und Sekundärtransporte vermieden und das optimale Zeitfenster für die Therapie gesichert werden.
- Das Etablieren bzw. Stärken von **(Herzinfarkt-)Netzwerken auf regionaler und überregionaler Ebene** trägt dazu bei, eine strukturierte (Notfall-)Versorgung auf Basis festgelegter Protokolle sowohl in urbanen als auch in peripheren Gebieten zu gewährleisten.
- Die Sicherstellung einer leitlinienkonformen Diagnostik und Therapie des Herzinfarkts kann des Weiteren durch die Implementierung von **strukturierten organisierten (Herz-)Teams (Kardiologie und Herzchirurgie) in Krankenanstalten** entsprechend internationalen Guidelines unterstützt werden.
- Vor dem Hintergrund, dass Frauen bei einem Herzinfarkt im Vergleich zu Männern schlechtere Outcomedaten haben, sind **geschlechtsspezifische Unterschiede in der Erkennung, Diagnose und Therapie** von besonderer Bedeutung.
- Die Etablierung bzw. Weiterentwicklung von **Early Warning Scores im stationären Bereich** kann dabei unterstützen, kritische Patientinnen und Patienten auf der Station rechtzeitig zu detektieren und Maßnahmen zu setzen.

---

<sup>5</sup> Ein Aviso ist die vorherige (telefonische) Ankündigung der Patientin oder des Patienten bei der aufnehmenden Krankenanstalt.

- Die Verbesserung des **möglichst raschen Übergangs in die kardiale Rehabilitation** für alle dafür in Frage kommenden Patientinnen und Patienten sowie die Einhaltung medizinischer Leitlinien hinsichtlich der (medikamentösen) Therapie und Untersuchungen nach der KH-Entlassung sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz tragen dazu bei, der in der Literatur berichteten schlechteren Lebensqualität von Personen nach einem Herzinfarkt entgegenzuwirken.
- Eine adäquate psychosoziale Betreuung nach einem Herzinfarkt (u. a. bei Angstzuständen oder Depression) ist wichtig, und der Zugang der Betroffenen zu einer niederschweligen **psychokardiologischen Unterstützung** sollte sichergestellt sein.
- Die **leitliniengerechte (Langzeit-)Nachsorge** nach einem Herzinfarkt sollte flächendeckend und wohnortnah sichergestellt sein, auch in Hinblick auf die **Sekundärprophylaxe**. Eine nahtlose, strukturierte Informationsübergabe von der ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung an die weiterbetreuenden GDA ist in diesem Zusammenhang unerlässlich.
- Der vermehrte **Einsatz von digitalen Angeboten und Tools** kann in allen Stadien der Herzinfarktversorgung unterstützen (u. a. im Bereich Rettungswesen).
- **Telemedizinische Systeme** können dabei unterstützen, Abläufe vor dem Hintergrund des engen Zeitfensters bis zur Therapie effizient und zeitschonend zu gestalten. Insbesondere betrifft das die Implementierung eines Telenotarztwesens zur raschen Beurteilung von EKG.
- Wo immer möglich, sollte die **Dokumentation IT-gestützt** erfolgen, was u. a. die Optimierung der Übergabedokumentation (z. B. vom Rettungswesen in das Krankenhaus bzw. vom stationären Bereich in die niedergelassene Versorgung und den Reha-Bereich) unterstützt. Dabei sollten primär bestehende Systeme wie ELGA genutzt werden.
- Für eine (umfassende) Qualitätssicherung und -verbesserung der Versorgung von Herzinfarktpatientinnen und -patienten ist die **Definition und standardisierte Erfassung geeigneter Qualitätsindikatoren**, idealerweise aus vorhandenen Datenbeständen, erforderlich.
- Für alle beteiligten GDA sollen **ausreichende (regionale) qualitätsgesicherte Angebote zur Aus-, Fort- und Weiterbildung** verfügbar sein.

Im geplanten Qualitätsstandard kann nur eine Auswahl dieser sehr breit angelegten Handlungsfelder bearbeitet werden. Die zuständigen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit legen jene Bereiche fest, für die im QS Empfehlungen formuliert werden sollen. Im zu veröffentlichenden Dokument „**Kernelemente des QS IV Herzinfarkt**“ werden diese Bereiche genannt.

# Literatur

- AHA (2025). Management of Acute Coronary Syndromes – Guidelines Spotlight. Zusammenfassung der 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes. <https://www.guidelinecentral.com/insights/management-of-acg-guidelines-spotlight/> [Zugriff am 09.02.2026]
- Arbeitsgemeinschaft Medizinische Universität Wien (2019): Projekt „QI-KA“. Sektorübergreifende kardiologische Qualitätsindikatoren für das österreichische Gesundheitswesen. Endbericht. In: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.738745&version=1599468242> [Zugriff am 03.02.2026]
- Ärztegesetz (ÄrzteG), BGBl. I Nr. 169/1998, i. d. g. F.
- BMASGPK (2025): Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI). Bericht 2024. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGPK (2025a): Austrian Outpatient Quality Indicators (A-OQI). Bericht 2024 zu den A-OQI Qualitätszirkeln „Arteriosklerotische Erkrankungen“. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- BMASGPK (2026): Methode zur Erstellung von Qualitätsstandards gemäß GQG. Methodenhandbuch. Version 3.1. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Brouwers, M. C.; Kho, M. E.; Browman, G. P. (2010): AGREE II: advancing guideline development, reporting, and evaluation in health care. In: *Prev Med* 51/5:421-424
- Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997, i. d. g. F.
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK, Langfassung, Version 7.0. 2024 [Zugriff am 09.02.2026]
- Butler, Javed et al. (2025): Incident heart failure and recurrent coronary events following acute myocardial infarction. In: [Incident heart failure and recurrent coronary events following acute myocardial infarction](#) [Zugriff am 17.02.2026]
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM) (2024): Brustschmerz – DEGAM-Leitlinie für die primärärztliche Versorgung. In: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-023\\_Brustschmerz/%C3%B6ffentlich/oeffentlich-2024/053-023l\\_s3\\_brustschmerz\\_primaeraerztliche-versorgung\\_2025-07-29.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-023_Brustschmerz/%C3%B6ffentlich/oeffentlich-2024/053-023l_s3_brustschmerz_primaeraerztliche-versorgung_2025-07-29.pdf) [Zugriff am 03.03.2026]
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin und Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislau fforschung e.V. / Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und AWMF (2024): Nationale Versorgungsleitlinie Chronische Koronare Herzkrankheit. In: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l\\_S3\\_Chronische-KHK\\_2024-09.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-004l_S3_Chronische-KHK_2024-09.pdf) [Zugriff am 03.03.2026]

- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie– Herz- und Kreislafforschung e.V. (DGK) (2020) Pocket-Leitlinie: Deutsch-österreichische S3-Leitlinie Infarkt-bedingter kardiogener Schock– Diagnose, Monitoring und Therapie. In: [019-013pl S3 Infarktbedingter kardiogener Schock 2021-04-abgelaufen.pdf](#) [Zugriff am 09.02.2026]
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislafforschung e.V. (DGK) und European Society of Cardiology (ESC) (2025): Klinische Kardiovaskuläre Medizin – Empfehlungen für die Akutversorgung. In: [https://leitlinien.dgk.org/files/mpll\\_02\\_2025\\_master\\_pocket\\_leitlinien\\_akutversorgung\\_version\\_2025\\_ii.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/mpll_02_2025_master_pocket_leitlinien_akutversorgung_version_2025_ii.pdf) [Zugriff am 03.03.2026]
- Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauferkrankungen, e.V. (DGPR), Swiss Working Group for Cardiovascular Prevention Rehabilitation and Sports Cardiology (SCPRS) und Österreichische Kardiologische Gesellschaft (ÖKG) (2020): S3 – Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation (LL-KardReha) im deutschsprachigen Raum Europas, Deutschland, Österreich, Schweiz (D-A-CH), Langversion. In: [https://www.herzwegweiser.de/fileadmin/user\\_upload/Unbenutzt/S3-Leitlinie\\_Kardiologische-Rehabilitation-in-D-A-CH\\_2020-01.pdf](https://www.herzwegweiser.de/fileadmin/user_upload/Unbenutzt/S3-Leitlinie_Kardiologische-Rehabilitation-in-D-A-CH_2020-01.pdf) [Zugriff am 04.02.2026]
- Deutscher Rat für Wiederbelebung – German Resuscitation Council e.V. (GRC) (2025): Reanimation 2025. Leitlinien kompakt. In: [https://www.grc-org.de/files/Content-pages/document/251217\\_TB\\_Reanimation.pdf](https://www.grc-org.de/files/Content-pages/document/251217_TB_Reanimation.pdf) [Zugriff am 24.02.2026]
- European Society of Cardiology (ESC) und Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislafforschung e.V. (DGK) (2018): ESC Pocket Guidelines. Vierte Definition des Myokardinfarktes. In: <https://leitlinien.dgk.org/2019/pocket-leitlinie-vierte-definition-des-myokardinfarktes/> [Zugriff am 27.01.2026]
- European Society of Cardiology (ESC) (2023): 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. In: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/38/3720/7243210?login=false> [Zugriff am 27.01.2026]
- Gesundheitsportal (2026): Herzinfarkt: Therapie | Gesundheitsportal in: <https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/herz-kreislauf/herzinfarkt/therapie.html> [Zugriff am 09.02.2026]
- Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), BGBl. I Nr. 108/1997 i. d. g. F.
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Delcour, Jennifer; Eisenmann, Alexander (2021): Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Österreich. Update 2020. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien
- Jäckel, Markus; Bode, Christoph; Staudacher, Dawid (2020): Der akute Myokardinfarkt: Leitliniengerechte Therapie in der Präklinik. In: retten 2020; 9: 352–361
- Jenča, Dominik et al. (2021): Heart failure after myocardial infarction: incidence and Predictors. In: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33319509/> [Zugriff am 29.01.2026]
- Maier, S. K. G et al. (2014): Empfehlungen zur Organisation von Herzinfarktnetzwerken. In: [https://leitlinien.dgk.org/files/2014\\_Empfehlungen\\_zur\\_Organisation\\_von\\_Herzinfarktnetzwerken.pdf](https://leitlinien.dgk.org/files/2014_Empfehlungen_zur_Organisation_von_Herzinfarktnetzwerken.pdf) [Zugriff am 12.02.2026]

- Marvel, Françoise A. et al. (2021): Digital Health Intervention in Acute Myocardial Infarction. In: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8288197/> [Zugriff am 27.01.2026]
- ÖSG, Österreichischer Strukturplan Gesundheit (2023): ÖSG 2023. In: <https://goeg.at/sites/goeg.at/files/inline-files/%C3%96SG%202023%20Text-band%2C%20Stand%2010.10.2025.pdf> [Zugriff am 02.02.2026]
- Paradies, Valeria et al. (2025): Antithrombotic drugs for acute coronary syndromes in women: sex-adjusted treatment and female representation in randomised clinical trials. A clinical consensus statement of the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) and the ESC Working Group on Thrombosis. In: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaf352> [Zugriff am 05.02.2026]
- Reiter, Daniela; Fülöp, Gerhard; Kantorova, Sabina; Pochobradsky, Elisabeth; Röthlin, Florian; Stoppacher, Andreas (2025): Rehabilitationsplan 2025. Gesundheit Österreich, Wien
- Sanitätsgesetz (SanG), BGBl. I Nr. 30/2002, i. d. g. F.
- Schulte, K.J. and Mavrovitz, H.N., "Myocardial Infarction Signs and Symptoms: Females vs. Males", Cureus, 2023 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10182740/> [Zugriff am 13.02.2026]
- Statistik Austria (2020): Gesundheitszustand selbstberichtet – Ergebnisse der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019. Häufigste Todesursachen 2023 weiterhin Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs [Zugriff am 09.02.2026]
- Statistik Austria (2024): Häufigste Todesursachen 2023 weiterhin Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Pressemitteilung vom 26.06.2024. [Publikationen - STATISTIK AUSTRIA - Die Informationsmanager](#) [Zugriff am 09.02.2026]
- Statistik Austria (2025): Todesursachen 2024: deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern. Häufigste Todesursachen bleiben Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs. Pressemitteilung vom 25.06.2025. <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2025/06/20250625Todesursachen2024.pdf> [Zugriff am 24.02.2026]
- World Economic Forum. (2024). Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies. World Economic Forum. <https://www.weforum.org/publications/closing-the-womens-health-gap/> [Zugriff am 13.02.2026]