

VERDACHTSDIAGNOSE AKUTES KORONARSYNDROM

Durchgehende Maßnahmen

- EKG-Überwachung und Defibrillationsbereitschaft
- Ärztliche Begleitung* bis Klinikübergabe, Ausnahme z. B. medizinisch relevanter Zeitvorteil bei Direkt-Transport in Klinik oder TNA ausreichend
- O₂-Gabe:
 - immer wenn SpO₂ < 90%,
 - u. U. auch wenn SpO₂ ≥ 90%,
 - bei O₂-Gabe SpO₂ max. 96%

Aufzeichnung 12-Kanal-EKG (≤ 10 min nach Erstkontakt)
Schnellstmögliche Interpretation durch Notarzt oder Telemetrie

STEMI

ZIELE

- ▶ Patiententransport in 24/7-PCI-Klinik
- ▶ PCI ≤ 120 min**

Organisation

- Zielklinik festlegen
- Telemetrie 12-Kanal-EKG
- Arzt-Arzt-Gespräch

Therapie

- ASS 250 mg i.v. oder 300 mg p.o.
- Heparin 5000 IE i.v.
- ggf. Opioid i.v.
- ggf. Benzodiazepin
- ggf. Betablocker i.v.
- ggf. Nitrat sublingual

Patientenübergabe im Herzkatheterlabor

NSTEMI-ACS

ZIELE

- ▶ Patient MIT Hochrisikokriterien[#]
Patiententransport in 24/7-PCI-Klinik
- ▶ Patient OHNE Hochrisikokriterien[#]
Vorgehen nach Erfordernis

Organisation

- Zielklinik festlegen

Therapie

- ggf. Nitrat sublingual
- ggf. ASS 250 mg i.v. oder 300 mg p.o.
- ggf. Heparin 5000 IE i.v.
- ggf. Opioid i.v.
- ggf. Benzodiazepin
- ggf. Betablocker i.v.

Hochrisikokriterien bei NSTEMI-ACS:

- Hämodynamische Instabilität oder kardiogener Schock
- Therapierefraktärer, infarkttypischer Thoraxschmerz
- Lebensbedrohliche Arrhythmien oder Herzstillstand
- Mechanische Komplikationen eines Myokardinfarkts
- Akute Herzinsuffizienz mit refraktärer Angina oder ST-Strecken-Veränderungen
- Wiederkehrende dynamische ST- oder T-Wellen-Veränderungen, insbes. mit intermittierender ST-Hebung

** Für Erreichung PCI ≤ 120 min:

- Luftrettung erwägen
- ggf. Nicht-24/7-PCI-Klinik

Falls PCI ≤ 120 min nicht möglich:

- Lysetherapie < 10 min nach STEMI-Diagnose

* mindestens bei STEMI u. dringendem V.a. NSTEMI-ACS mit Hochrisikokriterium