

## Veränderungen der ERC-Leitlinien 2010 im Vergleich zu den Leitlinien von 2005

Bereich	Veränderungen
Mechanische Reanimation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eindrücktiefe bei Erwachsenen mindestens 5 cm (max. 6 cm).</li> <li>Eindrücktiefe bei allen Kindern mindestens 1/3 des anterioren posterioren Thoraxdurchmessers (ca. 4 cm bei Säuglingen, ca. 5 cm bei Kindern).</li> <li>Frequenz bei Erwachsenen mindestens 100/min.</li> </ul>
Elektrotherapie/Defibrillation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine feste Zeit mehr für CPR vor 1. Defibrillation.</li> <li>Unterbrechung der Herzdruckmassage so kurz wie möglich halten!</li> <li>Keine Unterscheidung mehr zwischen „beobachtet“ und „unbeobachtet“. Immer Thoraxkompression bis Defibrillator schockbereit.</li> </ul>
Atemwegssicherung und Beatmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weniger Gewicht wird auf die frühzeitige Intubation gelegt. Vorrangig ist eine suffiziente Beatmung und nur kürzestmögliche Unterbrechung der Thoraxkompressionen zur Etablierung eines sicheren Atemweges. Intubation daher primär nur durch Erfahrenen, ansonsten Alternativverfahren (Larynxtracheostomie, Larynxmaske). [Anmerkung des Autors: Nach Wiederherstellung der Spontanzirkulation sollte der Patient zum sicheren Transport intubiert werden.]</li> <li>Nicht prinzipiell 100% Sauerstoff, sondern unter pulsoxymetrischer Kontrolle Sauerstoffgabe titrieren, so dass Sauerstoffsättigung 94–98%</li> <li>Betonung der Wichtigkeit der Kapnometrie zur Lagekontrolle des Tubus und zur Kontrolle der Qualität der CPR.</li> </ul>
Zugang	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Empfehlung für Gabe von Medikamenten über Endotrachealtubus mehr; statt dessen:</li> <li>intraossärer Zugang bei schwer zu etablierendem i.v.-Zugang.</li> </ul>
Pharmakotherapie bei CPR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keine Empfehlung mehr für Atropin bei Asystolie oder PEA.</li> <li>Bei durch VF/VT ausgelöstem Kreislaufstillstand Gabe von 1 mg Adrenalin und 300 mg Amiodaron nach dem 3. Schock.</li> </ul>
Akutes Koronarsyndrom	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sauerstoffgabe nur bei Hypoxämie, Atemnot oder Lungenstauung (Pulsoxymetrie! Ziel 94–98%).</li> <li>Keine routinemäßige i.v.-Gabe von Betablockern, nur wenn indiziert (z.B. Tachykardie)</li> <li>Gabe von ADP-Rezeptorantagonisten zusätzlich zu Antithrombinen und ASS (z.B. Clopidogrel 75–600 mg*)</li> </ul>
<p>*Dosis ist abhängig von weiterer Behandlungsstrategie (PCI geplant), vom Notarzt ist insbesondere beim NSTEMI nicht vorherzusagen, welches Vorgehen in der Klinik gewählt wird, daher sollte vom ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Zusammenarbeit mit den Herzkatheterlaboren eine explizite Vorgabe gemacht werden; ansonsten stellen 300 mg bei Patienten &lt;75 Jahren und 75 mg bei älteren einen Kompromiss dar.</p>	

Vorgehen bei Advanced Life Support (nach ERC 2010).

