

# 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
- O<sub>2</sub>-Gabe:
  - immer wenn SpO<sub>2</sub> < 90%,
  - u. U. auch wenn SpO<sub>2</sub> ≥ 90%,
  - bei O<sub>2</sub>-Gabe SpO<sub>2</sub> 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

## NSTE-ACS

### ZIELE

- Patient MIT Hochrisikokriterien<sup>#</sup>  
Patiententransport in 24/7-PCI-Klinik
- Patient OHNE Hochrisikokriterien<sup>#</sup>  
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 NSTE-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

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

\*\* 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