neue Geräte verkaufen. Aufgrund unserer Umfrage in Deutschland wird aber klar, dass selbst neue Geräte mit nach den neuen Richtlinien der ERC aktualisierter Software nur sehr verzögert geliefert werden. Der ärztliche Leiter ist hierzulande jedoch für die Umsetzung von neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen im Hinblick auf verwendete AED verantwortlich. Hieraus erwachsen für diesen und alle Anwender gewisse ethische und medikolegale Konflikte, die sich verstärken, je länger man auf die Aktualisierungen der AED warten muss. Diese Abhängigkeit von der Industrie darf nicht zu einer Verschlechterung der Patientenversorgung führen. Es muss ein Gerätestandard gefordert werden, der Veränderungen durch den verantwortlichen Arzt nach festgelegten Kriterien zulässt. Diesbezüglich ist sicher das ERC an erster Stelle gefordert.

Korrespondenzadresse

Dr. S. Rehberg

Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin
Universitätsklinik Münster
Albert-Schweitzer-Straße 33, 48149 Münster
sebastian_rehberg@web.de

Danksagung. Die Autoren möchten Herrn Pascal Mombaur von der Berufsfeuerwehr Münster und Herrn Bernd Lubojatsky vom akutmed-Institut für Rettungsmedizin für ihre unverzichtbare Hilfe danken.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Nolan JP, Deakin CD, Soar J et al. (2005) European Resuscitation Council. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 4. Adult advanced life support. Resuscitation 67 [Suppl 1]: 39–86
2. Cobb LA, Fahrenbruch CE, Walsh TR et al. (1999) Influence of cardiopulmonary resuscitation prior to defibrillation in patients with out-of-hospital ventricular fibrillation. JAMA 28: 1182–1188
3. Wik L (2003) Rediscovering the importance of chest compressions to improve the outcome from cardiac arrest. Resuscitation 58: 267–269
4. Wik L, Hansen TB, Fylling F et al. (2003) Delaying defibrillation to give basic cardiopulmonary resuscitation to patients with out-of-hospital ventricular fibrillation: a randomized trial. JAMA 289: 1434–1436
5. Wik L, Kramer-Johansen J, Myklebust H et al. (2005) Quality of cardiopulmonary resuscitation during out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 293: 299–304

Erratum

Anaesthesist 2007 · 56:712
DOI 10.1007/s00101-007-1228-3
© Springer Medizin Verlag 2007

F. Gerheuser · A. Roth

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin,
Zentralklinikum Augsburg, Augsburg

Periduralanästhesie

Anaesthesist (2007) 56: 499–526

Die Online-Version des Originalartikels können Sie unter
<http://dx.doi.org/10.1007/s00101-007-1181-1> finden

Der Autor macht auf folgenden Fehler aufmerksam:

Auf Seite 513 unter „Dosierungsbeispiele aus der Praxis“ / „PCEA zur vaginalen Entbindung“ ist für Sufentanil eine kumulative Maximaldosis von „...maximal 30 mg, danach Ropivacain ohne Opiod)...“ angegeben. Die korrekte Dosierung lautet: „...maximal 40 mcg, danach Ropivacain ohne Opioid)...“

Korrespondierender Autor

Dr. F. Gerheuser

Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Zentralklinikum Augsburg
Stenglinstraße 2, 86156 Augsburg
florian.gerheuser@klinikum-augsburg.de