

Empfehlungen zur extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimation (eCPR):

Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGTHG, DGfK, DGNI, DGAI, DIVI und GRC

Recommendations for extracorporeal cardiopulmonary resuscitation (eCPR): Consensus statement of DGIIN, DGK, DGTHG, DGfK, DGNI, DGAI, DIVI and GRC

G. Michels · T. Wengenmayer · C. Hagl · C. Dohmen · B. W. Böttiger · J. Bauersachs · A. Markewitz · A. Bauer · J.-T. Gräsner · R. Pfister · A. Ghanem · H.-J. Busch · U. Kreimeier · A. Beckmann · M. Fischer · C. Kill · U. Janssens · S. Kluge · F. Born · H. M. Hoffmeister · M. Preusch · U. Boeken · R. Riessen · H. Thiele

► **Zitierweise:** Michels G, Wengenmayer T, Hagl C, Dohmen C, Böttiger BW, Bauersachs J et al: Empfehlungen zur extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimation (eCPR): Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGTHG, DGfK, DGNI, DGAI, DIVI und GRC. *Anästh Intensivmed* 2019;60:84–93. DOI: 10.19224/ai2019.084

Zusammenfassung

Die extrakorporale kardiopulmonale Reanimation (**extracorporeal cardiopulmonary resuscitation**, eCPR) kann als Rettungsversuch für hoch selektierte Patienten mit refraktärem Herz Kreislaufstillstand und potenziell reversibler Ätiologie erwogen werden. Aktuell fehlen randomisiert-kontrollierte Studien zur eCPR, und es existieren keine validen Prädiktoren für Nutzen und Risiko, die bei der Indikationsstellung hilfreich sein könnten. Die bisherigen Selektionskriterien und Abläufe sind Klinik-spezifisch und ein (nationaler) standardisierter Algorithmus fehlt. Das vorliegende Konsensuspapier bietet basierend auf einer konsentierten Expertenmeinung den Vorschlag für ein standardisiertes Vorgehen bei eCPR.

Abstract

Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation (eCPR) may be considered as a rescue attempt for highly selected patients with refractory cardiac arrest and potentially reversible aetiology. Currently, there are no randomised, controlled studies on eCPR, and valid predictors of benefit and outcome are lacking, which might guide indication of eCPR. Currently, selection criteria and procedures differ across hospitals and standardised algorithms are lacking. Based on expert opinion the present consensus statement provides a first standardised treatment algorithm for eCPR.

Einleitung

Mindestens 275.000 Patienten erleiden jedes Jahr in Europa einen außerklinischen Herz Kreislaufstillstand (**out-of-hospital cardiac arrest**, OHCA) [1]. In den USA ereignen sich ca. 568.500 Herzstillstände pro Jahr. Von diesen treten 359.400 (63%) außerhalb (OHCA) und 209.000 (37%) innerhalb eines Krankenhauses (**in-hospital cardiac arrest**, IHCA) auf [2]. Eine kardiale Ursache wird mit über 60% als die häufigste Ursache für einen Herz Kreislaufstillstand angenommen [3,4]. In ungefähr 20–30% der Fälle liegt eine nicht-kardiale Genese vor [5,6]. Trotz einer umgehenden Einleitung der kardiopulmonalen Reanimation (CPR) ist die Überlebensrate mit einem günstigen neurologischen Outcome (leichte bis moderate neurologische Einschränkung, entsprechend einer zerebralen Leistungskategorie (Cerebral Performance Category, CPC) von 1–2) sowohl bei innerklinischem (**in-hospital cardiac arrest**, IHCA) als auch bei außerklinischem Herz Kreislaufstillstand (OHCA) unter konventioneller CPR niedrig (5–10% [OHCA] versus ca. 15% [IHCA]) [7–9]. Die extrakorporale kardiopulmonale Reanimation (**extracorporeal cardiopulmonary resuscitation**, eCPR) kann als Rettungsversuch für ausgewählte Patienten mit refraktärem Herz Kreislaufstillstand aufgrund potenziell reversibler Ursachen erwogen werden (z.B. Myokardinfarkt oder Lungenarterienembolie) [10–12]. Beob-

Schlüsselwörter

Herz Kreislaufstillstand – Extrakorporale kardiopulmonale Reanimation – Extrakorporale Membranoxygenierung – Kardiogener Schock – Wiederbelebung

Keywords

Cardiac Arrest – Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation – Extracorporeal Membrane Oxygenation – Cardiogenic Shock – Resuscitation

achtungsstudien deuten darauf, dass die eCPR bei diesen selektierten IHCA- und OHCA-Patienten im Vergleich mit der konventionellen CPR mit einer Zunahme der Überlebensrate von bis zu 30% einhergeht [4,13–22]. In einer Meta-Analyse zeigte sich eine um 13% verbesserte Überlebenswahrscheinlichkeit im Vergleich zur konventionellen CPR (95% CI 6–20%; $p < 0,001$; **number needed to treat** 7,7) [23].

In der klinischen Routine werden in größeren Kliniken hochselektierte Patienten (siehe Tab. 1) unter konventioneller oder mechanischer CPR (mCPR mit z.B. LUCAS®- oder AutoPulse®-System) mittels venoarterieller extrakorporaler Herz-Kreislauf-Unterstützung (VA-ECLS) versorgt, wobei die Selektionskriterien und Abläufe meist Klinik-spezifisch und unterschiedlich sind. Die venoarterielle extrakorporale Membranoxygenierung

(VA-ECMO) wird häufig in der Literatur und in diesem Konsensuspapier synonym als Extrakorporales Life Support-System (ECLS) definiert [24]. Das vorliegende Konsensuspapier bietet den Vorschlag für einen standardisierten Algorithmus bei eCPR mit Einsatz eines ECLS. Das Konsensuspapier wurde mit Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin e.V. (DGIIN), der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e.V. (DGK), der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG), der Deutschen Gesellschaft für Kardiotechnik e.V. (DGfK), der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin e.V. (DGNI), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI), der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI, Sektionsgruppe Neuromedizin (Studien und Standards

in der Neuromedizin), Sektionsgruppe Notfallmedizin (Reanimation und Postreanimationstherapie), Sektionsgruppe Ethik) und des Deutschen Rates für Wiederbelebung – German Resuscitation Council (GRC) e.V. verfasst.

Bisherige Leitlinien und Empfehlungen

Weder die Leitlinien des europäischen Rats für Reanimation [10] noch die Leitlinien der American Heart Association [8] zur CPR empfehlen einen routinemäßigen Einsatz der eCPR für Patienten mit Herz-Kreislaufstillstand (Klasse IIb (Nutzen $\geq$ Risiko), Evidenzniveau C-LD (limited data)). Eine separate Leitlinie zur eCPR der „Extracorporeal Life Support Organization (ELSO)“ [25] beschränkt sich lediglich auf allgemeine Aspekte der eCPR.

Diskussion der Studienlage

Randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) zur eCPR fehlen bisher, so dass bis heute keine validierten Kriterien für die Patientenauswahl und die Indikationsstellung einer eCPR vorliegen [26]. Die Definition von Prädiktoren zu Nutzen und Risiko, die bei der Indikationsstellung einer eCPR helfen könnten, stellt derzeit immer noch eine große klinische Herausforderung dar. In einer Metaanalyse von Debaty et al. [19] wurden verschiedene Risikofaktoren in ihrer prognostischen Aussagekraft untersucht, die dem Akutmediziner bei der Behandlungsentscheidung bezüglich einer eCPR hilfreich sein können. Das primäre Outcome war bei Vorliegen eines initial defibrillierbaren Herzrhythmus (OR 2,2, 95% CI 1,30–3,72, $p = 0,003$), eines kurzen Zeitintervalls vom Beginn der CPR bis zum Wiederkehren eines Spontankreislaufs, sog. Low-Flow Dauer (geometrisches Mittelverhältnis 0,90, 95%-CI 0,81–0,99, $p = 0,04$), eines höheren pH-Wertes (Δ pH-Wert (arteriell) 0,12, 95% CI 0,03–0,22, $p = 0,01$) und einer niedrigen Serumlaktatkonzentration (Δ -3,52 mmol/L, 95% CI -5,05 bis -1,99, $p < 0,001$) signifikant verbessert.

Tabelle 1

Mögliche Entscheidungskriterien bezüglich einer eCPR (adaptiert nach [49]).

Pro	Contra
- beobachteter Herz-Kreislaufstillstand - vermutete kardinale Genese, insbesondere defibrillierbarer initialer Herzrhythmus - No-Flow-Zeit ≤ 5 Minuten - geringe Low-Flow Zeit ≤ 60 Minuten - durchgehend hochwertige Wiederbelebensmaßnahmen (effektive Laienreanimation) - Vorhandensein einer reversiblen Ursache des Kreislaufstillstandes (4 H⁺ und HITS). Hierzu zählen die Hypoxie, die Hypovolämie, die Hypo-/Hyperkaliämie (metabolische Störungen), die akzidentelle Hypothermie, die Herzbeutel-tamponade, die Intoxikation, die Thromboembolie (Myokardinfarkt, Lungenarterienembolie) und der Spannungspneumothorax	- Lebensalter > 75 Jahre „und“ Gebrechlichkeit (Frailty) - unbeobachteter Herz-Kreislaufstillstand - No-Flow-Zeit ≥ 10 Minuten - klinische Zeichen der schweren irreversiblen Hirnschädigung bzw. zu erwartende ungünstige neurologische Prognose - inadäquate Wiederbelebensmaßnahmen (z.B. fehlende, fragliche oder intermittierende Laienreanimation) - Komorbiditäten mit stark reduzierter Lebenserwartung (z.B. onkologische Grunderkrankung mit palliativem Ansatz, terminale Herzinsuffizienz oder COPD, fortgeschrittene Demenz) - prolongierte CPR von > 20 Minuten bei Asystolie (Ausnahme: akzidentelle Hypothermie, Intoxikationen, Beinahe-Ertrinken (near-drowning) und Verdacht auf Lungenarterienembolie) bzw. von > 120 Minuten bei persistierendem Kammerflimmern/ventrikuläre Tachykardie - niedriger pH-Wert ($< 6,8$) und hohes Laktat (> 20 mmol/l) - Ablehnung durch den Patienten (Patientenverfügung, Vorliegen eines Notfallbogens im Sinne eines Advance-Care Planning) - Kontraindikationen zur Vollantikoagulation (z.B. aktive Blutung, schweres Trauma oder Hämatothorax nach CPR)

Anmerkung: Da die Entscheidung für oder gegen eine eCPR nicht allein auf „einer“ Indikation oder „einer“ Kontraindikation gestellt werden sollte, wurden Begriffe wie absolute oder relative Indikation bzw. Kontraindikation bewusst vermieden. Unter der No-Flow-Zeit wird die Zeit vom Kollapsereignis bis zur Initiierung der CPR definiert; unter der Low-Flow-Zeit dagegen das Intervall vom Beginn der CPR bis zum Wiederkehren eines Spontankreislaufs.

COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung; **CPR** = kardiopulmonale Reanimation.

Abgeleitet von anderen großen Beobachtungsstudien scheint ein initial nachgewiesener defibrillierbarer Herzrhythmus ein wichtiger prognostischer Faktor für Patienten mit OHCA zu sein [19]. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt erscheint es trotzdem nicht gerechtfertigt, die eCPR für Patienten ohne defibrillierbarem Rhythmus kategorisch auszuschließen. Der prognostische Wert der Low-Flow-Zeit wurde sowohl für den innerklinischen Kreislaufstillstand als auch den außerklinischen Herzstillstand bereits dokumentiert [19,27]. Insbesondere der Faktor Zeit scheint eine bedeutende Rolle einzunehmen. In einer japanischen Registerstudie konnte gezeigt werden, dass die strikte Einhaltung der sogenannten „Collapse-to-start eCPR“ <40 Minuten und „Collapse-to-Coronary Reperfusion“ <60 Minuten mit dem besten prognostischen Outcome einherging [28]. Auch in Städten mit einem bereits etablierten eCPR-Programm lag die Low-Flow-Zeit bis zur ECLS-Unterstützung bei über 70 Minuten, was es in Zukunft in Analogie zur Behandlung des ST-Streckenhebungsinfarktes zu reduzieren gilt [17,27]. Ob bei selektierten Patienten durch einen deutlich akzelerierten CPR-Algorithmus mit Fokus auf einen schnellen Transport nach dem Prinzip „Load-and-Go“ ein Mortalitätsvorteil erzielt werden kann, oder ob ggf. ein ECLS-Team [29] bereits präklinisch aktiv werden sollte, ist Gegenstand laufender und zukünftiger Studien (z.B. CAREECMO-Studie, NCT03352999). Zumindest sind ein frühzeitiges Eintreffen des Ersthelfers, ein niedriges Serumlaktat, ein höheres etCO₂ vor Ankunft im Herzkatheterlabor und das Vorliegen einer koronaren Herzerkrankung als reversible Ursache mit einer signifikanten höheren Überlebenswahrscheinlichkeit assoziiert [30].

Bezüglich der laborchemisch bestimmbaren Parameter haben sich der pH-Wert und das Serumlaktat vielerorts als „die“ prognostischen Faktoren hervorgetan [19]. Pathophysiologisch führt jedoch jede prolongierte CPR basierend auf einer metabolischen Dysbalance auf Zellebene zu einem Abweichen des pH-Wertes und des Serumlaktatspiegels.

Einmalig erhobene Ist-Werte sind daher mit Vorsicht zu interpretieren, während die Clearance über die Zeit von größerer Bedeutung ist [31,32]. Gut validierte Cut-Off-Werte für den pH-Wert oder das Serumlaktat, die alleine oder in Kombination für die Entscheidung einer eCPR herangezogen werden, existieren bis heute nicht, so dass diese Werte nie isoliert, sondern nur im klinischen Kontext betrachtet werden dürfen. Der pH-Wert scheint dabei ein viel besserer Prädiktor für das neurologische Outcome als der Laktatspiegel zu sein [33]. Der venöse pH-Wert zeigt eine gute Übereinstimmung mit dem arteriellen pH-Wert [34]. Obwohl z.B. ein pH-Wert von kleiner 6,8 nach bisheriger Lehrbuchmeinung in der Regel nicht mehr mit dem Leben vereinbar sein soll [35], zeigen einige aktuelle Fallberichte auch mit einem tieferen pH-Wert ein gutes neurologisches Outcome (CPC 1–2) [36, 37]. In einer retrospektiven Analyse von prospektiven Registerdaten von OHCA-Patienten konnte jedoch gezeigt werden, dass ein pH-Wert <6,8 nicht mit einem guten neurologischen Outcome assoziiert war [38].

Die Entscheidung zur eCPR sollte daher stets im multiprofessionellen „eCPR-Team“ (siehe Empfehlung 2) und unter Abwägung aller zur Verfügung stehenden Indikatoren individuell erfolgen (Tab. 1). Neben diesen Ereignisbezogenen Parametern haben auch allgemeine, Patienten-bezogene Parameter prognostische Bedeutung. Diskutiert wird hier oft ein adipöser Körperbau, der möglicherweise die ECLS-Anlage erschwert. In einer retrospektiven Beobachtungsstudie konnte allerdings gezeigt werden, dass der Body-Mass-Index (BMI <18,5 bis ≥30 kg/m²) bei eCPR-Patienten weder mit einer erhöhten Mortalität noch mit einem schlechteren neurologischen Outcome assoziiert war [39]. Andererseits konnte in einer retrospektiven Studie gezeigt werden, dass die 1-Jahres-Überlebensrate bei Patienten mit malignen Erkrankungen signifikant niedriger war als bei nicht-malignen Erkrankungen (1,7% versus 11,4%) [40]. Zudem ist zu berücksichtigen, dass ältere und gebrechliche Patienten mit OHCA eine

niedrige Überlebenswahrscheinlichkeit zeigen [41]. Das Alter alleine scheint dennoch die Überlebensrate nicht negativ zu beeinflussen und sollte daher nicht als absolute Kontraindikation aufgeführt werden [22,42,43]. Zusammenfassend existieren aus Beobachtungsstudien eine Reihe von Parametern mit prognostischer Bedeutung, wobei keiner dieser Marker im Sinne einer „No-go“-Entscheidungshilfe herangezogen werden kann.

Obwohl die eCPR im Vergleich zur konventionellen CPR nach inner- und außerklinischem Herzkreislaufstillstand in Beobachtungsstudien mit einem Überlebensvorteil assoziiert ist, sind RCTs bis heute ausstehend. Einige RCTs wurden dazu vor kurzem initiiert (z.B. INCEPTION-Studie (NCT03101787, voraussichtliches Studienende 2019), EROCA-Studie (NCT03065647, voraussichtliches Studienende 2019), Prague OHCA-Studie ((NCT01511666, voraussichtliches Studienende 2018), ACPAR2-Studie (NCT02527031, voraussichtliches Studienende 2018)), und bis zur Beendigung dieser Studien kann bezüglich klinisch prognostischer Endpunkte derzeit noch keine Aussage getroffen werden.

Neben den medizinischen Aspekten der eCPR müssen auch ethische Aspekte (z.B. Diagnostik des irreversiblen Hirnfunktionsausfalls unter ECLS) und mögliche psychische Belastungen für das Behandlungsteam und Angehörige berücksichtigt werden [44–48].

Studienlage zu Behandlungspfaden

Außerklinischer Kreislaufstillstand (OHCA)

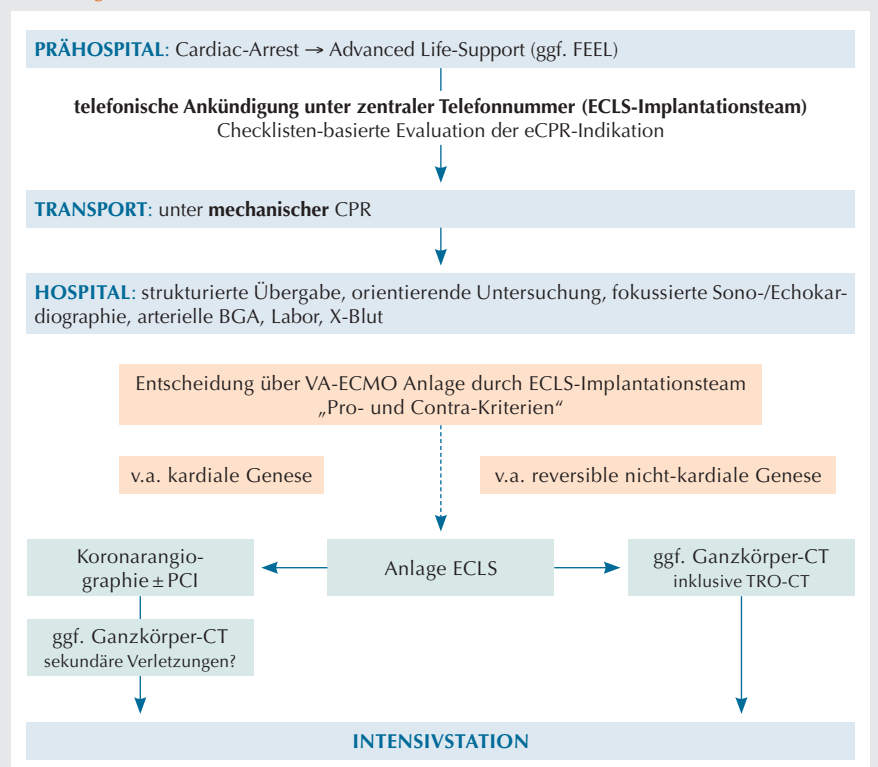
Ein einheitlich standardisierter Behandlungspfad von Patienten unter CPR ist bisher noch ungeklärt. Selbst bei einem günstigen initialen ventrikulären Rhythmusereignis präsentieren sich über 60% der Patienten mit einem therapierefraktären Kammerflimmern und erreichen nur selten einen Spontankreislauf (ROSC, **return of spontaneous circulation**), oder versterben, bevor sie ins Krankenhaus eingeliefert werden [50]. In einer prospektiven Studie von Yannopoulos et al. [30] wurde ein Algorithmus für be-

stimmte Patienten mit therapierefraktärem Kammerflimmern etabliert (Alter 18–75 Jahre, Transferzeit <30 Minuten bis zum Herzkatheterlabor, kein ROSC trotz Amiodarongabe und 3-maliger Defibrillation). Patienten dieser speziellen Gruppe wurden schnell in ein 24 Stunden/7 Tage/365 Tage-Krankenhaus mit Herzkatheterbereitschaft unter mCPR (LUCAS®-Thoraxkompressionssystem) transportiert. Bei Ankunft im Herzkatheterlabor erfolgte bei Nicht-Vorhandensein von bestimmten Ausschlusskriterien (etCO₂ <10 mmHg, p_aO₂ <50 mmHg oder SO₂ <85%, Serum-Laktat >18 mmol/L) umgehend eine ECLS-Anlage. Eine Linksherzkatheteruntersuchung mit ggf. Koronarintervention wurde im Anschluss durchgeführt. Von diesem schnellen Notfalltransport wurden bestimmte Patienten ausgenommen: Vorliegen eines Herzkreislaufstillstandes nicht-kardialer Ätiologie (z.B. Trauma, Blutung), Kontraindikationen für das Anlegen eines LUCAS®-Device, bekannte Schwangerschaft, Pflegeheimpatienten, Vorliegen einer sogenannten „Do-Not Resuscitate/Do-Not Intubate Situation“ (z.B. Patientenverfügung) und das Vorliegen einer terminalen Erkrankung (z.B. Krebserkrankung, terminale Herz- oder Niereninsuffizienz). Da 9% der Patienten auf dem Weg ins Herzkatheterlabor einen ROSC aufwiesen, unterzogen sich 91% der eingeschlossenen Patienten (50/55) einer eCPR; 84% erhielten anschließend eine erfolgreiche Koronarintervention. An Komplikationen präsentierten sich im Rahmen der ECLS-Anlage retroperitoneale Blutungen (8%) und andere vaskuläre Komplikationen (6%). Im Vergleich zur Kontrollgruppe überlebten 42,0% versus 15,3% der Patienten mit einem guten neurologischen Status (CPC 1–2). Die Fluoroskopie-geführte Kanülierung der Femoralgefäße unter CPR-Bedingungen ist sicher [51] und führt ohne Zeitverzögerung zu einer Reduktion der Komplikationsrate [52]. Eine randomisiert-kontrollierte oder prospektive Studie zur fluoroskopisch versus sonographisch gesteuerter ECLS-Anlage ist bisher ausstehend. In einer kleinen retrospektiven Single-Center-Beobach-

tungsstudie wurde die Kanülierungszeit zwischen der anatomischen „Landmark“-basierten Gefäßpunktion plus Anwendung von konventionellen Drähten mit der Ultraschall-geführten Gefäßpunktion unter Nutzung von steifen Drähten (sog. **stiff wire**) verglichen [53]. Die Kanülierungszeit betrug im Median 17 (12–26) Minuten (Landmark-Technik) versus 8 (6–12) Minuten (Ultraschall-Technik, p<0,001), was für die Anwendung der Ultraschall-basierten Methode und Nutzung von steifen Drähten spricht. Da zum einen aus interventioneller Sicht die „Stiff-Wire“ Methode generell das bevorzugte Verfahren unabhängig von der Landmark- oder Ultraschall-Technik darstellt und zum anderen die Kanülierung ausschließlich von interventionellen Kardiologen durchgeführt

wurde, bleibt weiterhin die Frage nach der optimalen Kanülierungsmethode nur zum Teil beantwortet [53]. Vor dem Hintergrund, dass eine frühe Koronarangiographie bei reanimierten Patienten mit einer niedrigeren Mortalität vergesellschaftet ist [54,55], sollte – da bisher kein anderer Algorithmus untersucht wurde – der „CPR-Herzkatheter-Pfad“ bevorzugt werden [30]. Ein direkter Transport von selektierten Patienten mit OHCA in ein Cardiac-Arrest-Zentrum mit Herzkatheterbereitschaft sollte angestrebt werden [56,57]. Kliniken mit einem ECMO/ECLS-Programm sollten in der Lage sein, an verschiedenen Orten in der Klinik (z.B. Schockraum oder Herzkatheterlabor) ein ECLS zu implantieren [57]. So kann gewährleistet werden, dass auch im Falle einer nicht-

Abbildung 1



eCPR-Algorithmus

BGA = Blutgasanalyse; **CPR** = kardiopulmonale Reanimation; **CT** = Computertomographie; **ECMO** = extrakorporale Membranoxygenierung; **ECLS** = extrakorporales Life Support System; **eCPR** = extrakorporale kardiopulmonale Reanimation; **FEEL** = focused echocardiographic evaluation in life support; **PCI** = perkutane Koronarintervention; **TRO-CT** = Triple-Rule-Out-Computertomographie, um simultan eine koronare Herzerkrankung, eine akute Lungenarterienembolie und eine akute Aortenerkrankung auszuschließen bzw. nachzuweisen; **VA** = venoarteriell; **X-Blut** = Kreuzblut.

kardialen Genese (z.B. akzidentelle Hypothermie) im Schockraum eine eCPR durchgeführt werden kann [58].

Innerklinischer Kreislaufstillstand (IHCA)

Die Behandlungspfade innerhalb von Krankenhausabteilungen hängen von den jeweiligen Gegebenheiten und Ressour-

cen ab und variieren daher stark. Bei innerklinischen Reanimationen kann es unter Umständen sinnvoll sein, den Patienten vor Ort (z.B. auf der Intensivstation) mit einer ECLS zu versorgen, um Transportzeit zu sparen.

Für Krankenhäuser mit fehlenden strukturellen und personellen Voraussetzun-

gen zur ECLS-Anlage empfiehlt sich eine grundsätzliche Absprache mit der nächstgelegenen Klinik mit einem ECMO/ECLS-Programm, ob im Falle einer CPR ohne ROSC ein rascher Transport des Patienten oder ein Ausrücken eines ECLS-Implantationsteams zweckmäßiger ist.

Organisatorische Voraussetzungen und Empfehlungen zur eCPR

1. Eine lückenlose eCPR-Bereitschaft setzt eine 24 Stunden/7 Tage/365 Tage-Verfügbarkeit des eCPR-Teams mit entsprechend kurzer Versammlungszeit voraus.
2. Das multiprofessionelle eCPR-Team besteht idealerweise aus einem Arzt/einer Ärztin mit der Zusatzbezeichnung „Notfallmedizin“ oder einem/einer Facharzt/-ärztin mit der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ und dem ECLS-Implantationsteam. Das ECLS-Implantationsteam soll Facharztstandards aus wenigstens zwei der drei Fachgebiete Kardiologie, Herzchirurgie und Anästhesiologie repräsentieren sowie aus einem/einer klinischen Perfusionisten/Perfusionistin Kardiotechnik oder – insbesondere in Institutionen, in denen es keinen Bereich Kardiotechnik gibt – einer speziell in ECLS-geschulten qualifizierten Fachpflegekraft mit den im nächsten Satz aufgeführten Qualifikationen bestehen. Die bei der ECLS-Implantation und dem Betrieb beteiligten Assistenz- und/oder Pflegekräfte sind ausgebildete Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. pflegerinnen – idealerweise mit der Fachweiterbildung für Intensiv- oder Notfallpflege – und verfügen über Erfahrungen in der Therapie von Patienten mit ECLS. Des Weiteren sei auf die entsprechenden europäischen Empfehlungen verwiesen [29].
3. Das eCPR-Programm sollte idealerweise an einer Klinik mit einer Intensiveinheit und langjähriger Erfahrung in der Betreuung von ECLS-Patienten sowie der Möglichkeit weiterführender Therapieoptionen (wie Implantation von ventrikulären Unterstützungssystemen bis hin zur Herztransplantation) angebunden sein [29,59].
4. Da in Deutschland noch nicht die flächendeckende Option bzw. durchgehende Verfügbarkeit portabler ECLS/ECMO-Systeme vorhanden ist, soll die Aufnahme des Patienten über eine kooperierende Klinik mit 24 Stunden/7 Tage/ 365 Tage-Herzkatheter- und ECLS-Bereitschaft erfolgen. Im Falle eines dennoch notwendigen externen Einsatzes von mobilen extrakorporalen Unterstützungssystemen, z.B. im Rahmen einer massiven Lungenarterienembolie unter CPR, sei auf die Empfehlungen für den Interhospitaltransfer unter ECLS hingewiesen [60–62].
5. Eine telefonische Ankündigung und gemeinsame Checklisten-basierte Indikationsüberprüfung unter Angabe von Alter, möglichen Komorbiditäten, initialem Rhythmus, No-Flow-Zeit und ROSC-Status sollte, wenn möglich, innerhalb von 15 Minuten bei weiterhin fehlendem ROSC (**refractory CPR** [20,29]) mit dem/der verantwortlichen Arzt/Ärztin des ECLS-Implantationsteams erfolgen.
6. Für die Schnittstellenkommunikation mit dem Rettungsdienst müssen gültige Verfahrensanweisungen implementiert werden, die eine strukturierte Übergabe und Interventionsorte zuverlässig definieren [57].
7. Nach strukturierter Übergabe (inklusive Team-Time-Out) sollte eine orientierende klinische Untersuchung und eine sofortige fokussierte Sono-/Echokardiographie unter mCPR zum Ausschluss bzw. Nachweis reversibler Ursachen (Pneumothorax, Rechts-herzbelastungszeichen als Hinweis auf eine Lungenarterienembolie, Perikardtamponade, linksventrikuläre Dysfunktion und Hypovolämie) durchgeführt werden [63–65].
8. Die endgültige Entscheidung bezüglich der Durchführung einer ECLS-Anlage soll nach Abwägung von Pro- und Contra-Kriterien durch das ECLS-Implantationsteam getroffen werden. Bis dahin ist die CPR kontinuierlich und den Leitlinien entsprechend fortzuführen [66–68].
9. Zum hämodynamischen Monitoring unter CPR und zur Bestimmung von laborchemischen Prognosefaktoren (Serumlaktat, pH-Wert) ist ein arterieller Zugang anzulegen. Idealerweise wird hierfür unmittelbar bei Ankunft des Patienten eine arterielle Schleuse in die A. femoralis communis platziert. Neben der arteriellen Blutgasanalyse und dem invasiven Blutdruckmonitoring kann zusätzlich hierüber nach Entscheidungsfindung die arterielle Kanülierung für das ECLS erfolgen.
10. Ein separates intensivmedizinisches Team oder Schockraumteam, bestehend aus einem in der intensivmedizinischen Behandlung von reanimierten Patienten erfahrene/r (möglichst >1 Jahr) Arzt/eine Ärztin und Pflegekraft, soll während der ECLS-Anlage kontinuierlich anwesend sein und die hämodynamische sowie respiratorische Unterstützung/Überwachung des Patienten übernehmen.
11. Ein „Collapse-to-start-eCPR-Zeitintervall“ von 60 Minuten [69] und eine „Door-to-ECLS-Implantationszeit“ von kleiner 30 Minuten sollte in Abhängigkeit von den lokalen Gegebenheiten eingehalten werden [70].

Organisatorische Voraussetzungen und Empfehlungen zur eCPR – Fortsetzung von vorheriger Seite

12. Die ECLS-Anlage via A. femoralis (15–19 Fr) und V. femoralis (19–23 Fr) sollte idealerweise entweder im Herzkatheterlabor unter Durchleuchtung (ggf. mittels Gefäßsonographie) oder in der Notaufnahme/Schockraum unter Ultraschallkontrolle erfolgen [71,72].
13. Nach ECLS-Anlage sollte eine distal gerichtete Gefäßschleuse zur antegraden Beinperfusion unter Ultraschallkontrolle angelegt werden. Bei frustraner Anlage und klinischen oder apparativen Hinweisen auf eine kritische Minderperfusion (z.B. mittels Nahinfrarotspektroskopie am Unterschenkel) ist eine offene chirurgische Anlage anzustreben. Die korrekte Lage und Funktion der nach distal gerichteten Gefäßschleuse ist durch eine geeignete Diagnostik (z.B. Doppler-Gefäßsonographie oder (CT-)Angiographie) frühzeitig zu evaluieren.
14. Des Weiteren soll niederschwellig in Abhängigkeit von der klinischen Situation nach ECLS-Anlage eine Ganzkörper-CT-Untersuchung erwogen werden, um bisher nicht detektierte Ursachen des Kreislaufstillstandes (insbesondere zentrale Prozesse), sekundäre Verletzungen nach CPR und ECLS-bedingte Komplikationen nach Implantation zu identifizieren [73].
15. Ein leitliniengerechtes Temperaturmanagement (32–36°C konstant über 24 Stunden) sollte unter Berücksichtigung der jeweiligen Gerinnungssituation und von Blutungskomplikationen erfolgen [66,74].
16. Die zusätzliche Implantation einer linksventrikulären Mikroaxialpumpe (Impella®) kann bei fehlender Pulsatilität oder nur minimaler linksventrikulärer Kontraktilität im Sinne einer linksventrikulären Entlastung als sogenanntes Venting im Verlauf erwogen werden [75, 76].
17. Die Frage der Prognostizierung und insbesondere die Frage, wann eine eCPR bei nicht stabilisier- bzw. entwöhnbaren Patienten beendet werden kann und soll, sollte – bei bisher fehlender wissenschaftlicher Evidenz – unter Berücksichtigung von medizinischen und ethischen Aspekten als patientenindividuelle Entscheidung im interdisziplinären intensivmedizinischen und ECLS-Team erfolgen. Die aktuellen Leitlinien zur Wiederbelebung empfehlen generell eine neurologische Prognoseabschätzung und Therapieentscheidung frühestens 72 Stunden nach ROSC [10]).
18. Ein eCPR-Prozessablauf in Form einer standardisierten Vorgehensweise (**standard operating procedure**, SOP) soll im eCPR-Team etabliert und in regelmäßigen Abstand evaluiert werden (Abb. 1).

Qualitätskriterien

Die Umsetzung einer eCPR setzt neben fachlichen Voraussetzungen auch soziale, ökonomische und medizinethische Kompetenzen voraus [69].

1. Bezüglich der Betreuung von Patienten mit prähospitalen Herzkreislaufstillstand sei auf die Qualitätsindikatoren und strukturellen Voraussetzungen für sog. Cardiac-Arrest-Zentren hingewiesen [57].
2. Die praktische Umsetzung der eCPR erfordert erhebliche Ressourcen und setzt eine sehr gute Kommunikation und Kooperation zwischen allen Mitgliedern des eCPR-Teams, ähnlich regionalen Infarktnetzwerken [77], voraus. Eine enge Absprache und verbindlich strukturierte Zusammenarbeit mit dem örtlichen Rettungsdienst ist daher essentiell, da zum einen die frühzeitige telefonische Ankündigung und die gemeinsame Evaluierung bezüglich einer eCPR im Sinne eines „Rapid-Decision-Making“ Prozessmanagements von großer Bedeutung ist, und zum anderen die Wiederbelebensmaßnahmen mit der Option auf eine eCPR in der Klinik stärker auf einen raschen Transport ausgerichtet sein sollten.
3. Ein multiprofessionelles Training zur Team-fokussierten eCPR sollte unter der Leitung eines qualifizierten Mentors zur Qualitätssicherung beitragen [78].
4. Im Rahmen der regelmäßigen Treffen sollten Qualitätskriterien/-merkmale (z.B. Optimierung der eCPR-SOP), aktuelle Studienergebnisse und eigene Fälle referiert bzw. diskutiert werden. Eine Beteiligung an nationalen und internationalen Multicenter-Studien ist wünschenswert.
5. Da viele unerwünschte Ereignisse und potentielle Fehler auf der Komplexität der Behandlung, Unsicherheit, fehlendem Teammanagement bzw. Missverständnissen zwischen Mitgliedern des eCPR-Teams in der Ad-hoc-Notfallsituation beruhen, sollten alle Beteiligten des eCPR-Teams entsprechend qualitativ ausgebildet und trainiert werden. Die interdisziplinäre Aufgabenverteilung sollte daher sowohl logistisch als auch medizinisch im Vorfeld eindeutig geregelt und regelmäßig geschult werden.
6. Um eine angemessene Qualität zu ermöglichen, wird ein Case-Load von mindestens 30 ECLS/ECMO-Anlagen (elektiv plus unter eCPR) pro Jahr und pro Klinik mit einem ECMO/ECLS-Programm gefordert [29,79].
7. Zur Aufrechterhaltung der Qualität an die aktuellen Empfehlungen und Studienlage, ist es Ziel, das vorliegende Konsensuspapier in einem 5-Jahresrhythmus zu aktualisieren.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Tobias Wengenmayer, Christian Hagl, Christian Dohmen, Andreas Markewitz, Adrian Bauer, Jan-Thorsten Gräsner, Roman Pfister, Hans-Jörg Busch, Uwe Kreimeier, Andreas Beckmann, Matthias Fischer, Clemens Kill, Uwe Janssens, Stefan Kluge, Frank Born, Hans Martin Hoffmeister, Michael Preusch, Udo Boeken, Reimer Riessen und Holger Thiele geben an, dass kein Interessenkonflikt in Bezug auf die gegenständliche Publikation besteht.

Guido Michels ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Gesellschaft für internistische Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DGIIN), Sprecher der Arbeitsgruppe Kardiopulmonale Reanimation der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e.V. (DGK) sowie Mitglied der Arbeitsgruppe ECMO/eCPR des Deutschen Rates für Wiederbelebung e.V./German Resuscitation Council (GRC) und erhielt Honorare für Vortragstätigkeiten von Pfizer, Novartis, Servier, Zoll und Orion Pharma.

Johann Bauersachs ist Sprecher der DFG-geförderten Klinischen Forschergruppe (KFO) 311 „(Prä-) terminale Herz- und Lungeninsuffizienz: Entlastung und Reparatur“ und erhielt Honorare für Vortragstätigkeiten und Forschungsunterstützung von Abiomed sowie Zoll.

Bernd W. Böttiger ist European Resuscitation Council (ERC) Board Director Science and Research, Vorstandsvorsitzender des Deutschen Rates für Wiederbelebung e.V./German Resuscitation Council (GRC), Mitglied in der “Advanced Cardiac Life Support” (ALS) Task Force des International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR), Mitglied im Präsidium der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Associated Editor des European Journal of Anaesthesiology (EJA), Mitherausgeber der Zeitschrift Resuscitation, Schriftleiter der Zeitschrift Notfall + Rettungsmedizin. Für Vorträge hat er Honorare der folgenden Firmen erhalten; Medupdate, Forum für Medizinische Fortbildung (FoMF), Baxalta, Bayer Vita, Zoll, BARD.

Alexander Ghanem erhielt Honorare für Vortragstätigkeiten von Getinge.

Andreas Markewitz erhielt ein Vortragshonorar von TÜV Süd, München.

Jan-Thorsten Gräsner ist 1. Sprecher des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Notfallmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Sprecher des Organisations-Komitees des Deutschen Reanimationsregisters, Chair des European Registry of Cardiac Arrest, Mitglied im Exekutiv-Komitee des Deutschen Rates für Wiederbelebung, Mitglied im Präsidium des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten.

Uwe Kreimeier ist Leiter der Arbeitsgruppe Advanced Life Support im Deutschen Rat für Wiederbelebung e.V./German Resuscitation Council (GRC)

Literatur

1. Atwood C, Eisenberg MS, Herlitz J, Rea TD: Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in Europe. *Resuscitation* 2005;67(1):75–80
2. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, et al: Executive summary: heart disease and stroke statistics-2014 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(3):399–410
3. Hawkes C, Booth S, Ji C, et al: Epidemiology and outcomes from out-of-hospital cardiac arrests in England. *Resuscitation* 2017;110:133–140
4. Spangenberg T, Schewel J, Dreher A, et al: Health related quality of life after extracorporeal cardiopulmonary resuscitation in refractory cardiac arrest. *Resuscitation* 2018;127:73–78
5. Kuisma M, Alaspää A: Out-of-hospital cardiac arrests of non-cardiac origin. Epidemiology and outcome. *Eur Heart J* 1997;18(7):1122–1128
6. Hess EP, Campbell RL, White RD: Epidemiology, trends, and outcome of out-of-hospital cardiac arrest of non-cardiac origin. *Resuscitation* 2007;72(2):200–206
7. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M: In-hospital cardiac arrest: Incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med* 2007;33:237–245
8. Link MS, Berkow LC, Kudenchuk PJ, et al: Part 7: Advanced Cardiovascular Life Support – 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2015;132[Suppl 2]:S444–S464
9. Karam N, Marijon E, Dumas F, et al: Characteristics and outcomes of out-of-hospital sudden cardiac arrest according to the time of occurrence. *Resuscitation* 2017;116:16–21
10. Soar J, Nolan JP, Böttiger BW, et al: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation* 2015;95:100–147
11. Kim SJ, Kim HJ, Lee HY, et al: Comparing extracorporeal cardiopulmonary resuscitation with conventional cardiopulmonary resuscitation: A meta-analysis. *Resuscitation* 2016;103:106–116
12. Vdovin N, Günther SPW, de Waha S, et al: Early Risk Stratification in Patients With Cardiogenic Shock Complicating Acute Myocardial Infarction Treated With Extracorporeal Life Support and Primary Percutaneous Coronary Intervention. *JACC Cardiovasc Interv* 2017;10(23):2469–2471
13. Chen YS, Lin JW, Yu HY, et al: Cardiopulmonary resuscitation with assisted extracorporeal life support versus conventional cardiopulmonary resuscitation in adults with in-hospital cardiac arrest: an observational study and propensity analysis. *Lancet* 2008;372:554–561
14. Wang CH, Chou NK, Becker LB, et al: Improved outcome of extracorporeal cardiopulmonary resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest – a comparison with that for extracorporeal rescue for in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2014;85(9):1219–1224
15. Fagnoul D, Combes A, De Backer D: Extracorporeal cardiopulmonary resuscitation. *Curr Opin Crit Care* 2014;20(3):259–265
16. Blumenstein J, Leick J, Liebetrau C, et al: Extracorporeal life support in cardiovascular patients with observed refractory in-hospital cardiac arrest is associated with favourable short and long-term outcomes: A propensity-matched analysis. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2016;5(7):13–22
17. Spangenberg T, Meincke F, Brooks S, et al: „Shock and Go?“ extracorporeal cardio-pulmonary resuscitation in the golden-hour of ROSC. *Catheter Cardiovasc Interv* 2016;88(5):691–696
18. Combes A, Brodie D, Chen YS, et al: The ICM research agenda on extracorporeal life support. *Intensive Care Med* 2017;43(9):1306–1318
19. Debaty G, Babaz V, Durand M, et al: Prognostic factors for extracorporeal

Guidelines and Recommendations

Special Articles

- cardiopulmonary resuscitation recipients following out-of-hospital refractory cardiac arrest. A systematic review and meta-analysis. *Resuscitation* 2017;112:1–10
20. Conrad SA, Rycus PT: Extracorporeal membrane oxygenation for refractory cardiac arrest. *Ann Card Anaesth* 2017;20(Supplement):S4–S10
 21. Richardson AS, Schmidt M, Bailey M, et al: ECMO Cardio-Pulmonary Resuscitation (ECPR), trends in survival from an international multicentre cohort study over 12-years. *Resuscitation* 2017; 112:34–40
 22. Haas NL, Coute RA, Hsu CH, et al: Descriptive analysis of extracorporeal cardiopulmonary resuscitation following out-of-hospital cardiac arrest-An ELSO registry study. *Resuscitation* 2017;119:56–62
 23. Ouwenel DM, Schotborgh JV, Limpens J, et al: Extracorporeal life support during cardiac arrest and cardiogenic shock: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med* 2016;42:1922–1934
 24. Trummer G, Bein B, Buerke M, et al: Standardized terminology of mechanical heart, lung and circulatory assist devices: A recommendation of the Section „Heart and Circulation“ of the German Interdisciplinary Association of Critical Care Medicine. *Applied Cardiopulmonary Pathophysiology* 2011;15:181–182
 25. ELSO ECPR Supplement to the ELSO General Guidelines. 2013, Version 1.3, <https://www.else.org/Portals/0/IGD/Archive/FileManager/6713186745usersshydocumentselsoguidelinesforecprcases1.3.pdf>
 26. Günther S, Born F, Buchholz S, et al: Patienten unter Reanimation: Kandidaten für „Extracorporeal Life Support“? *Z Herz-, Thorax-Gefäßchir* 2018;32:133–140
 27. Wengenmayer T, Rombach S, Ramshorn F, et al: Influence of low-flow time on survival after extracorporeal cardiopulmonary resuscitation (eCPR). *Crit Care* 2017;21(1):157
 28. Kuroki N, Abe D, Iwama T, et al: Association between delay to coronary reperfusion and outcome in patients with acute coronary syndrome undergoing extracorporeal cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation* 2017;114:1–6
 29. Abrams D, Garan AR, Abdelbary A, et al: Position paper for the organization of ECMO programs for cardiac failure in adults. *Intensive Care Med*, 2018, DOI: 10.1007/s00134-018-5064-5 (Epub vorab)
 30. Yannopoulos D, Bartos JA, Raveendran G, et al: Coronary Artery Disease in Patients With Out-of-Hospital Refractory Ventricular Fibrillation Cardiac Arrest. *J Am Coll Cardiol* 2017;70(9):1109–1117
 31. Hayashida K, Suzuki M, Yonemoto N, et al: Early Lactate Clearance Is Associated With Improved Outcomes in Patients With Postcardiac Arrest Syndrome: A Prospective, Multicenter Observational Study (SOS-KANTO 2012 Study). *Crit Care Med* 2017;45(6):e559–e566
 32. Slottosch I, Liakopoulos O, Kuhn E, et al: Lactate and lactate clearance as valuable tool to evaluate ECMO therapy in cardiogenic shock. *J Crit Care* 2017;42:35–41
 33. Momiyama Y, Yamada W, Miyata K, et al: Prognostic values of blood pH and lactate levels in patients resuscitated from out-of-hospital cardiac arrest. *Acute Med Surg* 2017;4(1):25–30
 34. Zeserson E, Goodgame B, Hess JD, et al: Correlation of Venous Blood Gas and Pulse Oximetry With Arterial Blood Gas in the Undifferentiated Critically Ill Patient. *J Intensive Care Med* 2018;33(3):176–181
 35. Siegenthaler W: Differentialdiagnose. 19. Auflage, Thieme-Verlag 2005
 36. Geisler AC, Söffker G, Breunig F, et al: Der besondere Fall-Optimale Rettungskette. *Hamb Arztebl* 2014;68(10):44–46
 37. Hohmann C, Pfister R, Michels G: Are the initial pH and the lactate values after cardiopulmonary resuscitation always crucial? *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2018, DOI: 10.1007/s00063-018-0432-z
 38. Shin J, Lim YS, Kim K, et al: Initial blood pH during cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients: a multicenter observational registry-based study. *Crit Care* 2017;21(1):322
 39. Gil E, Na SJ, Ryu JA, et al: Association of body mass index with clinical outcomes for in-hospital cardiac arrest adult patients following extracorporeal cardiopulmonary resuscitation. *PLoS One* 2017;12(4):e0176143
 40. Kang SB, Kim KS, Suh GJ, et al: Long-term survival of out-of-hospital cardiac arrest patients with malignancy. *Am J Emerg Med* 2017;35(10):1457–1461
 41. Sulzgruber P, Sterz F, Poppe M, et al: Age-specific prognostication after out-of-hospital cardiac arrest – The ethical dilemma between ‚life-sustaining treatment‘ and ‚the right to die‘ in the elderly. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care* 2017;6(2):112–120
 42. Pabst D, El-Banayosy A, Soleimani B, Brehm CE: Predictors of Survival for Nonhighly Selected Patients Undergoing Resuscitation With Extracorporeal Membrane Oxygenation After Cardiac Arrest. *ASAIO J* 2018;64(3):368–374
 43. Lorusso R, Gelsomino S, Parise O, et al: Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation for Refractory Cardiogenic Shock in Elderly Patients: Trends in Application and Outcome From the Extracorporeal Life Support Organization (ELSO) Registry. *Ann Thorac Surg* 2017;104(1):62–69
 44. Riggs KR, Becker LB, Sugarman J: Ethics in the use of extracorporeal cardiopulmonary resuscitation in adults. *Resuscitation* 2015;91:73–75
 45. Mancini ME, Diekema DS, Hoadley TA, et al: Part 3: Ethical Issues: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2015;132(18 Suppl 2):S383–396
 46. Meltzer EC, Ivascu NS, Stark M, et al: A Survey of Physicians’ Attitudes toward Decision-Making Authority for Initiating and Withdrawing VA-ECMO: Results and Ethical Implications for Shared Decision Making. *J Clin Ethics* 2016;27(4):281–289
 47. Makdissi T, Makdissi G: Extra-corporeal membrane oxygenation support: ethical dilemmas. *Ann Transl Med* 2017;5(5):112
 48. Niecke A, Schneider G, Hartog CS, Michels G: Traumatized relatives of intensive care patients. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2017;112(7):612–617
 49. Michels G, Thiele H, Kluge S, Pfister R: Are there any prognostic predictors for extracorporeal cardiopulmonary resuscitation (ECPR) in case of out-of-hospital cardiac arrest? *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2017;112(7):634–636
 50. Stiell IG, Nichol G, Leroux BG, et al: Early versus later rhythm analysis in patients with out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2011;365(9):787–797
 51. Goslar T, Knafelj R, Radsel P, et al: Emergency percutaneous implantation of veno-arterial extracorporeal membrane oxygenation in the catheterisation laboratory. *EuroIntervention* 2016; 12(12):1465–1472
 52. Kashiura M, Sugiyama K, Tanabe T, Akashi A, Hamabe Y: Effect of ultrasonography and fluoroscopic guidance on the incidence of complications of cannulation in extracorporeal cardiopulmonary

Special Articles

Guidelines and Recommendations

- resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest: a retrospective observational study. *BMC Anesthesiol* 2017;17(1):4
53. Voicu S, Henry P, Malissin I, et al: Improving cannulation time for extracorporeal life support in refractory cardiac arrest of presumed cardiac cause – Comparison of two percutaneous cannulation techniques in the catheterization laboratory in a center without on-site cardiovascular surgery. *Resuscitation* 2018;122:69–75
 54. Reynolds JC, Callaway CW, El Khoudary SR, et al: Coronary angiography predicts improved outcome following cardiac arrest: propensity-adjusted analysis. *J Intensive Care Med* 2009;24(3):179–186
 55. Dumas F, Cariou A, Manzo-Silberman S, et al: Immediate percutaneous coronary intervention is associated with better survival after out-of-hospital cardiac arrest: insights from the PROCAT (Parisian Region Out of hospital Cardiac Arrest) registry. *Circ Cardiovasc Interv* 2010;3(3):200–207
 56. Kragholm K, Malta Hansen C, Dupre ME, et al: Direct Transport to a Percutaneous Cardiac Intervention Center and Outcomes in Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* 2017;10(6). pii: e003414. DOI: 10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003414
 57. Scholz KH, Andresen D, Böttiger BW, et al: Quality indicators and structural requirements for Cardiac Arrest Centers – German Resuscitation Council (GRC). *Kardiologie* 2017;11:205–208
 58. Jarosz A, Darocha T, Kosiński S, et al: Profound Accidental Hypothermia: Systematic Approach to Active Recognition and Treatment. *ASAIO J* 2017;63(3):e26–e30
 59. Beckmann A, Benk C, Beyersdorf F, et al: Position article for the use of extracorporeal life support in adult patients. *Eur J Cardiothorac Surg* 2011;40(3):676–680
 60. Combes A, Brodie D, Bartlett R, et al: Position paper for the organization of extracorporeal membrane oxygenation programs for acute respiratory failure in adult patients. *Am J Respir Crit Care Med* 2014;190(5):488–496
 61. Dirnberger D, Fiser R, Harvey C, et al: Extracorporeal Life Support Organization (ELSO), Guidelines for ECMO Transport 2015. <https://www.elso.org/resources/guidelines.aspx>
 62. Broman LM, Frenckner B: Transportation of Critically Ill Patients on Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Front Pediatr* 2016;4:63
 63. Michels G, Zinke H, Möckel M, et al: Recommendations for education in ultrasound in medical intensive care and emergency medicine: position paper of DGIIN, DEGUM and DGK. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2017;112(4):314–319
 64. Zhang Z: Echocardiography for patients undergoing extracorporeal cardiopulmonary resuscitation: a primer for intensive care physicians. *J Intensive Care* 2017;5:15
 65. Price S, Platz E, Cullen L, et al: Expert consensus document: Echocardiography and lung ultrasonography for the assessment and management of acute heart failure. *Nat Rev Cardiol* 2017;14(7):427–440
 66. Nolan JP, Hazinski MF, Aickin R, et al: Part 1: Executive summary: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2015;95:e1–31
 67. Olasveengen TM, de Caen AR, Mancini ME, et al: 2017 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations Summary. *Circulation* 2017;136(23):e424–e440
 68. Perkins GD, Olasveengen TM, Maconochie I, et al: European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation: 2017 update. *Resuscitation* 2018;123:43–50
 69. Swol J, Belohlávek J, Haft JW, et al: Conditions and procedures for in-hospital extracorporeal life support (ECLS) in cardiopulmonary resuscitation (CPR) of adult patients. *Perfusion* 2016;31(3):182–188
 70. Leick J, Liebetrau C, Szardien S, et al: Door-to-implantation time of extracorporeal life support systems predicts mortality in patients with out-of-hospital cardiac arrest. *Clin Res Cardiol* 2013;102(9):661–669
 71. Nanjappa VB, Murphy D: Ultrasound Guidance for Extra-corporeal Membrane Oxygenation General Guidelines. 2015. https://www.elso.org/Portals/0/Files/elso_Ultrasoundguidance_ecmogeneral_guidelines_May2015.pdf
 72. Ahn HJ, Lee JW, Joo KH, et al: Point-of-Care Ultrasound-Guided Percutaneous Cannulation of Extracorporeal Membrane Oxygenation: Make it Simple. *J Emerg Med* 2018;54(4):507–513
 73. Beck L, Burg MC, Heindel W, Schülke C: Extracorporeal Membrane Oxygenation in Adults – Variants, Complications during Therapy, and the Role of Radiological Imaging. *Rofo* 2017;189(2):119–127
 74. Pang PY, Wee GH, Hoo AE, et al: Therapeutic hypothermia in adult patients receiving extracorporeal life support: early results of a randomized controlled study. *J Cardiothorac Surg* 2016;11:43
 75. Spartera M, Jabbour RJ, Chiarito M, De Bonis M, Pappalardo F: Stepwise use of circulatory support devices in a patient refractory to cardiopulmonary resuscitation. *Cardiovasc Revasc Med* 2017;18(6):447–449
 76. Tepper S, Masood MF, Baltazar Garcia M, et al: Left Ventricular Unloading by Impella Device Versus Surgical Vent During Extracorporeal Life Support. *Ann Thorac Surg* 2017;104(3):861–867
 77. Ibanez B, James S, Agewall S, et al: 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2018;39(2):119–177
 78. Johnson B, Runyon M, Weekes A, Pearson D: Team-focused Cardiopulmonary Resuscitation: Prehospital Principles Adapted for Emergency Department Cardiac Arrest Resuscitation. *J Emerg Med* 2017;S0736–4679(17)30771–0
 79. Barbaro RP, Odetola FO, Kidwell KM, et al: Association of hospital-level volume of extracorporeal membrane oxygenation cases and mortality. Analysis of the extracorporeal life support organization registry. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;191(8):894–901.

Korrespondenz-adresse



**Prof. Dr. med.
Guido Michels**

Klinik III für Innere Medizin
der Universität zu Köln
Kerpener Straße 62
50937 Köln, Deutschland

Tel.: 0221 478-32401

Fax: 0221 478-32400

E-Mail: guido.michels@uk-koeln.de

An der Erstellung der Empfehlungen zur extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimation (eCPR) haben maßgeblich mitgewirkt (in alphabetischer Reihenfolge):

U. Boeken

Klinik für Kardiovaskuläre Chirurgie,
Universitätsklinikum Düsseldorf,
Heinrich Heine Universität Düsseldorf

A. Ghanem

Abteilung Kardiologie, II. Medizinische
Klinik, Asklepios Klinik St. Georg, Hamburg

R. Pfister

Klinik III für Innere Medizin, Herzzentrum,
Universität zu Köln

M. Preusch

Zentrum für Innere Medizin, Klinik für
Kardiologie, Angiologie und Pneumologie,
Universitätsklinikum Heidelberg

**Für die Deutsche Gesellschaft für
Internistische Intensivmedizin und Notfall-
medizin e.V. (DGIIIN)**

U. Janssens

Klinik für Innere Medizin und Intensiv-
medizin, St. Antonius Hospital, Eschweiler

S. Kluge

Klinik für Intensivmedizin, Universitäts-
klinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

G. Michels

Klinik III für Innere Medizin, Herzzentrum,
Universität zu Köln

R. Riessen

Department für Innere Medizin, Internis-
tische Intensivstation, Universitätsklinikum
Tübingen

T. Wengenmayer

Klinik für Kardiologie und Angiologie I,
Universitäts-Herzzentrum Freiburg –
Bad Krozingen, Medizinische Fakultät der
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

**Für die Deutsche Gesellschaft für Kardio-
logie e.V. (DGK)**

J. Bauersachs

Klinik für Kardiologie und Angiologie,
Medizinische Hochschule Hannover

H. M. Hoffmeister

Klinik für Kardiologie und Allgemeine
Innere Medizin, Städtisches Klinikum Solingen
gGmbH, Solingen

H. Thiele

Klinik für Innere Medizin/Kardiologie, Herz-
zentrum Leipzig – Universitätsklinik, Leipzig

**Für die Deutsche Gesellschaft für Thorax-,
Herz- und Gefäßchirurgie e.V. (DGTHG)**

A. Beckmann

Evangelisches Krankenhaus Niederrhein,
Herzzentrum Duisburg, Klinik für Herz- und
Gefäßchirurgie, Duisburg

C. Hagl

Herzchirurgische Klinik und Poliklinik,
Klinikum der Universität München,
Ludwig-Maximilians-Universität, München

A. Markewitz

Bendorf

**Für die Deutsche Gesellschaft für Kardio-
technik e.V. (DGfK)**

A. Bauer

MediClin Herzzentrum Coswig

F. Born

Herzchirurgische Klinik und Poliklinik,
Klinikum der Universität München,
Ludwig-Maximilians-Universität, München

**Für die Deutsche Gesellschaft für Neuro-
intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DGNi)**

C. Dohmen

LVR-Klinik Bonn

**Für die Deutsche Gesellschaft für Anäs-
thesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)**

B. W. Böttiger

Klinik für Anästhesiologie und Operative
Intensivmedizin, Universität zu Köln

M. Fischer

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin,
Notfallmedizin und Schmerztherapie,
ALB FILS KLINIKEN GmbH, Klinik am Eichert,
Göppingen

J.-T. Gräsner

Institut für Rettungs- und Notfallmedizin,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

C. Kill

Zentrum für Notfallmedizin, Universitäts-
medizin Essen

**Für die Deutsche Interdisziplinäre Vereini-
gung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V.
(DIVI)**

B. W. Böttiger

Klinik für Anästhesiologie und Operative
Intensivmedizin, Universität zu Köln

H.-J. Busch

Universitäts-Notfallzentrum, Universitäts-
klinikum Freiburg, Medizinische Fakultät der
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

C. Dohmen

LVR-Klinik Bonn

U. Janssens

Klinik für Innere Medizin und Intensiv-
medizin, St. Antonius Hospital, Eschweiler

S. Kluge

Klinik für Intensivmedizin, Universitäts-
klinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg

U. Kreimeier

Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der
Universität München, Ludwig-Maximilians-
Universität, München

A. Markewitz

Bendorf

**Für den Deutschen Rat für Wiederbelebung
– German Resuscitation Council (GRC)**

B. W. Böttiger

Klinik für Anästhesiologie und Operative
Intensivmedizin, Universität zu Köln

H.-J. Busch

Universitäts-Notfallzentrum, Universitäts-
klinikum Freiburg, Medizinische Fakultät der
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

J.-T. Gräsner

Institut für Rettungs- und Notfallmedizin,
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

U. Kreimeier

Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der
Universität München, Ludwig-Maximilians-
Universität, München