



Gemeinsames Kompendium Rettungsdienst

Standards der präklinischen Notfallversorgung in den Kreisen und Städten:

Rhein-Kreis Neuss
Kreis Heinsberg
Duisburg
Krefeld
Kreis Viersen
Oberhausen
Mülheim an der Ruhr
Mönchengladbach
Kreis Mettmann
Kreis Düren
Kreis Kleve
Stadt Aachen
Wuppertal
Kreis Euskirchen
StädteRegion Aachen
Bochum
Herne
Bottrop
Essen
Kreis Unna
Rhein-Erft-Kreis
Dortmund
Ennepe-Ruhr-Kreis
Rheinisch-Bergischer Kreis
Solingen
Leverkusen
Remscheid
Gelsenkirchen
Hochsauerlandkreis
Düsseldorf
Hagen
Hamm

2025

**Rhein-Kreis Neuss****Kreis Heinsberg****Duisburg****Krefeld****Kreis Viersen****Oberhausen****Mülheim an der Ruhr****Mönchengladbach****Kreis Düren****Kreis Kleve****Stadt Aachen****Kreis Euskirchen****StädteRegion Aachen****Bochum****Herne****Bottrop****Essen****Kreis Unna****Rhein-Erft-Kreis****Dortmund****Rheinisch-Bergischer Kreis****Gelsenkirchen****Hochsauerlandkreis****Düsseldorf****Hagen****Hamm****Ennepe-Ruhr-Kreis****Leverkusen****Kreis Mettmann****Remscheid****Solingen****Wuppertal****TNA - Bergisches Land****32 Städte und Kreise in Nordrhein-Westfalen****mit 9,9 Millionen Menschen****ca. 1.440.000 Notfalleinsätze im Jahr****639 RTW****158 NEF****4 RTH****3 Telenotarzt-Systeme****1 gemeinsames Versorgungskonzept**

Was ist neu 2025?	gültig für	alle
--------------------------	------------	-------------

Was ist neu im Gemeinsamen Kompendium Rettungsdienst 2025?

Neue Projektpartner: Hagen und Hamm

Seite:

18	"Einsatzspektrum für Notarzteinsatz" und "Einsatzspektrum zur (i.d.R. alleinigen) Telenotarzt-Konsultation" aktualisiert
20	Untersuchung des Beckens: "S-KIPS" ersetzt "KISS"
35	Frage nach "Einnahme einer hohen Betamimetika-Dosis durch den Patienten" entfällt
39	Brustschmerz / ACS: neues Format, aber inhaltlich identisch mit der vorherigen Version (Flussdiagramm)
55	neu: "Hitzeschläden"
58	neu: Tabelle für die Salbutamol-Vernebelung bei der Anaphylaxie
63 ff.	Reanimation: "Teampartner" und "Teamleiter" ersetzt durch "Kopfposition" und "Seitenposition"
74	neu: BPR "generalisierter Krampfanfall Kinder" erweitert um die i.m.-Gabe von Midazolam (3 – 12 J.)
76	neu: Tabellen für die Paracetamol- oder Ibuprofen-Gabe bei Kindern < 10 J.
80	neues Flussdiagramm "Schmerzbehandlung" (Übersicht)
85	neu: Tabelle für Fentanyl
91 ff.	Trauma - überarbeitet
104	neu: erweitert um Kriterien für Kinder < 10 Jahre
105	START- Card: erweitert um Kriterien für Kinder < 10 Jahre
107	neu: Nyxoid®
110	neu: CO-Aufmerksamkeitsschwelle > 20 ppm

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
GemRDKomp	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	1	
				von 172	

Leitbild Gemeinsames Rettungsdienstkompendium	gültig für	alle
--	---------------	-------------

- Das Gemeinsame Rettungsdienstkompendium stellt eine Sammlung von Prozeduren und Behandlungsprotokollen zur medizinischen Notfallversorgung in den beteiligten Kreisen und Städten dar. Es steht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung.
- Entsprechend der medizinischen Fortentwicklung erscheint in regelmäßigen Abständen, in der Regel einmal im Jahr, eine neue Version.
- Das Kompendium stellt die Grundlage für die Aus- und Fortbildung sowie für etwaige Leistungskontrollen im eigenen Zuständigkeitsbereich dar.
- Jeder Kreis und jede Stadt, der bzw. die sich am Kompendium beteiligt, legt eigenverantwortlich die umzusetzenden Inhalte, die eigene Struktur und die lokale Umsetzung fest und stellt diese Informationen allen beteiligten Gebietskörperschaften zur Verfügung.
- Alle Beteiligten versuchen eine möglichst große Übereinstimmung und Vergleichbarkeit untereinander zu erzielen. So ist es erkärtes Ziel, die vorhandenen Unterschiede in den Prozeduren und Behandlungspfaden so gering wie möglich zu halten.
- Lokale Besonderheiten im Gerätemanagement und den eingesetzten Medikamenten sind im Kompendium klar definiert und so für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachzuvollziehen.
- Es ist möglich, den Wirkungsbereich des Kompendiums zu erweitern. Kreise und Städte, die sich am Rettungsdienstkompendium beteiligen möchten, erklären sich mit dem beschriebenen Vorgehen einverstanden und integrieren sich in bereits bestehende Prozesse und Strukturen.
- Über die Aufnahme neuer Mitglieder wird mehrheitlich entschieden.
- Alle Beteiligten nehmen aktiv an der Fortentwicklung teil. Zu den regelmäßig stattfindenden Treffen entsendet jede Stadt und jeder Kreis mindestens einen verantwortlichen Vertreter.
- Die Kreise und Städte definieren das Kompetenzniveau (RS / RettAss / NotSan / NA) und die inhaltliche Gestaltung in eigener Verantwortung. Einmal jährlich wird der Inhalt für jedes Kompetenzniveau definiert und allen projektbeteiligten Gebietskörperschaften zugänglich gemacht.
- Die Unterlagen zur Schulung und Überprüfung können unter allen Beteiligten ausgetauscht werden. Der vertrauliche Umgang mit den Unterlagen ist selbstverständlich. Eine Weitergabe bedarf der Zustimmung des Urhebers.
- Grundsätzlich gelten die von der zuständigen Gebietskörperschaft vorgegebenen Handlungsempfehlungen für alle Einsätze im eigenen Zuständigkeitsbereich.
- Bei grenzüberschreitenden Einsätzen gelten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Vorgaben der entsendenden Gebietskörperschaft.
- Wenn ein Mitarbeiter in einem Kreis oder in einer Stadt, die sich am Kompendium beteiligt, geschult und zertifiziert ist und in einen anderen Nutzungsbereich des Kompendiums wechselt, so kann die Zertifizierung anerkannt werden. Hierzu erfolgt der beschriebene Austausch über die Vergleichbarkeit der Zertifizierungen. Die Entscheidung obliegt der jeweils zuständigen Ärztlichen Leitung Rettungsdienst.
- NRW-einheitliche Vorgaben zur Aus- und Fortbildung des Rettungsdienstfachpersonals werden in das Kompendium integriert.
- Rettungsdienst-Schulen, die im Bereich einer am Kompendium beteiligten Stadt oder einem Kreis tätig sind, können die Inhalte des Kompendiums im Sinne einer Schulversion nutzen.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
GemRDKomp	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	2	
				von 172	

Inhaltsverzeichnis	gültig für	alle	
		Seite	
"Was ist neu 2025?"	1	PLS und NLS	66 – 69
Leitbild	2	Zentrales neurologisches Defizit (Verteiler)	70
Inhaltsverzeichnis	3	Schlaganfall	71 – 72
Verantwortliche	4 – 6	Generalisierter Krampfanfall	73 – 76
Vorwort	7	Hypo- und Hyperglykämie	77 – 79
Verwendete Zeichen, Symbole und Farben	8	Schmerzbehandlung (Übersicht)	80
Grundsätzliches		Analgesie bei Trauma	81
Rechtliche Grundlagen	10 – 17	Paracetamol	82
Telenotarzt-Algorithmus	18	Analgesie mit Opioiden	83 – 85
Primary und Secondary Survey	20	Kolik / abdomineller Schmerz	86 – 87
Kommunikation a. d. Nahtstelle Präklinik / Klinik	21 – 25	Analgosedierung	88 – 89
BPR ABCDE		Trauma, MANV & Intoxikation	
Atemwegsmanagement	27 – 28	Strukturierte Traumaversorgung	91
Obere Atemwegsobstruktion	29	Blutungskontrolle	92
Atemwegsverlegung durch Fremdkörper	30	B-Problem Trauma	93
Obstruktion d. oberen AW b. Säugling / Kleinkind	31	Volumenmanagement Trauma	94
Atemnot durch verlegtes Tracheostoma	32 – 33	Tranexamsäure	95
Dyspnoe	34	D-Problem Trauma	96
Bronchoobstruktion	35 – 38	"Immo-Ampel"	97
Brustschmerz / ACS	39	Thermische Verletzung	98 – 99
Lebensbedrohliche Bradykardie / Tachykardie	40 – 41	Patientenzentrierte Rettung	100 – 101
Akute Linksherzinsuffizienz / Vorlastsenkung	42 – 43	Vorsichtung nach mSTaRT	102 – 105
Acetylsalicylsäure und Heparin	44	Intoxikation (CO-Intoxikation)	106 – 111
Glyceroltrinitrat	45	Geburtsbegleitung (ungeplant, außerklinisch)	112 – 113
Akutes Aortensyndrom	46	Standardarbeitsanweisungen	
Lungenembolie	47 – 48	Standardvorgehen bei invasiven Maßnahmen	115
Arterieller Verschluss	49	SAA i.v.-Zugang bis i.n.-Medikamentengabe	116 – 133
Hypertensiver Notfall	50 – 51	SAA allgem. Erläuterungen Medikamentengabe	134
Sepsis	52 – 53	Standardvorgehen bei Medikamentengabe	135
Dehydratation / Exsikkose	54	Acetylsalicylsäure bis Vollelektrolytlösung (A - V)	136 – 164
Hitzeschäden	55	Sonstiges	
Anaphylaxie	56 - 59	Glossar	166 – 169
Kurzzeitige Bewusstlosigkeit (TLOC)	60	Literaturverzeichnis	170 – 171
ERC-Leitlinien Erwachsene 2021	61 – 62	Informationen / Links	172
2-Helfer-CPR Erwachsene	63 – 64		
Post-ROSC	65		

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MN / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	3	
				von 172	

Verantwortliche für Erweiterte Versorgungsmaßnahmen	gültig für	alle
--	---------------	------

Projektleitung / Herausgeber / Projektpartner „Gemeinsames Rettungsdienstkompendium“

Rhein-Kreis Neuss, Kreis Heinsberg, Duisburg, Krefeld, Kreis Viersen, Oberhausen, Mülheim an der Ruhr, Mönchengladbach, Kreis Mettmann, Kreis Düren, Kreis Kleve, Aachen (Stadt), Wuppertal, Kreis Euskirchen, Bochum, StädteRegion Aachen, Herne, Bottrop, Essen, Kreis Unna, Rhein-Erft-Kreis, Dortmund, Ennepe-Ruhr-Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis, Leverkusen, Solingen, Remscheid, Gelsenkirchen, Hochsauerlandkreis; Düsseldorf, Hagen und Hamm

RKN	HS	DU	KR
Marc Zellerhoff (MZ) Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Rhein-Kreis Neuss Amt für Sicherheit und Ordnung Auf der Schanze 4 41515 Grevenbroich	Gabriele Schlüter (GS) Ärztliche Leitung Rettungsdienst Kreis Heinsberg RDHS gGmbH Rheinstr. 105 41836 Hückelhoven	Dr. med. Sascha Zeiger (SZ) Dr. med. Cornelia Skowronek Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Berufsfeuerwehr Duisburg Wintgensstr. 111 47058 Duisburg	Dr. med. André Wiegartz (AW) Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Stadt Krefeld Fachbereich Feuerwehr u. Zivilschutz Zur Feuerwache 4 47805 Krefeld
Jürgen Graw Qualitätsbeauftragter Rettungsdienst Rhein-Kreis Neuss	N.N.	Thorsten Brinks Sachgebietsleiter Rettungsdienst Berufsfeuerwehr Duisburg	N.N. Ausbildungsleiter Rettungsdienst
VIE	OB	MH	MG
Jesús Iriarte (JI) Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Kreis Viersen Amt für Bevölkerungsschutz Bronkhorster Weg 11 47929 Grefrath	Dr. med. Christian Afflerbach (CA) Priv.-Doz. Dr. med. André Nohl (AN) Ärztliche Leiter Rettungsdienst Berufsfeuerwehr Oberhausen Brücktorstr. 30 46047 Oberhausen	Thomas Franke (TF) Dagmar Werner Ärztliche Leitung Rettungsdienst Berufsfeuerwehr Mülheim an der Ruhr Zur Alten Dreherei 11 45479 Mülheim an der Ruhr	Dr. med. Marc Deußen (MD) Ärztlicher Leiter Rettungsdienst Berufsfeuerwehr Mönchengladbach Stockholtweg 132 41238 Mönchengladbach
Sascha Caumanns Stellv. Amtsleiter Amt für Bevölkerungsschutz	Vanessa Rau Matthias Magnus Maesen Berufsfeuerwehr Oberhausen Fachbereich 50 Rettungsdienst	Andreas Johann Berufsfeuerwehr Mülheim an der Ruhr Sachgebietsleiter Rettungsdienst	
KLE	AC	DN	EU
Bianca Böhm (BB) Ärztliche Leitung Rettungsdienst des Kreises Kleve Nassauerallee 15 - 23 47533 Kleve	Prof. Dr. med. Stefan Beckers (SB) Priv.-Doz. Dr. med. Marc Felzen Ärztliche Leitung Rettungsdienst Stadt Aachen Feuerwehr und Rettungsdienst Aachen Stolberger Str. 155 52068 Aachen	Dr. med. Detlef Struck (DS) Dr. med. Norbert Hambach Ärztliche Leitung Rettungsdienst Rettungsdienst Kreis Düren AöR Marienstr. 29 52372 Kreuzau - Stockheim	Dr. med. Tobias Ahnert (TA) Dr. med. Thomas Mann Ärztliche Leitung Rettungsdienst Kreis Euskirchen Abteilung 38 - Gefahrenabwehr Jülicher Ring 32 53879 Euskirchen
Jürgen Baetzen Betriebsleiter Rettungsdienst des Kreises Kleve	Florian Troschke Qualitätsbeauftragter Rettungsdienst Abteilung Einsatzunterstützung / Team Rettungsdienst Feuerwehr und Rettungsdienst Aachen	Ralf Schmitz (M.A.) Stellv. Schulleiter Notfallbildungszentrum Eifel-Rur gGmbH	Michael Brüders Abteilung 38 Aus- und Fortbildung

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MN / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	4	
				von 172	

Verantwortliche Erweiterte Versorgungsmaßnahmen	gültig für	alle
--	---------------	-------------

SR AC	BO	HER	BOT
Claus-Bert Lennartz (CL) Dr. med. Joachim Habers Ärztliche Leitung Rettungsdienst StädteRegion Aachen Amt für Brandschutz, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz Kranzbruchstr. 15 52152 Simmerath	Jochen Walter (JW) Ärztliche Leitung Rettungsdienst der Stadt Bochum Hauptfeuer- und Rettungswache III Brandwacht 1 44894 Bochum	Dr. med. Holger Wißuwa (HW) Ina Zmarsly Ärztliche Leitung Rettungsdienst Stadt Herne Fachbereich Feuerwehr Sodinger Str. 9 44623 Herne	Michael Thomas (MT) N.N. Ärztliche Leitung Rettungsdienst Stadt Bottrop
Michael Bartz Qualitätssicherung Rettungsdienst A38.1 - Rettungsdienst und Leitstelle Amt für Brandschutz, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz	Simon Heußn Amtsleiter Feuerwehr und Rettungsdienst	Philipp Hapig Teamleiter Rettungsdienst Stadt Herne Fachbereich Feuerwehr	Frank Lindemanns Teamkoordinator Rettungsdienst Bottrop Fachbereich Feuerwehr

E	UN	REK	DO
Dr. med. Bastian Brune (BaB) Ärztliche Leitung Rettungsdienst Feuerwehr Essen Eiserne Hand 45 45147 Essen	Nils Schauerte (NS) Dr. med. Erik Lipke Ärztliche Leitung Rettungsdienst Kreis Unna - Der Landrat Öffentliche Sicherheit und Ordnung Bevölkerungsschutz Florianstr. 5 59423 Unna	Dr. med. Martin zur Nieden (MzN) Ärztliche Leitung Rettungsdienst Amt für Rettungsdienst, Brand- und Bevölkerungsschutz Willy-Brandt-Platz 1 50126 Bergheim	Dr. med. Kathrin Schaller (KS) Ärztliche Leiterin Rettungsdienst Dortmund Feuerwehr Dortmund Steinstr. 25 44145 Dortmund
Sascha Gramm Verantwortlicher Praxisanleiter Gemeinsames Kompendium Rettungsdienst	Tobias Tyszak Fachbereich 38, Sachgebietsleitung Rettungsdienst Kreis Unna - Der Landrat	Oliver Backhaus Sachbearbeitung Rettungsdienst Amt für Rettungsdienst, Brand- und Bevölkerungsschutz Willy-Brandt-Platz 1 50126 Bergheim	Fabian Frenzel Berufsfachschule für den Rettungsdienst Berufsfeuerwehr Dortmund

GL

Dr. med. Florian Breuer (FB)

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
Rheinisch - Bergischer Kreis
Amt für Rettungsdienst,
Bevölkerungs- und Brandschutz
Am Rübezahlwald 7
51469 Bergisch Gladbach

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	5	
				von 172	

Verantwortliche Erweiterte Versorgungsmaßnahmen	gültig für	alle
--	---------------	------

TNA - Bergisches Land

Ärztliche Leitungen Rettungsdienst (TNA - BL)

Ennepe-Ruhr-Kreis	Leverkusen	Kreis Mettmann	Remscheid	Solingen	Wuppertal
Kai Pohl	Dr. med. Ninja Kröger	Dr. med. Arne Köster	Dr. med. Christopher Rose Fr. Julia Weber	Jan Hoffmann	Dr. med. Bernd Jeschke
FB III - Abt. Bevölkerungsschutz Ennepe - Ruhr - Kreis Hauptstr. 92 58332 Schwelm	Stadt Leverkusen Fachbereich 37 - Feuerwehr Stellvertretende ärztliche Leitung Edith-Weyde- Str. 12 51373 Leverkusen	Kreis Mettmann Amt 38 - Brand- und Katastrophenschutz, Rettungsdienst Adalbert-Bach-Platz 3 40822 Mettmann	Stadt Remscheid Feuerschutz und Rettungsdienst Auf dem Knapp 23 42855 Remscheid	Stadt Solingen Feuerwehr und Rettungsdienst Katternberger Str. 44-46 42655 Solingen	Stadtbetrieb Feuerwehr August-Bebel-Str. 55 42109 Wuppertal
Thomas Neumann.	Alina Meuthen Qualitätsmanagement Rettungsdienst	John Bastian Etti	Christoph Buiting Qualitätsmanagement Rettungsdienst	Rüdiger Pekel	Dirk Peters

GE	HSK	D	HA
Petra Kuschel (PK) Dr. med. Benedikt Abel Ärztliche Leitung Rettungsdienst Gelsenkirchen Referat 37 ZFRW - Zentrale Feuer- und Rettungswache 2 Seestr. 3 45894 Gelsenkirchen	Karsten Müller (KM) Dr. med. Erik Lipke Ärztliche Leitung Rettungsdienst Hochsauerlandkreis Zentrum für Feuerschutz und Rettungswesen Steinwiese 3 59872 Meschede	Andreas Becht (AB) Kalle Heitkötter Ärztliche Leitung Rettungsdienst Düsseldorf Posener Str. 183 40231 Düsseldorf	Dr. med. Catharina Schäfers (CS) Fr. Birgit Schäler Ärztliche Leiterinnen Rettungsdienst Amt für Brand- und Katastrophenschutz der Stadt Hagen Florianstr. 2 58119 Hagen
Manuel Schneider Referat 37 - Feuerwehr Abteilungsleiter 37/2 - Gefahrenabwehr und Rettungsdienst	Andreas Schäfer Fachdienst 38 Rettungsdienst, Feuer- und Katastrophenschutz Zentrum für Feuerschutz und Rettungswesen Steinwiese 3 59872 Meschede	Bernd Braun Sachgebietsleiter Rettungsdienstbetrieb Feuerwehr, Rettungsdienst und Bevölkerungsschutz Hüttenstr. 68 40215 Düsseldorf	Michael Schütte Berufsfachschule Rettungsdienst der Berufsfeuerwehr Hagen Wilhelmstr. 31 58119 Hagen

HAM

Thomas van de Kolk (TvK)

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
Stadt Hamm
Amt für Brandschutz,
Rettungsdienst und Zivilschutz
Hafenstr. 45
59067 Hamm

Kristina Gärtner-Brasse
SG Aus- und Fortbildung / PAL

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	6	
				von 172	

Vorwort 2025	gültig für	alle
---------------------	---------------	-------------

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

„Die beste Hilfe für jeden Patienten zu jeder Zeit“. Unter diesem Leitsatz begann 2013 die Zusammenarbeit des Rhein-Kreises Neuss mit dem Kreis Heinsberg.

Im Laufe der folgenden Jahre beteiligten sich immer mehr Kreise und Städte an dem Projekt Gemeinsames Kompendium Rettungsdienst.

Mittlerweile umfasst es 32 Kreise und kreisfreie Städte in Nordrhein-Westfalen. Damit kommen unsere gemeinsamen Versorgungsstandards beinahe 10 Millionen Menschen zugute - ein Projekt der interkommunalen Zusammenarbeit das seinesgleichen sucht.

Wir freuen uns, Ihnen auch in diesem Jahr aktualisierte verbindliche Handlungsempfehlungen präsentieren zu können. Die Notfallmedizin in Nordrhein-Westfalen ist, ebenso wie in der gesamten Bundesrepublik Deutschland in einer spannenden und herausfordernden Phase.

Die Ausbildung zur Notfallsanitäterin oder zum Notfallsanitäter, die Etablierung und Weiterentwicklung von Standardarbeitsanweisungen für invasive Maßnahmen und von leitsymptombezogenen Algorithmen sind weiterhin integraler Bestandteil im Bereich der präklinischen Patientenversorgung.

Nur gemeinsam - interprofessionell und interkommunal - werden wir die an uns gestellten Anforderungen erfüllen können. In der Zusammenarbeit, im fachlichen Dialog gelingt uns die gemeinsame Verbesserung.

Neben der inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem jeweils aktuellen Stand der Medizin, steht der moderne Rettungsdienst vor der Herausforderung, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Wissen an die Hand zu geben, das in der täglichen Arbeit genutzt werden kann und soll.

Da Notfälle grundsätzlich nicht an den Grenzen der Kreise und Städte hältmachen, ist es gelebte Praxis, dass wir uns gegenseitig unterstützen. Gerade in dieser grenzüberschreitenden Tätigkeit ist die Vereinbarung gemeinsamer, einheitlicher Standards in der Aus- und Fortbildung, sowie im Einsatzablauf von unschätzbarem Wert.

Das Kompendium Rettungsdienst dient uns als Grundlage für die Aus- und Fortbildung des medizinischen Fachpersonals im Rettungsdienst. Ebenso wertvoll ist es als Unterstützung für die im Rettungsdienst eingesetzten Notärztinnen und Notärzte.

Nicht zuletzt durch die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen wird der Brückenschlag hin zu einer einheitlichen interprofessionellen Versorgung unserer Patienten durch das Notfallteam vor Ort geschaffen. Mittlerweile stellt unser Kompendium eine feste Größe dar und wird an vielen Stellen wahrgenommen. Nur durch das unermüdliche Engagement von Einzelnen und die Bereitschaft der Entscheidungsträger aus Verwaltung, Politik und Rettungsdienst / Notfallmedizin ist es möglich, so etwas zu schaffen.

Auch wenn es leider üblich erscheint, gute Arbeit als selbstverständlich hinzunehmen, möchten wir uns an dieser Stelle herzlich für die Unterstützung und die vielen Anregungen bei jedem Einzelnen bedanken.

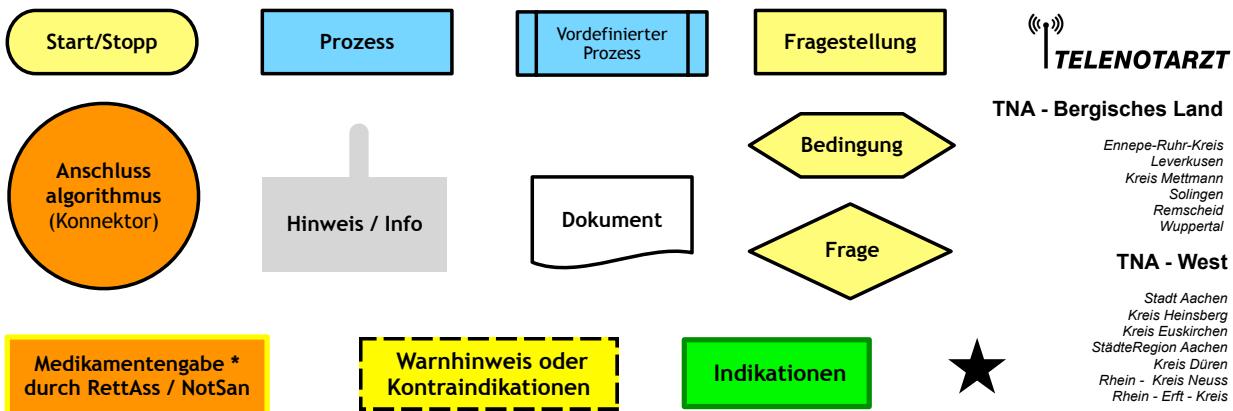
Wir sind davon überzeugt, dass dieses gemeinsame Projekt unseren Rettungsdienst voranbringt und damit die Versorgung der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten verbessert.

Die Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst
im Januar 2025

Marc Zellerhoff Rhein-Kreis Neuss	Gabriele Schlüter Kreis Heinsberg	Dr. André Wiegratz Stadt Krefeld	Dr. Sascha Zeiger Stadt Duisburg	Jesús Iriarte Kreis Viersen
Dr. Christian Afflerbach Oberhausen	Priv.-Doz. Dr. André Nohl Oberhausen	Thomas Franke Mülheim an der Ruhr	Dr. Marc Deußen Mönchengladbach	Dr. Arne Köster Kreis Mettmann
Dr. Detlef Struck Kreis Düren	Bianca Böhm Kreis Kleve	Prof. Dr. Stefan Beckers Stadt Aachen	Priv.-Doz. Dr. Marc Felzen Stadt Aachen	Dr. Bernd Jeschke Wuppertal
Dr. Tobias Ahnert Kreis Euskirchen	Jochen Walter Bochum	Claus-Bert Lennartz StädteRegion Aachen	Dr. Holger Wißuwa Herne	Ina Zmarsly Herne
Michael Thomas Bottrop	Dr. Bastian Brune Essen	Nils Schauerte Kreis Unna	Dr. Martin zur Nieden Rhein-Erft-Kreis	Dr. Kathrin Schaller Dortmund
Kai Pohl Ennepe-Ruhr-Kreis	Dr. Florian Breuer Rheinisch-Bergischer Kreis	Jan Hoffmann Solingen	Dr. Ninja Kröger Leverkusen	Dr. Christopher Rose Remscheid
Petra Kuschel Gelsenkirchen	Karsten Müller Hochsauerlandkreis	Kalle Heitkötter Düsseldorf	Dr. Catharina Schäfers Hagen	Thomas van de Kolk Hamm

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Zellerhoff	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	7	
				von 172	

Verwendete Zeichen, Symbole und Farben	gültig für	alle
--	------------	------



Ein ★ kennzeichnet vorabdelegierte Maßnahmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG, die in der jeweiligen Gebietskörperschaft durch die ÄLKD standardisiert vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Dies beinhaltet eine entsprechende Kompetenzerüberprüfung (z.B. Rezertifizierung, Überprüfung der Dokumentation), wobei genauere Vorgaben in den lokalen Verfahrensanweisungen geregelt sind.
Die konkrete Umsetzung des telemedizinischen Konsultations- und Unterstützungssystems (Telenotarzt) wird mittels lokaler Verfahrensanweisung geregelt.

RKN	Rhein-Kreis Neuss	HS	Kreis Heinsberg	DU	Duisburg	KR	Krefeld	VIE	Kreis Viersen	OB	Oberhausen
MH	Mülheim an der Ruhr	MG	Mönchengladbach	DN	Kreis Düren	KLE	Kreis Kleve	AC	Stadt Aachen	EU	Kreis Euskirchen
BO	Bochum	SR AC	StädteRegion Aachen	HER	Herne	BOT	Bottrop	E	Essen	UN	Kreis Unna
REK	Rhein-Erft - Kreis	DO	Dortmund	GL	Rheinisch - Bergischer Kreis	TNA - BL		TNA - Bergisches Land	Ennepetal-Ruhr-Kreis, Leverkusen, Kreis Mettmann, Solingen, Remscheid, Wuppertal	GE	Gelsenkirchen
HSK	Hochsauerlandkreis	D	Düsseldorf	HA	Hagen	HAM	Hamm				

Die farbigen Felder kennzeichnen den Gültigkeitsbereich der Maßnahme

RKN	RS	HS	RettAss	DU	NotSan	KR	Notarzt	VIE	TNA / NA	OB	TNA+NotSan
MH	NotSan ★	MG	RettAss ★	DN	RS ★	KLE		AC ►			

Das im farbigen Feld genannte Level (RS/RettAss/NotSan/Notarzt) beschreibt die erforderliche Mindestqualifikation des Durchführenden für die jeweilige Maßnahme. Der Stern ★ ist eine zusätzliche Information ausschließlich für NotSan (§ 4 Abs. 2 Nr. 2c NotSanG).

Die im Gemeinsamen Rettungsdienstkompendium verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich immer gleichermaßen auf weibliche und männliche Personen. Auf eine Doppelnennung und gegendiente Bezeichnungen wird zugunsten der besseren Lesbarkeit verzichtet.

► = Schulung von SAA und BPR / Maßnahme in Planung

RS = Rettungssanitäterin / Rettungssanitäter

RettAss = Rettungsassistentin / Rettungsassistent

NotSan = Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter

NA oder Notarzt = Notärztin / Notarzt

TNA + NotSan = Telenotärztin / Telenotarzt und Notfallsanitäterin / Notfallsanitäter

TNA / NA = Telenotärztin / Telenotarzt und / oder Notärztin / Notarzt

SAA / BPR = aus: „Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst / Version 2023“

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	8	
				von 172	

Kapitel 1	gültig für	alle
------------------	---------------	-------------

1

Grundsätzliches

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	9	
				von 172	

Rechtliche Grundlagen EVM	gültig für	alle
----------------------------------	------------	------

Grundlage des Gemeinsamen Kompendiums Rettungsdienst

Durch eine Arbeitsgruppe von Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst aus derzeit sechs Landesverbänden werden fortlaufend Standard-Arbeitsanweisungen (SAA) und Behandlungspfade Rettungsdienst (BPR) ausgearbeitet. Diese enthalten rettungsdienstliche Algorithmen für die standardisierte Versorgung von Notfallpatienten. Weiterhin geben sie die medizinischen Behandlungsstandards für bestimmte notfallmedizinische Situationen vor und legen das standardisierte Vorgehen am Notfallpatienten für bestimmte Situationen, bei bestimmten Symptomen oder Verdachtsdiagnosen fest. Die Vorgaben begründen sich auf aktuellen Leitlinien, Richtlinien und Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften und dienen der Sicherstellung einer einheitlichen, leitliniengerechten rettungsdienstlichen Versorgungsqualität. Sie sollen dazu beitragen, eine bestmögliche Patientensicherheit zu gewährleisten. Hierbei wurden Leitlinien so in Behandlungspfade Rettungsdienst übersetzt, dass es Rettungsdienstfachpersonal möglich ist, die Inhalte unter rettungsdienstlichen Einsatzbedingungen sicher anzuwenden.

Im Land NRW ist mittels Erlass durch das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen unter Bezugnahme auf den § 7 Abs. 3 Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen (RettG NRW) geregelt, dass Vorgaben, mögliche Abweichungen oder weitergehende Regelungen in Bezug auf die Anwendung der SAA und BPR in der Verantwortung der jeweiligen ÄLKD liegen. Dies soll auch Fragestellungen zur Vorabdelegation von Aufgaben im Rahmen des § 4 Abs. 2 Nr. 2c Notfallsanitätergesetz (NotSanG) auf Notfallsanitäter umfassen. Derartige Vorgaben werden zum einen durch die Festlegungen der jeweiligen ÄLKD in dem Kompendium getroffen, weiterhin sind regional durch die ÄLKD ergänzende Verfahrensanweisungen zu erlassen, die die Umsetzung in der jeweiligen Gebietskörperschaft konkretisieren.

Ausübung der Heilkunde durch Rettungsdienstfachpersonal

Die rechtliche Zulässigkeit von invasiven bzw. heilkundlichen Maßnahmen durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal (Rettungsdienstfachpersonal) bestimmt sich anhand zweier Fragestellungen, die getrennt voneinander zu betrachten sind. Zunächst ist zu klären, ob durch Rettungsdienstfachpersonal überhaupt invasive heilkundliche Maßnahmen durchgeführt werden dürfen, oder ob diese allein Ärzten vorbehalten sind. Dafür ist zwischen den einzelnen rettungsdienstlichen Qualifikationsstufen (Rettungssanitäter, Rettungsassistent und Notfallsanitäter) zu differenzieren.

Notfallsanitäter

§ 1 Heilpraktikergesetz (HeilPrG) besagt, dass „wer die Heilkunde ausüben will, ohne als Arzt bestellt zu sein, der Erlaubnis bedarf“. Als Heilkunde gilt demnach „jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden am Menschen“. Da aus dem HeilPrG somit ein Erlaubnisvorbehalt für die Ausübung der Heilkunde resultiert, benötigen Notfallsanitäter eine explizite Erlaubnis, um heilkundliche / invasive Maßnahmen selbst durchzuführen. Mit Einführung des § 2a NotSanG wurde eine gesetzliche Grundlage geschaffen, die es ermöglicht, dass Notfallsanitäter im Einsatz heilkundliche / invasive Maßnahmen durchführen dürfen. Hierbei ist die Heilkundeübertragung insoweit eingegrenzt, dass diese u.a. erforderlich sein muss, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von Patientinnen und Patienten abzuwenden. Sie gilt für solche Einsatzsituationen, in denen Notfallsanitäter bisher im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes agieren mussten.

Notfallsanitätergesetz: 1c)-Maßnahmen

Gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 1c) NotSanG sollen Notfallsanitäter befähigt werden, eigenverantwortlich auch invasive Maßnahmen, die in der Ausbildung erlernt und beherrscht werden, anzuwenden um einer Verschlechterung der Situation der Patienten bis zum Eintreffen des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind (so genannte 1c)-Maßnahmen). In diesem Fall übt der Notfallsanitäter selbst die Heilkunde aus. Eine entsprechende Erlaubnis hierzu ergibt sich aus dem neu eingefügten § 2a NotSanG. Dieser regelt, dass Notfallsanitäter bis zum Eintreffen des Notarztes oder bis zum Beginn einer weiteren (tele-)ärztlichen Versorgung heilkundliche Maßnahmen, einschließlich heilkundlicher Maßnahmen invasiver Art dann eigenverantwortlich durchführen dürfen, wenn sie diese Maßnahmen in ihrer Ausbildung erlernt haben und beherrschen und die Maßnahmen jeweils erforderlich sind, um Lebensgefahr oder wesentliche Folgeschäden von Patienten abzuwenden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde immer auf die Einsatzsituationen beschränkt ist, in denen weder eine ärztliche Versorgung noch eine ärztliche Veranlassung der Maßnahme (Delegation) möglich oder erfolgt ist. Die Maßnahme muss also zur Abwendung von Lebensgefahr oder wesentlichen gesundheitlichen Folgeschäden unmittelbar erforderlich sein. Ein Zuwarten auf den Beginn einer ärztlichen Behandlung muss aufgrund der Dringlichkeit ausgeschlossen sein. Die in dieser Situation durch den Notfallsanitäter durchgeführte Maßnahme muss durch diesen auch beherrscht werden: Das ist der Fall, wenn sie auf der Basis eines sicheren theoretischen Wissens auch praktisch sicher angewendet werden kann. Der Nachweis erfolgt zum einen auf der Basis der abgeschlossenen Ausbildung, zum anderen muss das handelnde Rettungsdienstfachpersonal im Moment der Übernahme der Tätigkeit selbst davon überzeugt sein, die Maßnahme ausreichend zu beherrschen.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Breuer Rademacher Ropertz	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	10	
				von 172	

Rechtliche Grundlagen EVM	gültig für	alle
---------------------------	------------	------

Das Rettungsdienstfachpersonal allein trägt die Verantwortung für die Maßnahme. Hierzu gehört es immer, auch mögliche Kontraindikationen einzubeziehen. Maßnahmen, die durch den Notfallsanitäter unter diesen (engen) Voraussetzungen eigenverantwortlich durchgeführt werden sollen, sind im Kompendium durch das Qualifikationslevel „NotSan“ dargestellt.

Notfallsanitätergesetz: 2c)-Maßnahmen

Von den oben genannten Fällen der eigenverantwortlichen Durchführung sind solche Maßnahmen zu unterscheiden, die durch Notfallsanitäter im Rahmen der Mitwirkung ausgeübt werden: Hier sind zunächst die Fälle des § 4 Abs. 2 Nr. 2a) und 2b) NotSanG zu nennen. In diesen Fallkonstellationen ist der Notarzt vor Ort und verantwortet die notfallmedizinische Versorgung des Patienten. Durch die Notfallsanitäter werden Maßnahmen in Assistenz oder in Delegation durchgeführt. Der Notarzt hat die medizinische Gesamtverantwortung und ist den Einsatzkräften gegenüber medizinisch weisungsbefugt. Diese Verantwortung und Weisungsbefugnis beinhaltet die Möglichkeit zur Einzeldelegation von Maßnahmen an Notfallsanitäter gemäß § 4 Abs. 2 Nr. 2b) NotSanG (gilt auch bei Einbeziehung des Telenotarztes). In diesen Fällen erfolgt keine eigenverantwortliche Ausübung der Heilkunde neben oder anstelle des Notarztes.

Einen Sonderfall der Delegation stellt § 4 Abs. 2 Nr. 2c) NotSanG dar. Entsprechend den Ausführungen des NotSanG werden Notfallsanitäter aufgrund der Ausbildung dazu befähigt, bestimmte heilkundliche Maßnahmen für standardmäßig vorgegebene notfallmedizinische Zustandsbilder und -situationen im Rahmen der Mitwirkung eigenständig ausführen zu können (so genannte 2c)-Maßnahmen). Demnach sollen Notfallsanitäter im Rahmen der Mitwirkung eigenständig heilkundliche Maßnahmen durchführen, die von der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) oder verantwortlichen Ärzten bei bestimmten notfallmedizinischen Zustandsbildern und -situationen standardmäßig vorgegeben, überprüft und verantwortet werden. Dementsprechend obliegt es der ÄLRD, bestimmte heilkundliche Maßnahmen vorab und losgelöst von einem konkreten Patienten an Notfallsanitäter zu übertragen bzw. vorzugeben (sog. Vorabdelegation). Hierbei gilt, dass durch die jeweiligen SAA oder BPR weitgehend alle Behandlungsoptionen abgedeckt werden müssen, um möglichst keinen Bewertungsspielraum für die Notfallsanitäter zu eröffnen. Somit trägt die ÄLRD für die Organisation, Auswahl und Überwachung der vorgegebenen und überprüften heilkundlichen Maßnahmen die Verantwortung (Anordnungs- und Überwachungskompetenz), wohingegen die Notfallsanitäter die Durchführung verantwortung innehaben. Die Notfallsanitäter führen die Maßnahmen in diesen Fällen zwar eigenständig durch, werden jedoch im Rahmen der Mitwirkung – gewissermaßen als „verlängerter Arm der ÄLRD“ – tätig. Die (Vorab-)Delegation führt nicht zu einer eigenständigen Ausübung der Heilkunde neben oder anstelle des Arztes. Anders als die „1c)-Maßnahmen“ setzen die „2c)-Maßnahmen“ auch nicht das Bestehen einer Lebensgefahr oder die Gefahr schwerer Folgeschäden voraus. Die Durchführung der Maßnahme ist vielmehr zulässig, wenn sie hinsichtlich Indikation, Kontraindikation und Durchführungsvorgaben den Vorgaben der ÄLRD entspricht.

Ob ein Notarzt zusätzlich hinzugezogen werden muss, ergibt sich aus den Behandlungspfaden / Arbeitsanweisungen, dem (lokalen) Notarztindikationskatalog sowie dem Zustand des Patienten.

Die Notfallsanitäter müssen die an sie (vorab-)delegierten Maßnahmen selbst durchführen (vgl. auch unten zum Sonderfall der Durchführung von invasiven Maßnahmen durch Auszubildende zum Notfallsanitäter). Eine Weiterdelegation ist nicht zulässig.

Auch im Rahmen der „2c)-Maßnahmen“ müssen sich die Notfallsanitäter vor der Durchführung selbst davon überzeugen, dass sie die Maßnahme situativ ausreichend beherrschen. Nur sofern im Kompendium ein Stern (★) neben „RS“, „RettAss“ oder „NotSan“ vermerkt ist, gilt die Maßnahme (ausschließlich) für Notfallsanitäter als vorabdelegiert.

Rettungsassistenten/ Rettungssanitäter

Anders als beim Notfallsanitäter ist für die Gruppe der Rettungsassistenten / Rettungssanitäter eine eigenverantwortliche Durchführung heilkundlicher Maßnahmen nicht vorgesehen. Heilkundliche Maßnahmen sind daher nur unter den (engen) Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) zulässig: Wenn ein lebensbedrohlicher Zustand vorliegt bzw. wesentliche Folgeschäden beim Warten auf den Notarzt oder den Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung zu erwarten sind, sowie weniger invasive Maßnahmen nicht zur Verfügung stehen, sollen invasive Maßnahmen auch durch Rettungssanitäter oder Rettungsassistenten durchgeführt werden. Auch hier ist Voraussetzung, dass der Durchführende die Maßnahme sicher beherrscht. Welche Maßnahmen im Rahmen des rechtfertigenden Notstandes für Rettungssanitäter oder Rettungsassistenten für zumutbar gehalten werden, wird im Kompendium durch das jeweiligen Qualifikationslevel („RS“ oder „RettAss“) ausgedrückt.

Sonderfall: Heilkundliche Maßnahmen durch Auszubildende zum Notfallsanitäter

Eine Weiterdelegation einer delegierten Maßnahme ist nicht zulässig. Sofern Auszubildende zum Notfallsanitäter 2c)-Maßnahmen durchführen, handelt es sich nicht um eine Weitergabe der Delegation, sondern um eine Maßnahme des praxisanleitenden Notfallsanitäters. Sowohl bei vorabdelegierten Maßnahmen als auch bei eigenverantwortlich durchgeführten Maßnahmen (§ 2a) NotSanG) steht der praxisanleitende Notfallsanitäter in der Verantwortung für die Maßnahme und muss jederzeit eingreifen können. Das Beherrschende muss somit durch die Überwachung und ggf. das Eingreifen des praxisanleitenden Notfallsanitäters sichergestellt werden. Grundsätzlich gilt, dass der Patient hierdurch keine Nachteile erleiden darf (z.B. keine Verzögerung einer schnellstmöglichen Versorgung). Die Entscheidung, ob Auszubildende auf dieser Basis heilkundliche / invasive Maßnahmen durchführen dürfen, obliegt den jeweiligen ÄLRD. Die Umsetzung muss lokal geregelt werden. Die Notfallsanitäter, unter deren Aufsicht auszubildende Notfallsanitäter invasive Maßnahmen durchführen sollen, sollten der ÄLRD namentlich benannt werden.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Breuer Rademacher Ropertz	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	11	
				von 172	

Rechtliche Grundlagen EVM	gültig für	alle
----------------------------------	------------	------

Sonderfall: Delegation von Maßnahmen durch den Telenotarzt

Bei der Konsultation eines Telenotarztes (TNA) handelt es sich um eine sog. „2b)-Maßnahme“, d.h. auch um eine Einzelfalldelegation. Der TNA übernimmt hier die Diagnosestellung und Therapieauswahl im Rahmen der sogenannten Anordnungsverantwortung, während das durchführende Rettungsfachpersonal für eine ordnungsgemäße Durchführung verantwortlich ist.

Im Gegensatz zum physisch anwesend delegierenden Arzt kann der TNA bei Komplikationen aber nicht unmittelbar korrigierend eingreifen. Daher sind auftretende Komplikationen immer unmittelbar an den TNA zu kommunizieren, um Korrekturmaßnahmen abzustimmen.

Sofern eine „2c)-Maßnahme“ durch die ÄLRD freigegeben ist, kann diese bei Vorliegen der entsprechenden Indikation auch ohne vorherige TNA-Konsultation durchgeführt werden. Eine vorherige TNA-Abklärung ist nicht erforderlich.

Selbstbestimmungsrecht des Patienten – Einwilligung in invasive Maßnahmen

Für die rechtliche Zulässigkeit einer Maßnahme ist zweitens entscheidend, dass sie dem Willen des Einwilligungsberechtigten entspricht.

Die Rechtsprechung wertet jede invasive Maßnahme am Patienten als tatbeständliche Körperverletzung. Das gilt unabhängig davon, ob diese Maßnahme von ärztlichem oder nicht-ärztlichem Personal durchgeführt wird. Hierdurch wird das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gewahrt. Die Körperverletzung ist allerdings nicht strafbar, wenn sie durch eine wirksame Einwilligung gerechtfertigt ist. Eine wirksame Einwilligung setzt unter anderem voraus:

Eingriff nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst:

Der Patient willigt nur in eine kunstgerecht („de lege artis“) durchgeführte Maßnahme ein. Wird die Maßnahme nicht kunstgerecht durchgeführt, ist die fehlerhafte Behandlung nicht mehr durch die Einwilligung gedeckt.

Einwilligungsfähigkeit:

Der Patient muss Wesen, Bedeutung, Dringlichkeit und Tragweite der Maßnahme erkennen. Eine fehlende Einwilligungsfähigkeit kann sich u.a. aus folgenden Ursachen ergeben:

- Psychische Ursachen, wie Störungen der Orientierung (z.B. Delir, Demenz), des formalen oder inhaltlichen Denkens (z.B. Schizophrenie, wahnhafte / paranoide Gedanken), der Affektivität (z.B. Depression) oder des Verhaltens oder einer Suizidalität.
- Somatische Ursachen wie erhebliche Bewusstsein- oder Orientierungsstörungen, die sich z.B. durch örtliche, zeitliche oder situative Desorientierung manifestieren und bspw. aus einer Intoxikation, einem stattgehabten Krampfanfall, hohem Fieber oder einer Hypoglykämie resultieren.

Aufklärung:

Neben der Durchführung „de lege artis“ und der generellen Einwilligungsfähigkeit ist die Aufklärung des Patienten Bestandteil einer wirksamen Einwilligung. Der Patient muss wissen, worin er einwilligt. Er verfügt jedoch regelmäßig über keinerlei medizinische Kenntnisse. Erforderlich ist daher, dass der Patient über die (Verdachts-)Diagnose, den Verlauf, den Nutzen, die Risiken und die Alternativen einer Behandlung verständlich unterrichtet wird. Im Notfall kann der Umfang der Aufklärungspflichten – wenn die Zeit aufgrund des Gesundheitszustandes drängt – stark reduziert sein. Die Aufklärung soll durch den höchst qualifizierten Mitarbeiter vor Ort erfolgen. Die Aufklärung setzt selbstverständlich voraus, dass der Aufklärende selbst über das erforderliche medizinische Fachwissen verfügt. Wird die Maßnahme durch Rettungsdienstfachpersonal ohne Anwesenheit eines Arztes vollzogen, sollte dies gegenüber dem Patienten mitgeteilt werden, da dies für die Behandlungsbereitschaft des Patienten wesentlich sein kann.

Dokumentation

Die Aufklärung ist ebenso wie die Erteilung der Einwilligung und die Durchführung der Maßnahme im Freitext des Rettungsdienstprotokolls zu dokumentieren.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Breuer Rademacher Ropertz	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	12	
				von 172	

Rechtliche Grundlagen EVM	gültig für	alle
----------------------------------	------------	------

Sonderfall Einwilligung bei Minderjährigen:

Die Einwilligungsfähigkeit erfordert, wie oben beschrieben, dass der Einwilligende Wesen, Bedeutung, Dringlichkeit und Tragweite der Maßnahme erkennt. Das setzt wiederum eine gewisse geistige und sittliche Reife voraus. Hiervon ist bei Volljährigen grundsätzlich auszugehen – nicht jedoch bei Minderjährigen. Bei diesen muss die Einwilligungsfähigkeit im Einzelfall gesondert festgestellt werden. Es gibt keine festen Altersgrenzen. Neben der individuellen Entwicklung des Minderjährigen ist die Einwilligungsfähigkeit auch von der Schwere des zugrundeliegenden Eingriffs abhängig. Als Anhaltswerte gelten:

- Kinder < 14 Jahren sind in aller Regel nicht einwilligungsfähig.
- Jugendliche > 16 Jahren sind oft schon einwilligungsfähig. Ist der minderjährige Patient nicht einwilligungsfähig, so entscheiden die Eltern oder eine der elterlichen Sorge gleichgestellte Person (Vormundschaft) über die Erteilung der Einwilligung. Eine Prüfung des Sorgerechts erscheint verzichtbar, solange sich in der Situation keine Hinweise auf abweichende Rahmenbedingungen ergeben.

Sind die Eltern oder der Vormund nicht einwilligungsfähiger Kinder und Jugendlicher nicht anwesend bzw. erreichbar, ist der mutmaßliche Wille der Eltern / des Vormunds zu ermitteln.

Sonderfall mutmaßliche Einwilligung:

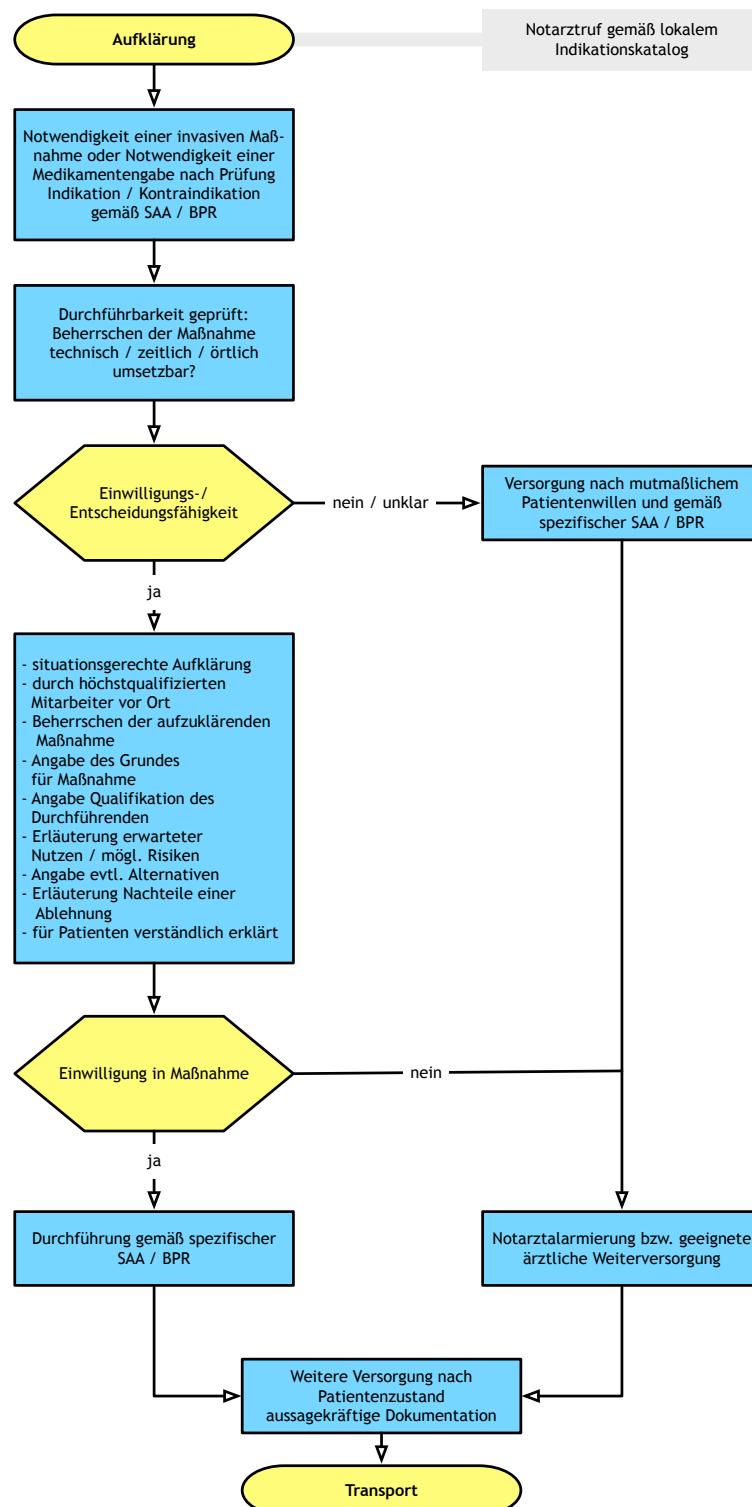
In manchen Fällen kann der Einwilligungsberechtigte nicht einwilligen. Eine solche Situation liegt etwa vor, wenn der Patient aufgrund psychischer oder somatischer Ursachen zeitweilig oder dauerhaft einwilligungsunfähig ist (s. o.). Denkbar ist aber auch, dass der Einwilligungsberechtigte nicht mit dem Patienten identisch ist (z. B. die Eltern im oben dargestellten Fall der Minderjährigkeit) und weder an der Einsatzstelle anwesend noch erreichbar ist.

In einem solchen Fall kann die tatsächliche Einwilligung durch eine mutmaßliche Einwilligung ersetzt werden, wenn die Behandlung nicht aufschiebbar ist. Für die mutmaßliche Einwilligung ist zu fragen, ob der Einwilligungsberechtigte mutmaßlich in der konkreten Situation der Behandlung zustimmen würde. Relevant sind allein die Ansichten des Einwilligungsberechtigten, die anhand seiner zuvor geäußerten Wünsche, Bedürfnisse und Wertvorstellungen zu ermitteln sind. Sind keine (gegenläufigen) Ansichten zu ermitteln, kann bei lebens- oder gesundheitserhaltenden Maßnahmen im Allgemeinen davon ausgegangen werden, dass der Einwilligungsberechtigte diesen zustimmen würde.

Konkrete Vorstellungen des Patienten können sich häufig auch aus Festlegungen, die etwa im Rahmen eines „Advance Care Planning“ getroffen wurden, einer „Do-not-resuscitate-Anordnung“ oder einer Patientenverfügung ergeben. Im Rettungsdienst besteht das Problem, dass in einer zeitkritischen Notfallsituation überprüft werden muss, ob die Dokumente tatsächlich vom Patienten stammen, aktuell sind und die Darlegungen die momentane Lebenssituation widerspiegeln. Es empfiehlt sich daher dringend, im Zweifel zunächst mit unaufschiebbaren, lebenserhaltenden Maßnahmen zu beginnen, bis mit der gebotenen Sorgfalt – durch den hinzugezogenen Notarzt – der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt werden kann.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Breuer Rademacher Ropertz	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	13	
				von 172	

Patientenaufklärung	gültig für	alle
----------------------------	---------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L - AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	14	
				von 172	

Patientenaufklärung	gültig für	alle
----------------------------	------------	------

Einwilligungsfähigkeit

Grundsätzlich besteht zunächst Bindungswirkung des freien Patientenwillens (Selbstbestimmungsrecht).

Sowohl Erteilung als auch Versagen der Einwilligung setzen voraus, dass überhaupt die Fähigkeit zur Einwilligung besteht. Sie beruht auf wesentlichen Aspekten der mentalen Leistungsfähigkeit wie

- Informationsverständnis,
- Informationsverarbeitung,
- Bewertung erhaltener Informationen,
- Bestimmbarkeit des eigenen Willens.

Eine fehlende Einwilligungsfähigkeit kann u. a. auch aus folgenden Ursachen gegeben sein:

psychische Ursachen

Störungen

- der Orientierung (z. B. Delir, Demenz),
- des formalen oder inhaltlichen Denkens (z. B. Schizophrenie, wahnhafte / paranoide Gedanken),
- der Affektivität (z. B. Manie)
- des Antriebs (z. B. Depression) oder
- des Verhaltens

sowie

- Suizidalität

somatische Ursachen

Bewusstseins- oder Orientierungsstörung

- GCS < 15
- örtlich, zeitlich oder situativ desorientiert
- erhebliche Beeinträchtigung in Zusammenhang mit Alkohol, Drogen oder Arzneimitteln

Unmittelbar nach Bewusstseinsstörung

- Krampfanfall
- Hypoglykämie

Sondersituation Minderjährige:

Minderjährige sind grundsätzlich nicht einwilligungsfähig. Je älter die Person, desto eher sind Ausnahmen möglich. Eine Prüfung muss und kann nur im Einzelfall erfolgen. Bei einer Entscheidungsfindung sind sowohl das Alter, als auch die feststellbare Reife der zu betrachtenden Person und die Art und Schwere der Erkrankung bzw. Situation zu berücksichtigen. Eine feste Altersgrenze gibt es nicht, als Anhaltswerte gelten:

- Kinder < 14 Jahre sind nicht einwilligungsfähig
- Jugendliche > 16 Jahre sind oft schon einwilligungsfähig.

Ist der minderjährige Patient nicht einwilligungsfähig und sind die Eltern oder ein Elternteil bzw. eine der elterlichen Sorge gleichgestellte Person (Vormundschaft) anwesend, entscheiden diese über die Erteilung der Einwilligung. Eine Prüfung des Sorgerechts erscheint verzichtbar, solange sich in der Situation keine Hinweise auf abweichende Rahmenbedingungen ergeben.

Für nicht einwilligungsfähige Kinder und Jugendliche die unter Pflegschaft stehen gelten die gesetzlichen Regelungen zur Betreuung gemäß BGB.

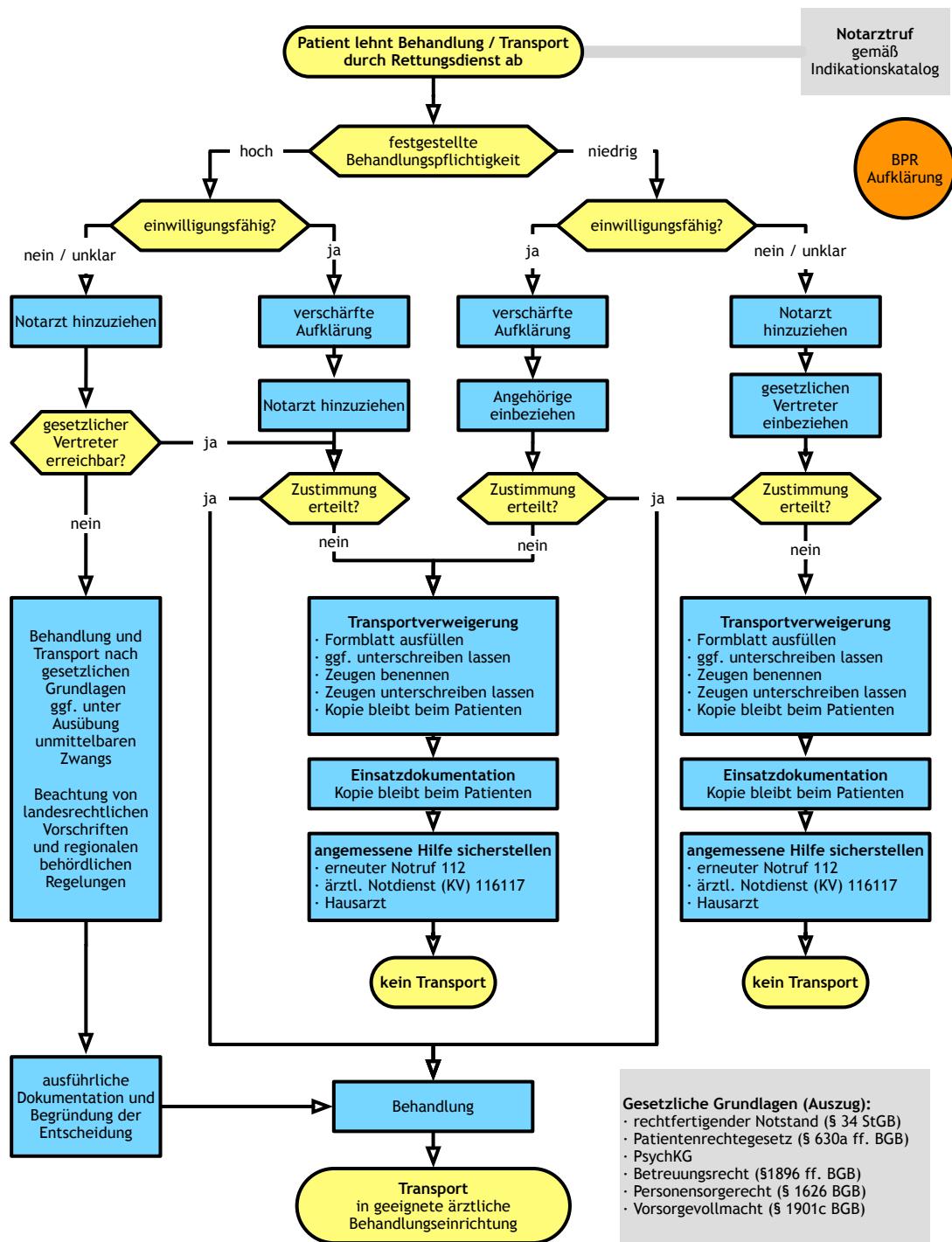
Besondere Konstellationen können sich ergeben, wenn die Eltern nicht einwilligungsfähiger Kinder und Jugendlicher anwesend sind, das Kind bzw. die/der Jugendliche aber ausdrücklich die Schweigepflicht bezüglich der erhobenen Befunde einfordert. Es erscheint für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal in solchen Situationen dringend geboten, Unterstützung durch qualifiziertes ärztliches Personal anzufordern.

Inwieweit die Verschwiegenheitspflicht aus § 203 StGB und der jeweils geltenden ärztlichen Berufsordnung analog der Einwilligungsfähigkeit entschieden werden kann, muss und kann nur im Einzelfall beurteilt werden.

Sind die Eltern oder der Vormund nicht einwilligungsfähiger Kinder und Jugendlicher nicht anwesend bzw. erreichbar, ist wie bei Erwachsenen mit rechtlich nicht wirksamer Behandlungs- und/oder Transportverweigerung zu verfahren.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L - AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	15	
				von 172	

Mitfahrtverweigerung	gültig für	alle
-----------------------------	------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L - AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	16	
				von 172	

Mitfahrtverweigerung	gültig für	alle
-----------------------------	------------	------

Zur abschließenden Behandlung einer Krankheit gehören Diagnosestellung und Therapie. NotSan können daher vor Ort nicht abschließend behandeln, sondern müssen für eine weitere ärztliche Behandlungsmöglichkeit Sorge tragen. Dies ist am ehesten durch einen Transport in eine geeignete, ärztlich geführte Behandlungseinrichtung zu gewährleisten.

Lehnt ein Patient dies ab, ist nach diesem Behandlungspfad zu verfahren.

Sieht das nichtärztliche Einsatzpersonal keine Notwendigkeit zu Behandlung / Transport, obwohl ein Pat. dies explizit wünscht, muss zum jetzigen Zeitpunkt aus Gründen der Patientensicherheit und zum Schutz der Einsatzkräfte nichtärztlichem Rettungsfachpersonal davon abgeraten werden, Patienten entgegen dem Pat.-Willen am Einsatzort zu belassen.

„Hohe“ bzw. „niedrige“ Behandlungspflichtigkeit

Hohe Behandlungspflichtigkeit besteht bei manifester ABCDE-Problematik oder wenn nach fachlicher Beurteilung vor Ort nicht sicher ausgeschlossen werden kann, dass sich eine solche ohne entsprechende Behandlung entwickeln könnte. In allen anderen Fällen liegt eine eher „niedrige“ Behandlungspflichtigkeit vor.

Einwilligungsfähigkeit

siehe BPR „Erläuterungen zur Einwilligungsfähigkeit“

Gesetzliche Vertreter (juristisch: Einwilligungsberechtigte)

gesetzliche Vertreter werden im Einsatzprotokoll vermerkt und können grundsätzlich folgende Personen sein:

- Eltern (Personensorgeberechtigte) minderjähriger Kinder (§ 1626 BGB)
- gerichtlich mit amtlicher Urkunde – passager oder „dauerhaft“ – bestellte Betreuer (§ 1896 ff. BGB)
- Vorsorgebevollmächtigte, die aufgrund einer vom Pat. selbst auf eine bestimmte Person namentlich ausgestellten Vollmacht (z. B. gem. § 1901c BGB) berechtigt sind, stellvertretend für den Patienten rechtsverbindliche Entscheidungen zu treffen. Diese Vollmachten erstrecken sich häufig auf bestimmte Bereiche (Aufenthalt, medizinische Behandlung etc.), was unbedingt zu beachten ist. Sie sind oft auch an bestimmte Bedingungen geknüpft, die erfüllt sein müssen, bevor die Vollmacht wirksam wird. Liegen die Bedingungen nicht oder nicht mehr vor, erlischt die Bevollmächtigung i. d. R. automatisch.

Unterschriften

Eine Patientenunterschrift auf der Transportverweigerungs-erklärung ist empfehlenswert, aber nicht zwingend erforderlich.

Sie erfolgt immer freiwillig, ohne dass Druck auf den Pat. ausgeübt wird. Sie wird vom Pat. im Rahmen einer Notlage geleistet, was für den Pat. eine Ausnahmesituation darstellt, die für ihn emotional und fachlich kaum objektivierbar ist.

Daher besteht das Risiko, dass die Pat.-Unterschrift im Nachhinein als nicht rechtswirksam angesehen wird.

Die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters hat einen hohen Stellenwert. Diese Unterschrift sollte unbedingt eingeholt werden, soweit dies möglich und den Umständen nach zumutbar ist, ohne dass die notwendige Pat.-Versorgung verzögert oder gar verhindert wird.

Zeugenunterschriften der Besatzung sind ausnahmslos zu leisten und sind von besonderer Bedeutung.

Zeugenunterschriften von Dritten (Angehörige etc.) sollten nach Möglichkeit eingeholt werden. Sie können und sollen jedoch nicht erzwungen werden. Hierbei ist eine ggf. wirkende Schweigepflicht zu beachten.

Verschärzte Aufklärung

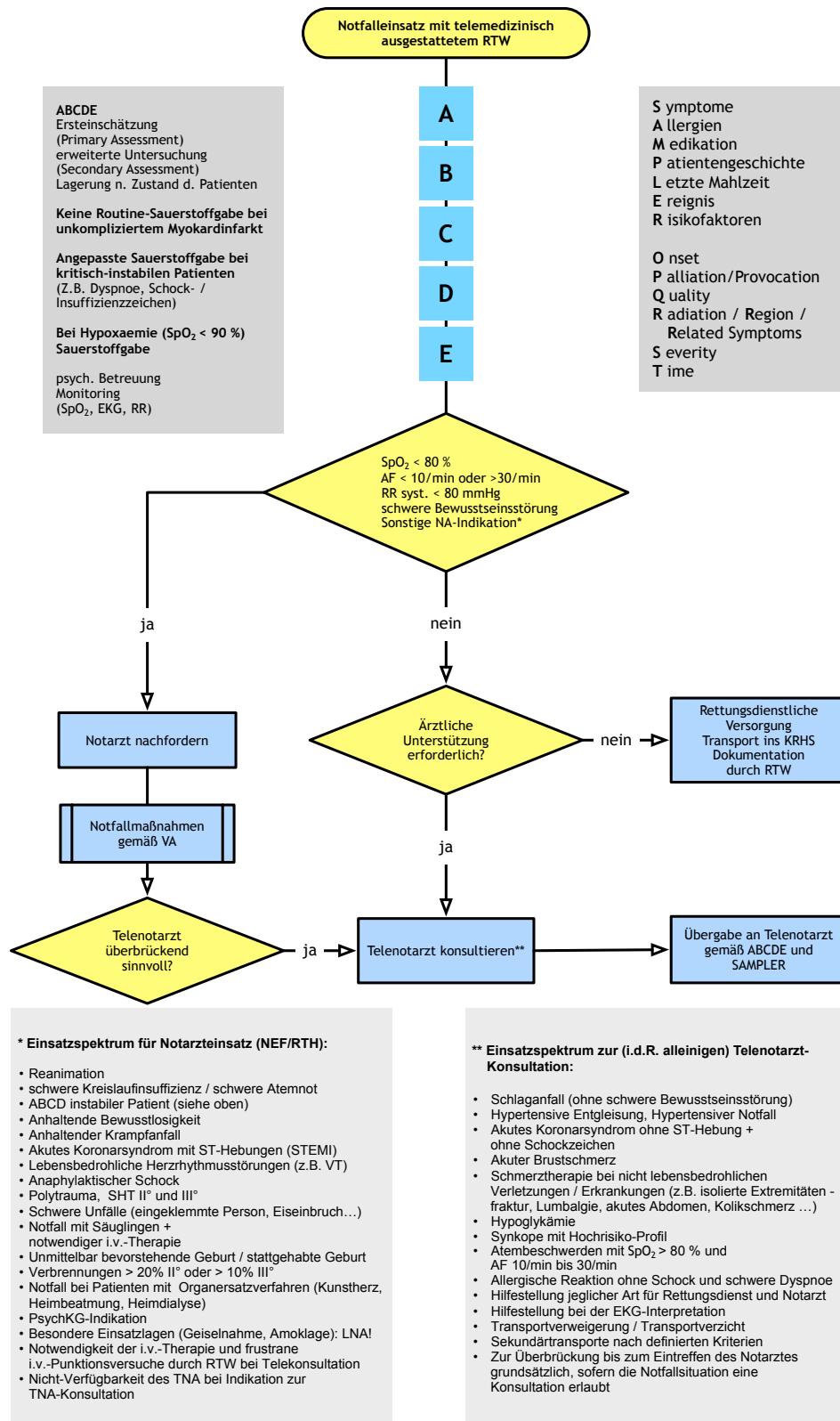
Hierunter ist hinsichtlich Form und Inhalt eine Aufklärung zu verstehen, die dem Patienten – ggf. auch in sehr klaren Worten – die möglichen gravierenden negativen Auswirkungen seiner Behandlungs- / Transportverweigerung vor Augen führt.

Formblatt

Ein solches Formblatt soll in geeigneter Form gewährleisten, dass neben der erforderlichen Einsatzdokumentation auch die Transportverweigerung, unter Wahrung der berechtigten Interessen des Patienten und des Einsatzpersonals, dokumentiert werden kann. Beispielhaft wird auf das Muster der AG Transportverweigerung des Bundesverbandes der ÄLRD verwiesen, das mit juristischer Unterstützung erstellt wurde und von der Homepage des Bundesverbandes der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst e.V. geladen werden kann.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	17	
				von 172	

Telenotarzt	gültig für	alle
-------------	------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Felzen	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	18	
				von 172	

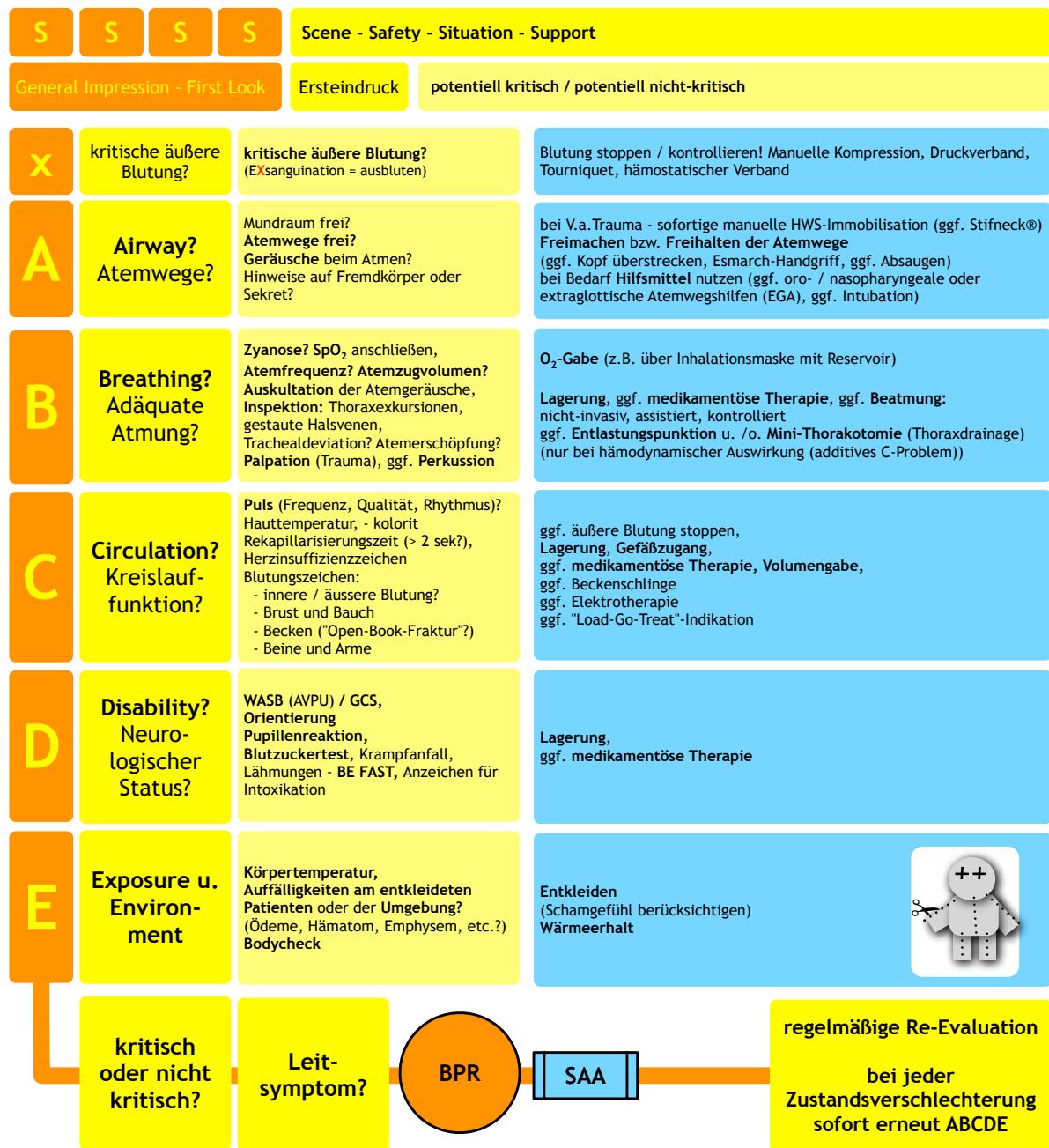
Strukturierte Notfallbehandlung

xABCDE

(Primary Survey)

gültig
für

alle



Die Ersteinschätzung (oder auch Primary Survey) dient sowohl der schnellen, strukturierten Einschätzung von Notfallpatienten, also der Identifikation von lebensbedrohlichen Störungen, als auch der prioritäten-orientierten Behandlung der Probleme - „treat first, what kills first“. So wird z.B. ein erkanntes „A-, B-, C- oder D-Problem“ im Team kommuniziert („gemeinsames mentales Modell“) und dann sofort behandelt. Hierbei werden die Maßnahmen je nach Erfolg und Anwenderqualifikation eskalierend angewendet. Die vertraute Abfolge der Buchstaben dient als Merkhilfe, um auch unter Druck nichts Wesentliches zu versäumen und Wichtiges von Unwichtigem zu trennen. Bei lebensbedrohlichen Erkrankungen / Verletzungen und bei jeder Zustandsverschlechterung wird das Primary Survey wiederholt, ggf. auch ausschliesslich in schneller Abfolge bis zur definitiven Behandlung im Krankenhaus. Nach Ersteindruck, Ersteinschätzung und "A-, B-, C-, D-Maßnahmen" kann eine gründliche umfassende Untersuchung (Secondary Survey) oder eine fokussierte Untersuchung und Diagnostik mit ausführlicher strukturierter Anamnese (OPQRST / (S)AMPLER) erfolgen.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	19	
				von 172	

Strukturierte Notfallbehandlung (Secondary Survey)	gültig für	alle
--	---------------	------



Hauptsymptom	Anamnese
O Beginn (Onset)	S Symptome (O-P-Q-R-S-T)
P Linderung, bzw. Verschlechterung (Palliation, bzw. Provocation)	A Allergien
Q Qualität (Quality)	M Medikamente
R Ausstrahlung / Region / Begleitsymptomatik (Radiation / Region / Related Symptoms)	P Grunderkrankungen / Patientengeschichte / Schwangerschaft (Pregnancy)
S Intensität (Severity) (VAS oder NRS)	L letzte orale Einnahme (Essen / Trinken) letzte Ausscheidung
T zeitlicher Verlauf (Time)	E Ereignisse (unmittelbar vor Notfall)
	R Risikofaktoren

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	20	
				von 172	

Kommunikation an der Nahtstelle Präklinik / Klinik	gültig für	alle
---	---------------	------

NON-Trauma Schockraumindikationen nach DGfNA - Weißbuch "Nicht-traumatologischer Schockraum" Alarmierung des Schockraum-Teams bei Erkrankungsbildern und Vitalwert-Konstellationen		V2iSiOn Regel Minimal-Katalog für die Alarmierung des Schockraum-Teams
A	<ul style="list-style-type: none"> - (Drohende) Atemwegsverlegung (z.B. durch Atemwegsschwellung, Fremdkörper, Blutung) - Bedrohung des Atemweges durch fehlende Schutzreflexe 	
B	<ul style="list-style-type: none"> - Initiale SpO₂ ≤ 85% (Raumluft) bzw. SpO₂ ≤ 90 % (unter Sauerstoffgabe 6 l/min) - Atemfrequenz ≤ 6/min oder ≥ 30 /min - (Drohende) Respiratorische Erschöpfung - Inhalationstrauma (thermisch / toxisch / chemisch) 	<ul style="list-style-type: none"> • initiale SpO₂ < 90 %
C	<ul style="list-style-type: none"> - Niedrigster gemessener RR_{sys} < 80 mmHg - HF ≤ 40/min oder ≥ 180/min (V. a. höhergradige AV-Blockierung / anhaltende VT) - Kreislaufstillstand oder ROSC - ST-Hebungs-Myokardinfarkt (abhängig von regionalen Vorgaben direkt in ein Herzkatheterlabor!) 	<ul style="list-style-type: none"> • niedrigster RRsyst. < 90 mmHg
D	<ul style="list-style-type: none"> - Unklare Bewusstlosigkeit (z. B. durch Intoxikation oder neurologische Notfälle) - Neu aufgetretene oder progrediente Vigilanzstörung (GCS ≤ 9, fehlende Schutzreflexe) - Status epilepticus - Akutes neurologisches Defizit, z. B. Schlaganfall / ICB (ggf. über speziellen Stroke-Alarm) 	<ul style="list-style-type: none"> • persistierender GCS < 15
E	<ul style="list-style-type: none"> - Liegetrauma - Metabolische Störungen (z. B. Ketoazidose, Elektrolytentgleisungen) - Körpertemperatur ≤ 32 °C oder ≥ 40 °C 	
qSOFA	<p>V. a. Sepsis mit qSOFA ≥ 2 Punkten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilanzminderung mit GCS < 15 - Atemfrequenz ≥ 22 /min - Systolischer Blutdruck ≤ 100 mmHg 	> 2 Pkt.
Alarmierung des Schockraum-Teams bei notwendigen / erfolgten Interventionen		
A	<ul style="list-style-type: none"> - Präklinische endotracheale Intubation oder EGA (Larynxtubus / Larynxmaske) - Atemwegssicherung in der Notaufnahme notwendig 	<ul style="list-style-type: none"> • präklinische Intubation
B	<ul style="list-style-type: none"> - Invasive Beatmung - Nicht-invasive Beatmung - Highflow-Sauerstofftherapie - Thoraxdrainage oder Nadeldekompression 	<ul style="list-style-type: none"> • invasive Beatmung • nicht-invasive Beatmung
C	<ul style="list-style-type: none"> - Reanimation (laufend oder erfolgreich) - Katecholamintherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Katecholamintherapie
Bedenke außerdem		
<ul style="list-style-type: none"> - Schätzt das Rettungsteam einen Patienten als kritisch ein, kann und sollte auch bei Nicht-Erfüllen der Kriterien eine Schockraum-Alarmierung erfolgen. - Bei Patienten mit Verletzungen sollten auch die Kriterien zur Alarmierung eines Trauma-Schockraumteams geprüft werden. - Anmeldung und Übergabe des Patienten sollten nach Schema erfolgen - z.B. → SINNHAFT 		

Tabelle 1

Quelle: „Versorgung kritisch kranker, nicht-traumatologischer Patienten im Schockraum“. Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGfNA) e.V. Publiziert durch Bernhard et al. in „Notfall + Rettungsmedizin“, April 2022

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Bernhard Kümpers Michael	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	21	
				von 172	

Schockraumalarmierung Non - Trauma	gültig für	alle
---	---------------	------

Nicht - traumatologische Schockraumversorgung

Für kritisch kranke, nicht-traumatologische Patienten liegen erst seit wenigen Jahren epidemiologische Daten vor [1]. Die bisherigen Erkenntnisse aus der OBSErvE-Studie zeigen, dass die Notfallbilder sehr vielfältig sind und die Mortalität deutlich höher als bei Traumapatient:innen (12 % vs. 30 – 40 %) ist [1,2].

Bislang gibt es keine bundesweit einheitlichen Alarmierungskriterien; häufig werden jedoch ABCDE-Probleme, konkrete Notfallbilder oder Vitalparameter genutzt [3]. Im Jahr 2022 wurde das Weißbuch zur Versorgung kritisch kranker Patienten im nicht-traumatologischen Schockraum veröffentlicht, in dem erstmals Empfehlungen zur Infrastruktur, personellen Besetzung, aber auch zu Alarmierungskriterien enthalten waren [4] (Tab.1):

- **Alarmierungstrigger** sind Pathologien nach dem ABCDE-System, kritische Vitalparameter, Leitsymptome (z.B. unklare Vigilanzminderung) und konkrete Notfallbilder (z.B. Status epilepticus) ebenso wie prähospital durchgeführte kritische Interventionen (z.B. Entlastungspunktion, Katecholamintherapie),
- **Schockraumteamalarmierung** erfolgt dann aufgrund der Voranmeldung durch die Klinik für die entsprechende Schockraumressource und ggf. abhängig von lokalen Strukturen das erweiterte Schockraumteam.

Die V₂iSiOn Regel

Die V₂iSiOn Regel dient der pragmatischen Identifikation von kritisch kranken, nicht-traumatologischen Patient:innen, die einer Schockraumversorgung zugeführt werden sollten. Das Akronym „ViSiOn“ wurde in Anlehnung an das Münsteraner IRON MAN Protokoll geprägt.

Die Basisvariante der Regel basierte ausschließlich auf objektivierbaren Vitalparameter-Grenzwerten, die stellvertretend für Auffälligkeiten im ABCDE-System stehen: Periphere Sauerstoffsättigung (SpO₂) (A/B), Blutdruck (C) und GCS-Score (D).

Die Validierung dieser „any-of-the-following“ Regel basierte auf Daten mehrerer prospektiver Studien, die an verschiedenen universitären Notaufnahmen durchgeführt wurden [5].

ViSiOn-positive Patient:innen benötigten signifikant mehr Akutinterventionen (Vasopressorgabe, zentrale Venenkatheter- und Arterienanlagen, Intubation und (nicht-)invasive Beatmung), bildgebende Diagnostik und wiesen eine signifikant höhere 30-Tage-Mortalität auf als Patient:innen mit negativer ViSiOn-Regel.

Der Basisvariante wurde zuletzt die (nicht-)invasive Beatmung (Ventilation) als zweites „V“ hinzugefügt (= V₂iSiOn). Derzeit wird die V₂iSiOn-Regel von den Rettungsdiensten des Kreises Steinfurt und der Stadt Münster (beide in NRW) offiziell und verpflichtend zur Voranmeldung nicht-traumatologischer Schockraumpatient:innen eingesetzt [6].

Literatur:

1. Bernhard M, Kumle B, Wasser C, et al. Epidemiologie, Hintergründe, Zahlen und Fakten zum nichttraumatologischen Schockraummanagement kritisch kranker Patienten. Notfall Rettungsmed 2023; 26: 473-481
2. Bernhard M, Döll S, Hartwig T, et al. Resuscitation room management of critically ill nontraumatic patients in a German emergency department (OBSErvE-study). Eur J Emerg Med 2018; 25: e9-e17
3. Michael M, Bax S, Finken M, et al. Aktuelle IST-Analyse zur Situation des nichttraumatologischen Schockraummanagements in Deutschland. Notfall Rettungsmed 2022; 25: 107-115
4. Bernhard M, Kumle B, Dödt C, et al. Versorgung kritisch kranker, nicht-traumatologischer Patienten im Schockraum. Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin zur Strukturierung, Organisation und Ausstattung sowie Förderung von Qualität, Dokumentation und Sicherheit in der Versorgung kritisch kranker, nicht-traumatologischer Patienten im Schockraum in der Bundesrepublik Deutschland. Notfall Rettungsmedizin 2022; 25 (suppl 1): S1-S14
5. Rovas A, Paracikoglu E, Michael M, et al. Identification and validation of objective triggers for initiation of resuscitation management of acutely ill non-trauma patients: the INITIATE IRON MAN study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2021; 29:160
6. Köhnke R, Rovas A, de Goede E, et al. Alarmierungskriterien für den nichttraumatologischen Schockraum – erstes Resümee nach Einführung definitiver Kriterien (V2iSiOn-Kriterien) in Münster. Notfall Rettungsmed 2023; 26:482-492

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Bernhard	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	22	
				von 172	

■ Bei folgenden pathologischen Befunden nach Trauma soll das Schockraumteam aktiviert werden:

A / B

- Atemstörungen ($\text{SpO}_2 < 90\%$)
- Atemwegssicherung erforderlich
- AF < 10/min oder > 29/min

C

- systolischer Blutdruck < 90 mmHg
- Herzfrequenz > 120/min
- Schockindex > 0,9
- positiver eFAST

D / E

- GCS ≤ 12
- Hypothermie < 35,0 °C

■ Bei folgenden Verletzungen nach Trauma soll das Schockraumteam aktiviert werden:

instabiler Thorax

mechanisch instabile Beckenverletzung

Vorliegen von penetrierenden Verletzungen der Rumpf-Hals-Region

Amputationsverletzung proximal der Hände / Füße

Sensomotorisches Defizit nach Wirbelsäulenverletzung

Frakturen von 2 oder mehr proximalen großen Röhrenknochen

Verbrennungen > 20 % und Grad $\geq 2b$

■ Bei folgenden Maßnahmen nach Trauma soll das Schockraumteam aktiviert werden:

erforderliche Atemwegssicherung

Thoraxentlastung, Pericardiozentese

Katecholamingabe

Anlage Tourniquet

■ Bei folgenden zusätzlichen Kriterien sollte das Trauma- / Schockraumteam aktiviert werden:

(Ab-) Sturz aus über 3 Metern Höhe

Verkehrsunfall (VU) mit Ejektion aus dem Fahrzeug oder Fraktur langer Röhrenknochen

■ Die Schockraumalarmierung bei geriatrischen Patienten nach relevantem Trauma sollte zusätzlich bei einem der folgenden Parametern erfolgen:

RRsys < 100 mmHg

bekanntes oder vermutetes Schädel-Hirn-Trauma und GCS ≤ 14

2 oder mehr verletzte Körperregionen

Fraktur eines oder mehrerer langer Röhrenknochen nach Verkehrsunfall

Geriatrische Patienten: ≥ 80 Jahre oder ≥ 70 Jahre + geriatrietypische Multimorbidität

Die Schockraumalarmierung bei geriatrischen Patienten sollte großzügig erfolgen (Empfehlungsgrad B ↑)

Schockindex: Pulsfrequenz \div RR syst.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
DGU	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / HT / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS	01.01.2025	ungültig	23	
				von 172	

Kommunikation an der Nahtstelle Präklinik / Klinik SINNHAFT	gültig für	alle
---	---------------	------

SINNHAFT		
S Start	RUHE! Bereit für die Übergabe? "Face-to-Face" - Kommunikation Möglichst alle Manipulationen / Tätigkeiten am Patienten vermeiden!	
I Identifikation	Geschlecht, Nachname und Alter	
N Notfallereignis	1. Was? (Leitsymptom / Verdachtsdiagnose) 2. Wie? (Ursache)	3. Wann? (Zeitpunkt des Ereignisses) <i>Optional: Wo / Woher?</i> (Ort / Auffindesituation)
N Notfallpriorität H  Handlung	Notfallpriorität anhand des ABCDE-Schemas mit pathologischen Untersuchungsbefunden und pathologischen Vitalparametern Durchgeführte Handlungen : Maßnahme, Dosis / Umfang / Zeitpunkt, Wirkung, falls zutreffend bewusst unterlassene Handlungen	
A Anamnese	Allergien, Medikation, Vorerkrankung, Infektion, Soziales / Organisatorisches, Besonderheiten	
F Fazit	Wiederholung durch das aufnehmende Personal: Identifikation, Notfallereignis, Notfallpriorität (ohne Vitalparameter) gekoppelt an die Handlung	
T Teamfragen	Möglichkeit für zusätzliche wesentliche Fragen des aufnehmenden Personals	

- Die farblich dunkel gekennzeichneten Teilespekte spiegeln die feste Integration der CRM - Aspekte in „SINNHAFT“ wider.
- Es empfiehlt sich ein stakkatoartiger Übergabestil mit expliziter Nennung der einzelnen Teilespekte. Dieser leitet jeweils den nächsten Übergabeschritt ein und fokussiert auf die Kerninhalte der eigentlichen Mitteilung.
- Liegen Informationen nicht vor, wird dies bei der Übergabe mitgeteilt. Ist z.B. das Alter bei der Übergabe nicht bekannt, sollte dieser Übergabeinhalt nicht weggelassen werden, sondern wie folgt übergeben werden: „Identifikation: Frau Meier, Alter unbekannt“.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
Gräff	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / HT / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS	01.01.2025	ungültig	24	
				von 172	

Kommunikation an der Nahtstelle Präklinik / Klinik SINNHAFT	gültig für	alle
--	---------------	------

Erläuterungen zu den einzelnen Teilespekten von SINNHAFT

Start

- Das laute Aussprechen des Wortes „START“ (durch aufnehmende Person ggf. Leader) ist das Signal für den Beginn der Übergabe

Identifikation

- Geschlecht, Name und Alter (nicht Geburtsdatum)

Notfallereignis

- Was? / Wie? / Wann? (Optional Ort bzw. die Auffindesituation)

Notfallpriorität

- Ein Problem im Rahmen des ABCDE-Schemas (z.B. „C-Problem“) ist dann zu übergeben, wenn Maßnahmen zur Behebung erforderlich waren bzw. noch sind.
- Damit verbunden ist die Erwähnung aller pathologischen Vitalparameter und Untersuchungsbefunde.
- Existiert kein A- bis D-Problem und liegen alle Vitalparameter im physiologischen Normbereich, so kann dies mit dem Wortlaut „kein A- bis D-Problem“ und „unauffällige Vitalparameter“ übergeben werden.
- Pathologische Vitalparameter, ohne Bezug zum vorliegenden Krankheitsbild (z.B. BZ: 300 mg/dl bei Supinationstrauma des OSG) sollen bei der Übergabe erwähnt werden.
- Begleitverletzungen, die im Rahmen des Bodychecks auffallen, werden weiterhin unter „E“ aufgeführt.

Handlung

- Durchgeführte Handlungen sollten immer direkt an die entsprechende Notfallpriorität gekoppelt sein. Liegt also ein „A-Problem“ vor, so sollte im gleichen Kontext die zugehörige Handlung übergeben werden, bevor dann zu „B“ übergegangen wird

Anamnese

- Allergien, Medikation und Vorerkrankungen sind mündlich zu übermitteln, wenn sie im direkten Zusammenhang mit der / den Behandlungspriorität/en (ABCDE) stehen und für die unmittelbare / lebensrettende Versorgung von Bedeutung sind.
- Gleiches gilt bei Infektionsverdacht oder bestätigten Infektionen, wenn diese Auswirkungen auf die Infrastruktur des aufnehmenden Krankenhauses haben (z.B. Isolierung) oder eine Gefährdung für das aufnehmende Personal mit sich bringen.
- Soziale Aspekte (z.B. Patientenverfügungen, häusliche Gewalt etc.).
- Besonderheiten (z.B. Ablehnung einer Transfusion als Zeuge Jehovas oder DNR / DNI).
- Für den Fall, dass bei einem Patienten keine Allergien und / oder Vorerkrankungen und / oder Medikation und / oder Infektion und / oder soziale Aspekte und / oder Besonderheiten vorliegen, sollte diese leere Anamnese in allen Bestandteilen (ggf. zusammenfassend) dennoch bei der Übergabe erwähnt werden.

Fazit

- Das Fazit umfasst die Rekapitulation der Identifikation, des Notfallereignisses, der Notfallpriorität (ohne Vitalparameter), gekoppelt an die Handlung.

Teamfragen

- Nach dem Fazit soll die Möglichkeit für einzelne Teammitglieder bestehen noch wesentliche Fragen stellen zu können.

Literatur: Gräff I, Ehlers P, Schacher S (2023) SINNHAFT- Die Merkhilfe für die standardisierte Übergabe in der Zentralen Notaufnahme. Notfall Rettungsmed. <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01167-4>

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Gräff	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	25	
				von 172	

Kapitel 2	gültig für	alle
------------------	---------------	-------------

2

BPR

ABCDE

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / HT / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS	01.01.2025	ungültig	26	
				von 172	

Spontanatmung insuffizient:

- $\text{SpO}_2 < 90\%$
- Zyanose
- Atemfrequenz < 8 oder > 30/min
- Thoraxekursion pathologisch

Einfache Maßnahmen:

- Sauerstoffgabe
- bei Stridor: Epinephrin vernebeln

Freimachen der Atemwege:

- Reklination des Kopfes
(Cave: HWS-Trauma)
- Esmarch – Handgriff
- ggf. oral absaugen /
Fremdkörper ausräumen
- ggf. nasopharyngealer Tubus

- hochdosierte Sauerstoffgabe
- ggf. naso-/oropharyngeale Hilfsmittel
- Kapnographie obligat

- Thorax hebt und senkt sich
seitengleich
- typisches Kapnographie-Signal
- niedriger Beatmungsdruck
- SpO_2 steigt adäquat an

- Optimierung der Lagerung
- 2-Hand-Technik / doppelter C-Griff
- ggf. naso-/oropharyngeale Hilfsmittel
- Ausschluss technischer Fehler

**Insuffiziente Atmung
Bewusstlosigkeit**

A
B
C
D
E

Atemwegsverlegung
durch Fremdkörper?

nein

Einfache
Maßnahmen
erfolgreich?

nein

Beutel-Masken Beatmung

Ventilation und
Oxygenierung möglich?

nein

Optimierung der
Maskenbeatmung

Maskenbeatmung
möglich?

nein

Schutzreflexe
vorhanden?

nein

EGA-Anlage

Ventilation und
Oxygenierung möglich?

nein

Notarznachforderung gemäß
lokalen Vorgaben

i

27

von 172

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	27 von 172

Atemwegsmanagement	gültig für	alle
---------------------------	------------	------

Auch in der Notfallmedizin gilt die endotracheale Intubation immer noch als Methode der 1. Wahl („Goldstandard“) zur Atemwegssicherung (freie Atemwege und Aspirationsschutz).

Ausbildung und intensives Training im Sinne von routinemäßiger Anwendung sind hier zur sicheren Beherrschung der Maßnahme erforderlich. Diese Voraussetzung wird regelhaft nur von Anästhesisten und Intensivmedizinern durch tägliche Praxis erreicht¹.

Jedoch benötigt der „atmungsgestörte Patient“ vor allem eine Oxygenierung, die womöglich auch mit weniger invasiven und komplikationsbehafteten Methoden erreichbar ist.

Mit der Entwicklung der extraglottischen Atemwegshilfen (EGA) stehen neben Intubation und Maskenbeatmung weitere ergänzende Hilfsmittel für das Atemwegsmanagement zur Verfügung.

Ziel des Atemwegsmanagements

- Sicherstellung einer ausreichenden Oxygenierung des Patienten und
- Vermeidung einer Hypoxie

Ursachen einer Hypoxie sind vielfältig:

- Störung der Ventilation
 - ⇒ Atemwegsobstruktionen, Atemantrieb
- Störung des Gasaustausches
 - ⇒ Lungenödem, Lungentrauma (Pneumothorax)
- Kreislaufstillstand

Vermeidung deletärer präklinischer „Atemwegskatastrophen“

▸ Grundsatz: Oxygenierung vor Intubation!

- Anwendung einfacher Hilfsmittel (oro-/nasopharyngealer Atemwegshilfen) zur Optimierung einer Maskenbeatmung
- **Frühzeitiger** Einsatz extraglottischer Beatmungshilfen (Larynxtubus, Larynxmaske) bei nicht ausreichender Maskenbeatmung und auch bei schwieriger / unmöglich Intubation
- bei Erfolglosigkeit aller Maßnahmen (**cannot intubate–cannot ventilate-Situation**) sofortige Anlage eines chirurgischen Atemwegszuganges (Knotenotomie) durch den Notarzt ohne jede weitere Zeitverzögerung
- die Kontrolle der korrekten Tubuslage durch Kapnographie ist zwingend
- die kontinuierliche Überwachung eines beatmeten Patienten mittels Kapnographie gehört zum Standard in Klinik und Praxis

Der Algorithmus für das Atemwegsmanagement beschreibt die an Invasivität zunehmende Abfolge der Verfahren bis zur Intubation durch den Notarzt.

1 ERC Guidelines for Resuscitation 2021

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Schlüter	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	28	
				von 172	

**A-Problem
obere Atemwegsobstruktion**

gültig
für

alle

Hinweise auf obere Atemwegsobstruktion

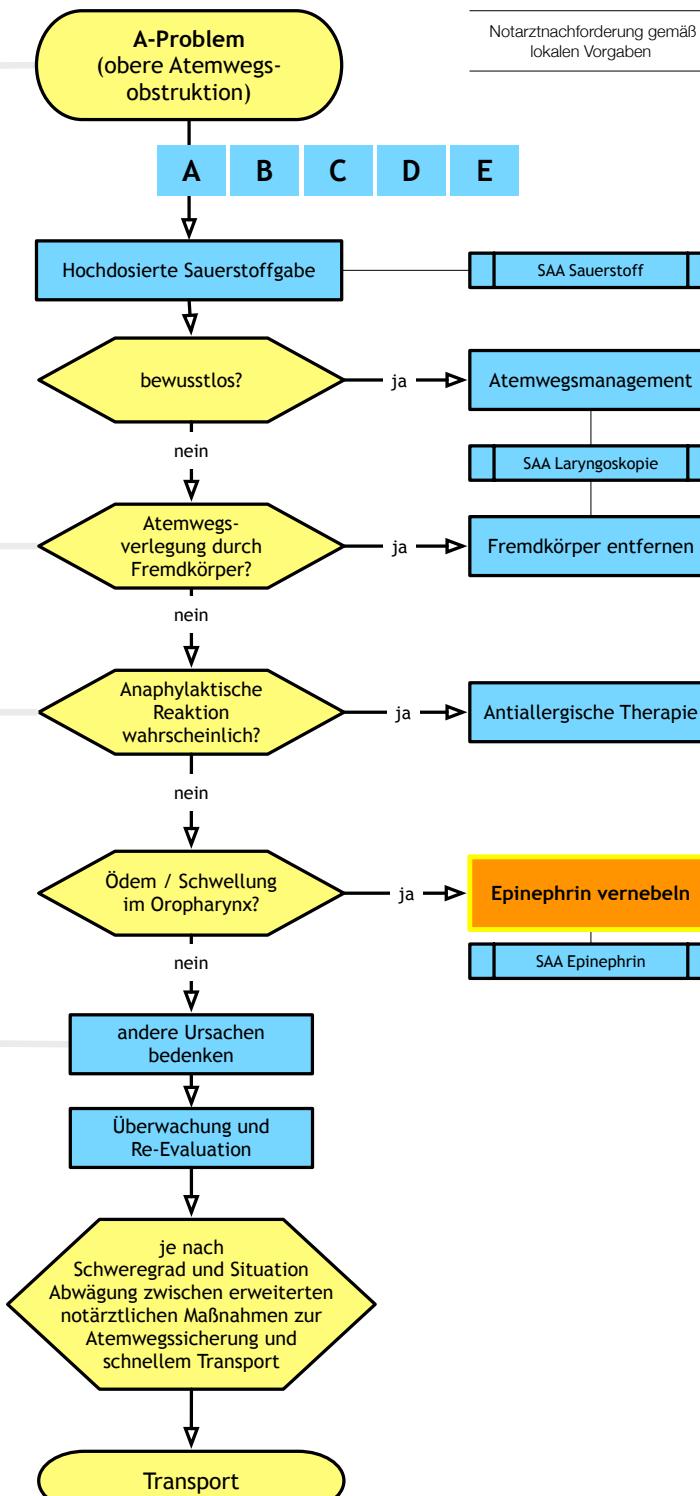
- Dyspnoe
- Inspiratorischer Stridor
- Invers Atmung
- Sprechen nicht möglich, Schluckstörung
- Hypoxiezeichen

Notarznachforderung gemäß
lokalen Vorgaben

**Erstickungszeichen im Zusammenhang mit
Essen / Trinken?
Hinweise auf Schluckstörung**

**Allergenexposition bei bekannter Allergie?
Typische Symptome (z.B. Tachykardie,
Blutdruckabfall, Hautreaktionen, etc.)
der Anaphylaxie in Zusammenhang mit
Medikamentengabe, Insektentstich, etc.?**

**Andere Ursachen sind z.B.: nicht-
allergisches angioneurotisches Ödem,
Tumor, Entzündung / Abszess**



BPR
Atemwegs
management

BPR A-
Problem
Fremd-
körper

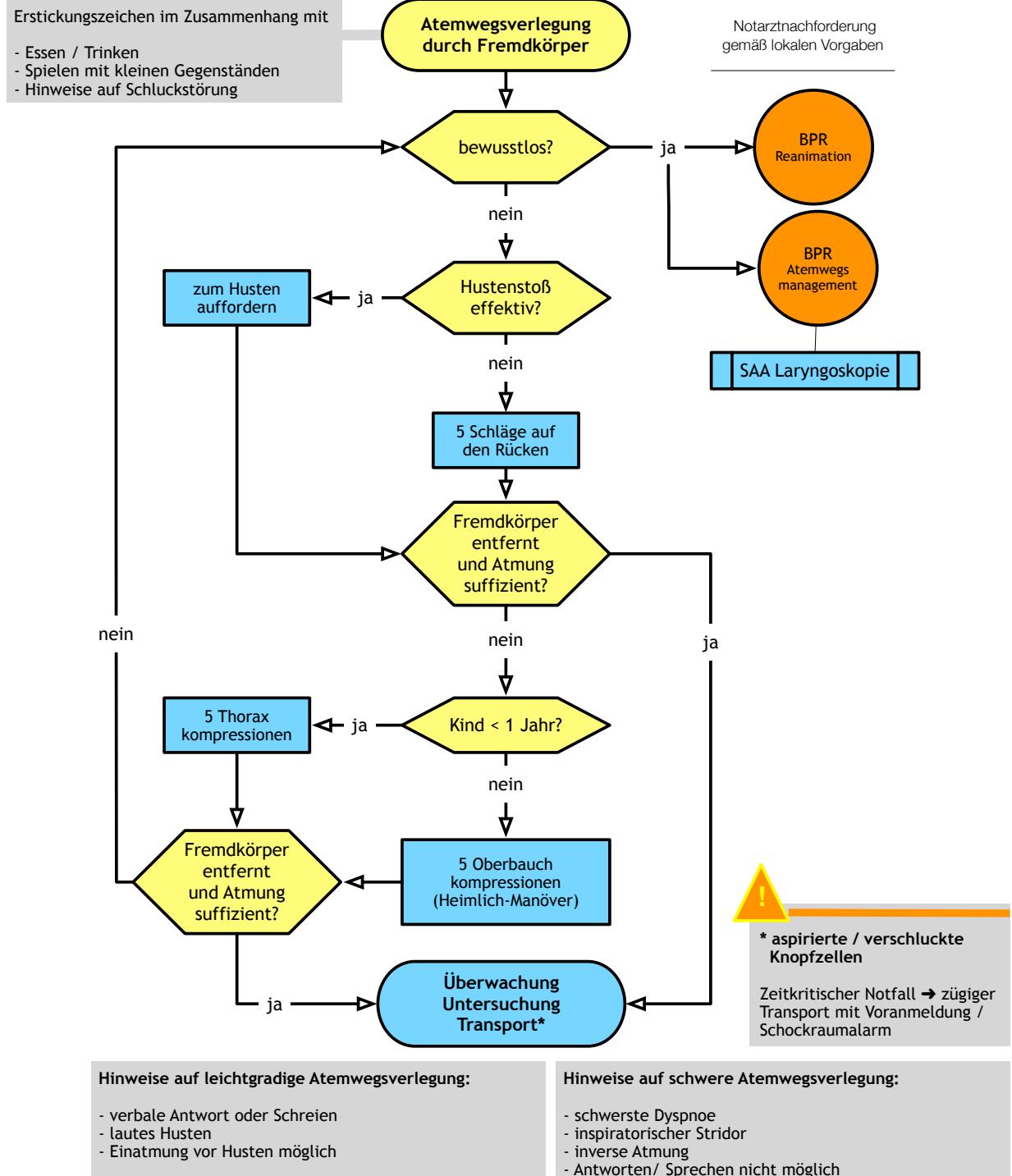
BPR
Ana-
phylaxie

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	29	
				von 172	

Atemwegsverlegung durch Fremdkörper

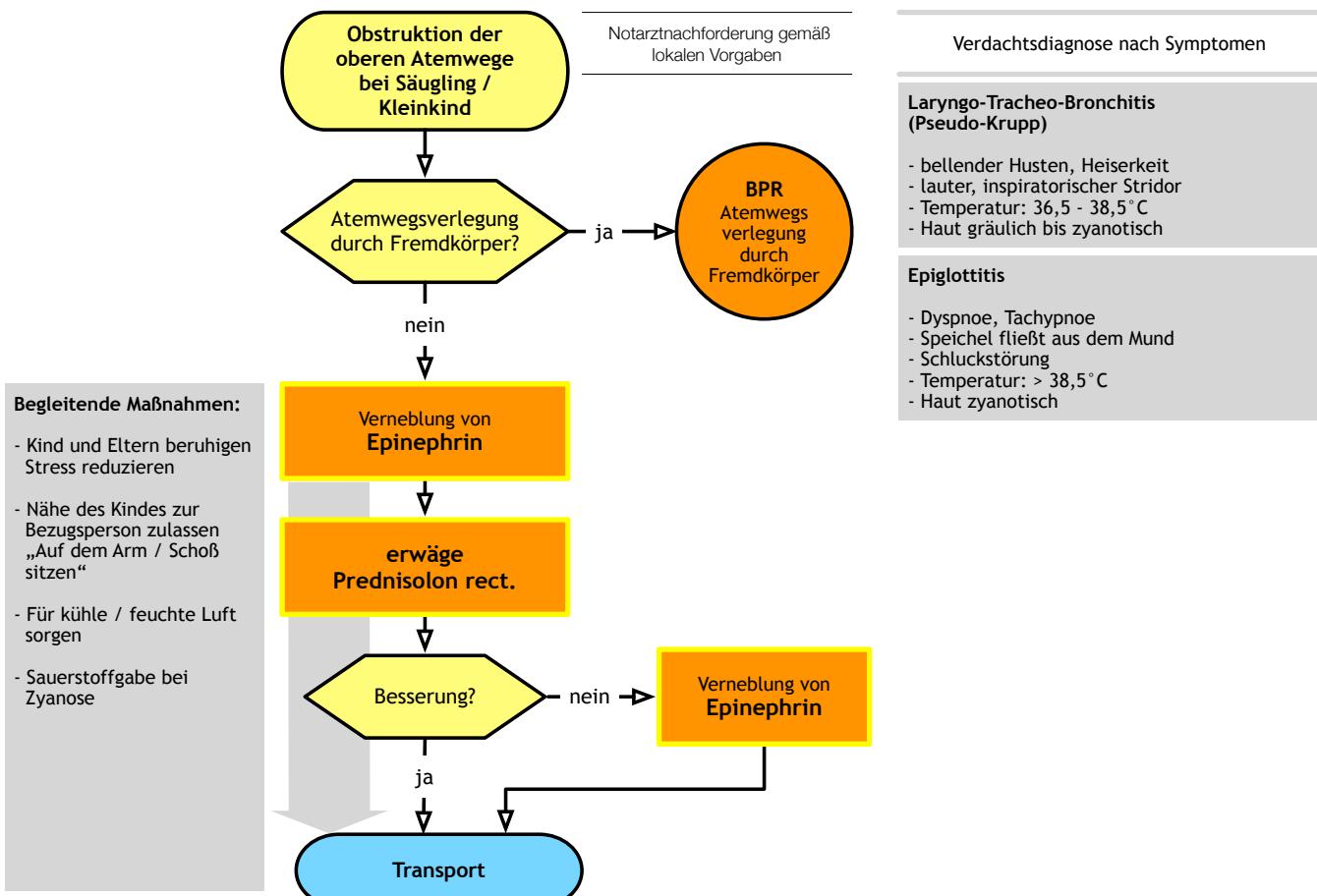
gültig für

alle



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	30	
				von 172	

Obstruktion der oberen Atemwege bei Säugling / Kleinkind	gültig für	alle
--	------------	------



Epinephrin

Kinder < 12 Jahre:

2 mg Epinephrin + 2 ml NaCl 0,9 % vernebeln

RKN	RettAss	HS	RettAss ★	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RS ★	EU	Rettass ★
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	Rettass ★
REK	RettAss	DO	NotSan	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land		RettAss		GE	RettAss
HSK	RettAss ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM					

Prednisolon

Kinder < 12 Jahre:

100 mg Prednisolon rectal

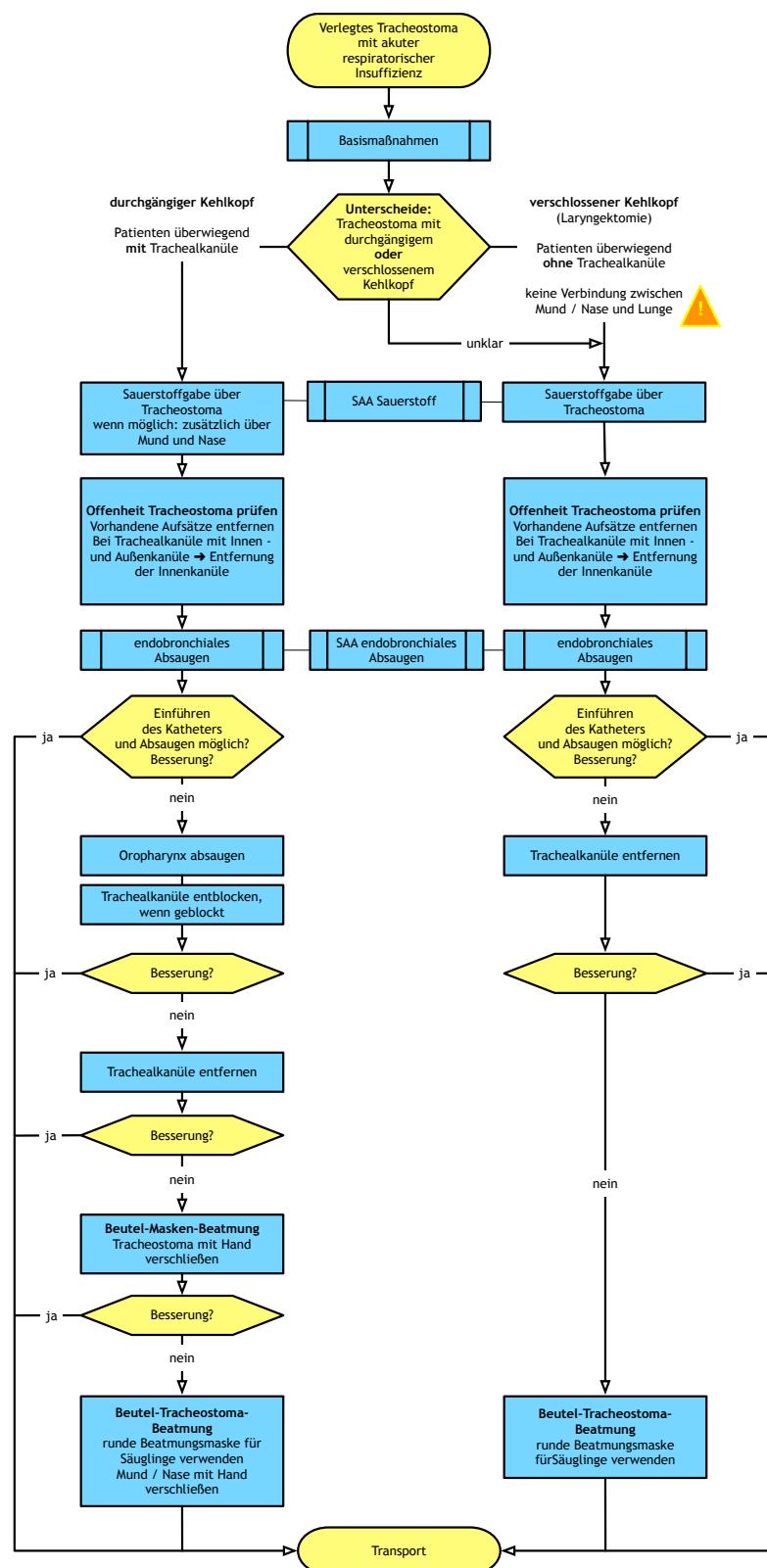
RKN	NotSan	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	NotSan ★	EU	NotSan ★
SR AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	NotSan ★
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land		NotSan		GE	NotSan
HSK	RettAss ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM					

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	31	
				von 172	

Atemnot durch verlegtes Tracheostoma

gültig
für

alle



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	32 von 172	

Atemnot durch verlegtes Tracheostoma	gültig für	alle
---	------------	-------------

Erläuterungen

Dieser BPR basiert auf den Empfehlungen des britischen "National Tracheostomy Safety Project"
www.tracheostomy.org.uk

Das Verständnis dafür, welche Art eines Tracheostomas vorliegt, kann im Notfall lebensrettend sein.
Bei einem operativ verschlossenen Kehlkopf (Laryngektomie) führt der Weg durch Mund und Nase **nicht** in die Lunge.

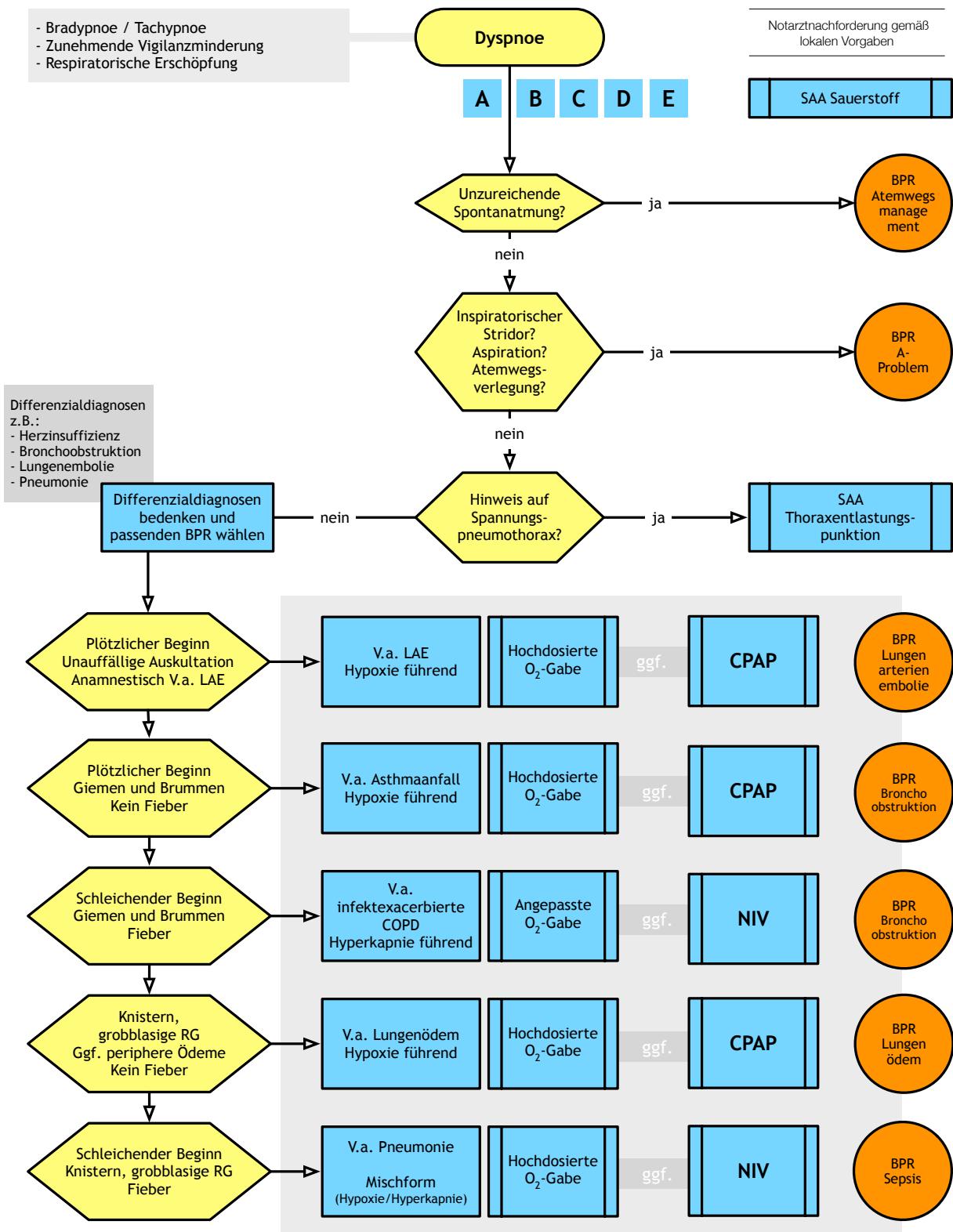
Wichtigste Botschaft:

Eine verlegte Trachealkanüle, die nicht durchgängig gemacht werden kann, muss bei einem ersticken Patienten immer entfernt werden!

- Kapnometrie:** - wenn immer möglich, soll eine Kapnografie verwendet werden, um den Zustand zu überwachen
- ausgeatmetes CO₂ zeigt eine Atemtätigkeit verlässlich an
- Sauerstoffgabe:** - die Gabe von Sauerstoff soll möglichst ununterbrochen fortgesetzt werden, bis sich die Patientensituation gebessert hat
- Verlegte Innenkanüle:** - eine verlegte Innenkanüle kann unter fließendem Wasser, ggf. unter Einsatz einer Rundbürste, gereinigt werden. Ein Wiedereinsetzen ist danach möglich. Oft ist nur über die Innenkanüle ein Anschluss z.B. an einen Beatmungsbeutel möglich.
- Einführung**
Absaugkatheter: - sind Einführen und Absaugung möglich, so kann versucht werden, Patienten mit Beatmungsbeutel assistiert zu beatmen, um die Atemarbeit zu erleichtern.
- Beutel-Masken-**
Beatmung: - Beatmungsmaske für Säuglinge verwenden, um das Tracheostoma optimal zu umschließen
- Primärer Atemweg:** - Das Neu-Einlegen einer Trachealkanüle kann ein herausfordernder Vorgang sein, der besondere Erfahrung und spezielles Material erfordert. Ziel dieses BPR ist das Erreichen einer ausreichenden Atmung ohne Neu-Einlegen einer Trachealkanüle.
- Nachdem eine ausreichende Atmung hergestellt werden konnte, soll individuell anhand von Lage, Patient und Erfahrungsstand des NotSan entschieden werden, ob die Einlage einer Kanüle versucht wird.
- Sekundärer Atemweg:** - eine sekundäre Atemwegssicherung stellt eine **notärztliche** Aufgabe dar.
- bei durchgängigem Kehlkopf:**
- oraler Intubationsversuch (Tubusende über das Tracheostoma hinaus vorgeschnitten)
- wenn orale Intubation nicht möglich ist: Intubation über Tracheostoma (Tubus 6.0) unter Nutzung eines Führungsstabes
- bei verschlossenem Kehlkopf:**
- Intubation über Tracheostoma (Tubus 6.0) unter Nutzung eines Führungsstabes

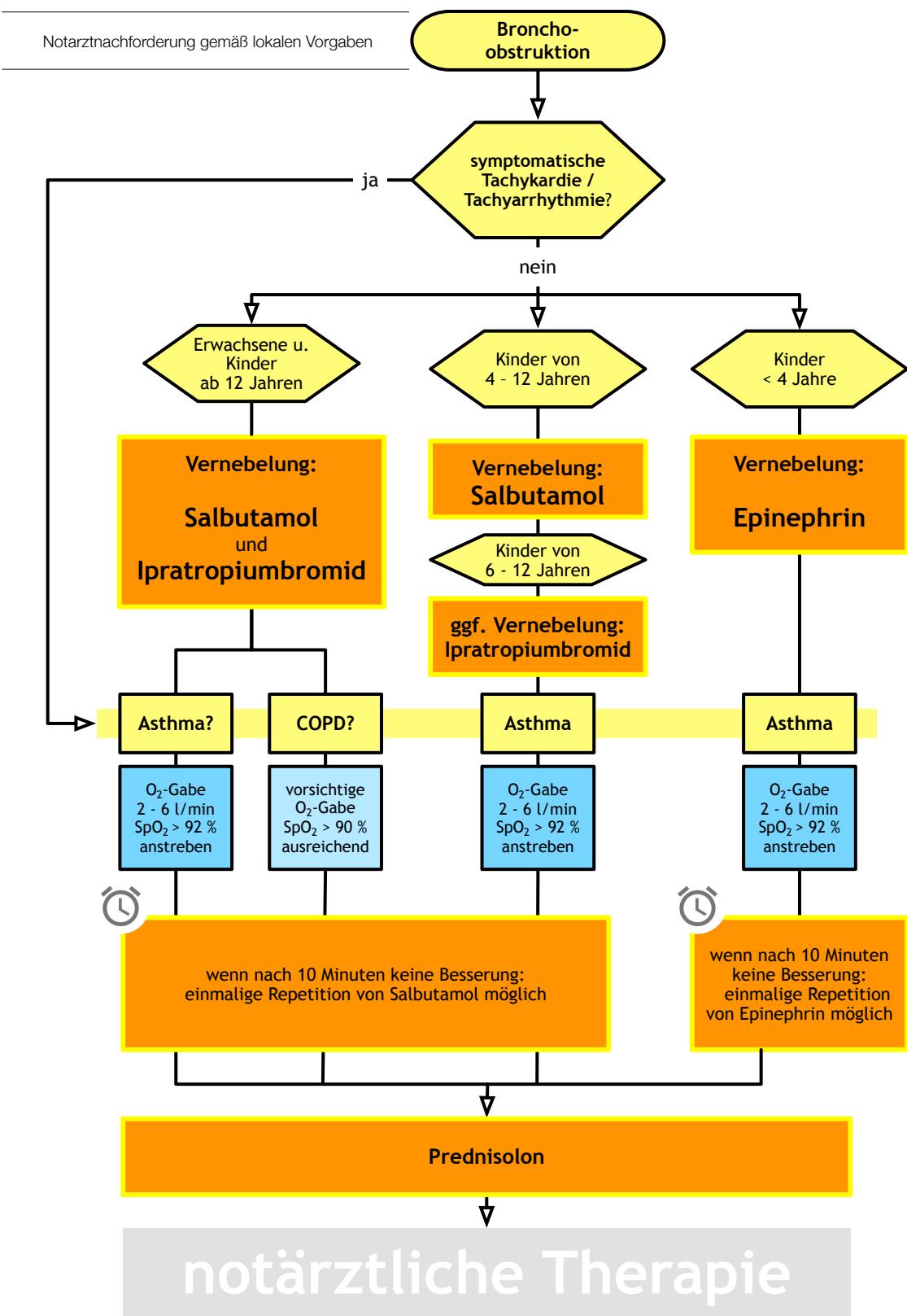
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	33	

Dyspnoe	gültig für	alle
----------------	---------------	-------------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KH / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	34	
				von 172	

Bronchoobstruktion	gültig für	alle
---------------------------	---------------	-------------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	35	i
				von 172	

Medikamente Bronchoobstruktion	gültig für	alle
-----------------------------------	---------------	------

Salbutamol

Erwachsene:

2,5 mg Salbutamol mit 6 – 8 l O₂/min vernebeln, einmalige Repetition nach 10 min möglich

Kinder 4 – 12 Jahre:

1,25 mg Salbutamol mit 6 – 8 l O₂/min vernebeln, einmalige Repetition nach 10 min möglich

RKN	RettAss ★	HS	RettAss ★	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	NotSan ★	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss ★	DN	RettAss	KLE	RettAss	AC	RS ★	EU	RettAss ★
SR AC	NotSan ★	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss ★
REK	RettAss ★	DO	RettAss ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★		
HSK	NotSan ★	D	RettAss ★	HA	RettAss	HAM					

Ipratropiumbromid (Atrovent®)

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

0,5 mg Atrovent® mit 6 – 8 l O₂/min vernebeln, einmalige Repetition nach 30 min möglich

RKN	RettAss ★	HS	RettAss ★	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	NotSan ★	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss ★	DN	RettAss	KLE	RettAss ★	AC	RS ★	EU	RettAss ★
SR AC	NotSan ★	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss ★
REK	RettAss ★	DO	RettAss ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★		
HSK	NotSan ★	D	RettAss ★	HA	NotSan ★	HAM					

Ipratropiumbromid (Atrovent®)

Kinder 6 - 12 Jahre:

0,25 mg Atrovent® mit 6 – 8 l O₂/min vernebeln, einmalige Repetition nach 30 min möglich

	HS	RettAss ★	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	RettAss	KLE	RettAss	AC	RS	EU	RettAss ★
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss ★
REK	NotSan	DO		GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★		
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA		HAM					

Epinephrin

Kinder < 4 Jahre:

2 mg Epinephrin und **2 ml NaCl 0,9%** mit 6 – 8 l O₂/min vernebeln, einmalige Repetition nach 10 min möglich

RKN	RettAss	HS	RettAss ★	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss	DN	RettAss	KLE	NotSan ★	AC	RS ★	EU	RettAss ★
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss ★
REK	RettAss	DO	NotSan ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★	GE	RettAss
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM					

fenoterol und Ipratropiumbromid (Berodual® LS)

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre: 1 ml (= 10 Hübe) verdünnt mit NaCl 0,9 % vernebeln

Kinder 4 - 12 Jahre: 0,5 ml (= 5 Hübe) verdünnt mit NaCl 0,9 % vernebeln

GE RettAss

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	36	
				von 172	

Medikamente Bronchoobstruktion	gültig für	alle
-----------------------------------	---------------	------

Prednisolon

Erwachsene und Kinder ≥ 12 Jahre:

100 mg Prednisolon i.v.

RKN	NotSan ★	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan ★	OB	NotSan
MH	NotSan	MG	NotSan ★	DN	NotSan	KLE	Notarzt	AC	NotSan ★	EU	NotSan ★
SR AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	NotSan ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan ★	GE	NotSan
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan ★	HAM					

Prednisolon

Kinder < 12 Jahre:

100 mg Prednisolon rectal

RKN	NotSan ★*	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	RettAss	AC	NotSan ★	EU	NotSan ★
SR AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	NotSan ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan ★	GE	NotSan
HSK	RettAss ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM					

*RKN: Prednisolon als 2c - Maßnahme (★) nur bei Patienten > 4 Jahre

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	37	
				von 172	

Bronchoobstruktion	gültig für	alle
---------------------------	------------	-------------

Grundlagen

Asthma bronchiale ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege, charakterisiert durch eine bronchiale Hyperreagibilität und eine variable Atemwegsobstruktion.

Die COPD ist eine chronische Lungenerkrankung mit progredienter, auch nach Gabe von Bronchodilatatoren und/oder Cortikosteroiden nicht vollständig reversibler Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis und/oder eines Lungenemphysems.

Zur Differenzierung lassen sich folgende Merkmale nutzen:

Typische Merkmale	Asthma	COPD
Alter bei Erstdiagnose	variabel, häufig: Kindheit / Jugend	meist 5. – 6. Lebensjahrzehnt
Tabakrauchen	Risikofaktor	überwiegend Raucher
Atemnot	anfallsartig	bei Belastung
Allergie	häufig	möglich
Atemwegsobstruktion	variabel, reversibel ($\Delta \text{FEV}_1 > 15\%$ nach Bronchodilatation*)	persistierend, partiell reversibel bis irreversibel ($\Delta \text{FEV}_1 < 15\%$ nach Bronchodilatation*)
Bronchiale Hyperreagibilität	regelhaft vorhanden	möglich
Verlauf	variabel, episodisch	progredient
Ansprechen auf Corticosteroide	regelhaft vorhanden	Langzeitansprechen variabel

* FEV_1 = (Forced Expiratory Volume in 1 second) Einsekundenkapazität

Problem der symptomatischen Tachykardie

Eine Verschlechterung der kardialen Situation durch die β -Sympathomimetika-Gabe sollte vermieden werden.

Bei kardial vorerkrankten Patienten ist die Gabe von β -Sympathomimetika aufgrund der Möglichkeit einer akuten kardialen Dekompensation kritisch zu prüfen.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	38	
				von 172	

Brustschmerz / ACS	gültig für	alle
---------------------------	------------	-------------

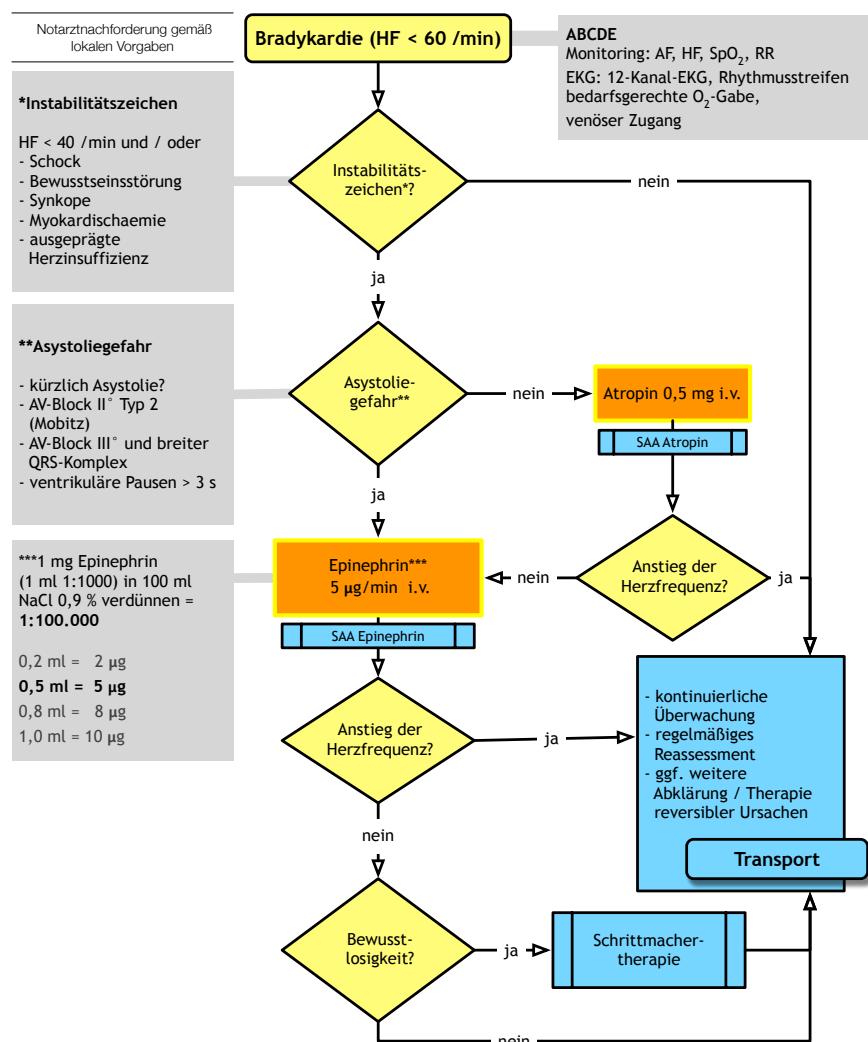
Ersteindruck Primary Survey	weiterführende Anamnese			
- A - B - C - D - E	<ul style="list-style-type: none"> - Symptome - Allergien - Medikation - Patientengeschichte / Grunderkrankungen / Schwangerschaft (Pregnancy) - Letzte orale Einnahme (Essen / Trinken) / letzte Ausscheidung - Ereignis (unmittelbar vor Notfall) - Risikofaktoren 	<ul style="list-style-type: none"> - Onsert (Beginn) - Palliation / Provocation (Linderung, bzw. Verschlechterung) - Quality (Qualität) - Radiation / Region / Related Symptoms (Ausstrahlung / Region / Begleitsymptomatik) - Severity (Intensität) - Time (Zeitlicher Verlauf) 		
!	maximal 10 Minuten nach erstem Patientenkontakt (EMK)	12-Kanal-EKG		
⌚	Monitoring:	SpO ₂ / EKG / Blutdruck		
!	keine Routine- Sauerstoffgabe bei unkompliziertem Myokardinfarkt	angepasste Sauerstoffgabe		
?	STEMI? Lokalisation?	STEMI-Äquivalent?		
	<input type="checkbox"/> anterior? <input type="checkbox"/> antero-septal? <input type="checkbox"/> antero-lateral? <input type="checkbox"/> inferior? <input type="checkbox"/> posterior?	<input type="checkbox"/> z.B. De-Winter-T-Wellen <input type="checkbox"/> z.B. Wellens-Zeichen <input type="checkbox"/> z.B. neuer LSB + Klinik <input type="checkbox"/> z.B. LSB + z.B. positive mod. Sgarbossa- o. BARCELONA-Kriterien		
	EKG - Kriterien STEMI (n. ESC-Leitlinie ACS 2023) ST-Strecken-Hebungen in 2 benachbarten Ableitungen (EKG: 10 mm = 1 mV):			
	ST-Strecken-Hebungen in V2 - V3:			
	<input type="checkbox"/> ≥ 2,5 mm bei Männern unter 40 Jahren <input type="checkbox"/> ≥ 2,0 mm bei Männern über 40 Jahren <input type="checkbox"/> ≥ 1,5 mm bei Frauen			
	und / oder ST-Strecken-Hebungen ≥ 1 mm in 2 benachbarten Ableitungen in allen anderen Ableitungen (außer V2 und V3)			
	Links - und Rechtsschenkelblock (LBBB und RBBB) mit klinischen Zeichen der Myokardischämie STEMI posterior bei ST-Strecken-Hebungen ≥ 0,5 mm in V7 – V9 (reziproke ST-Senkung in V1 – V3). ST-Streckensenkung ≥ 1 mm in sechs oder mehr Ableitungen, gekoppelt mit ST-Streckenhebung in aVR und / oder V1 deutet auf einen li. [...] Hauptstammverschluß oder eine schwere Drei-Gefäß-Ischämie hin.			
...	rechter Ventrikel	linker Ventrikel		
	Vorderwand	Seitenwand	Hinterwand	
RCA	RIVA	RIVA, RCX	RCX, RCA	RCX, RCA
	septal	anterior	lateral	inferior
V3R	V1	V3	I	II
V4R	V2	V4	aVL	III
			V5	aVF
	Senkung in V3 und V4		V6	V9
				Senkung in V1 - V3
?	STEMI? STEMI-Äquivalent?			
⌚				
		behandlungsbedürftiger Schmerz?	lebensbedrohliche Arrhythmie?	akutes Linksherzversagen?
				

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	39	
				von 172	

Lebensbedrohliche Bradykardie

gültig
für

alle



Atropin

Erwachsene:

0,5 mg i.v. – bei nachweisbarer, aber nicht ausreichender Wirkung Repetition nach 3 – 5 min bis adäquater Anstieg der Herzfrequenz (max. Gesamtdosis 3 mg)

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan	
MH	RettAss	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan	AC	RettAss	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land	NotSan			GE	NotSan	
HSK	NotSan ★	D	NotSan	HA	NotSan	HAM						

Epinephrin

Erwachsene:

5 µg (0,5 ml der 1:100.000 Lösung) i.v. - bolusweise jede Minute i.v. bis adäquater Herzfrequenzanstieg

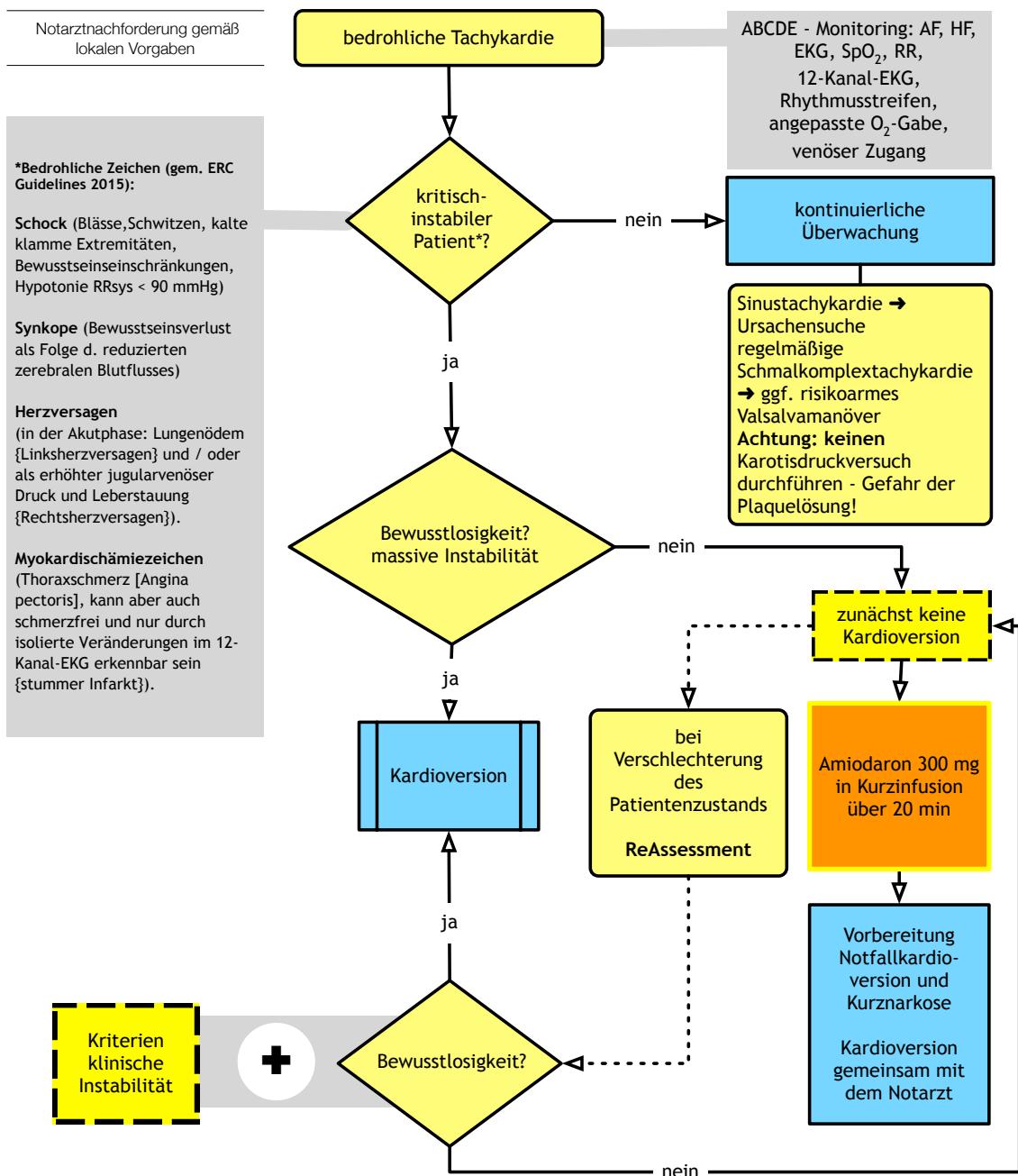
RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	RettAss
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land	NotSan			GE	NotSan	
HSK	NotSan ★	D	NotSan	HA	NotSan	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	40	
				von 172	

Lebensbedrohliche Tachykardie

gültig
für

alle



Amiodaron

Erwachsene:

300 mg in einer Kurzinfusion (über 20 Minuten)

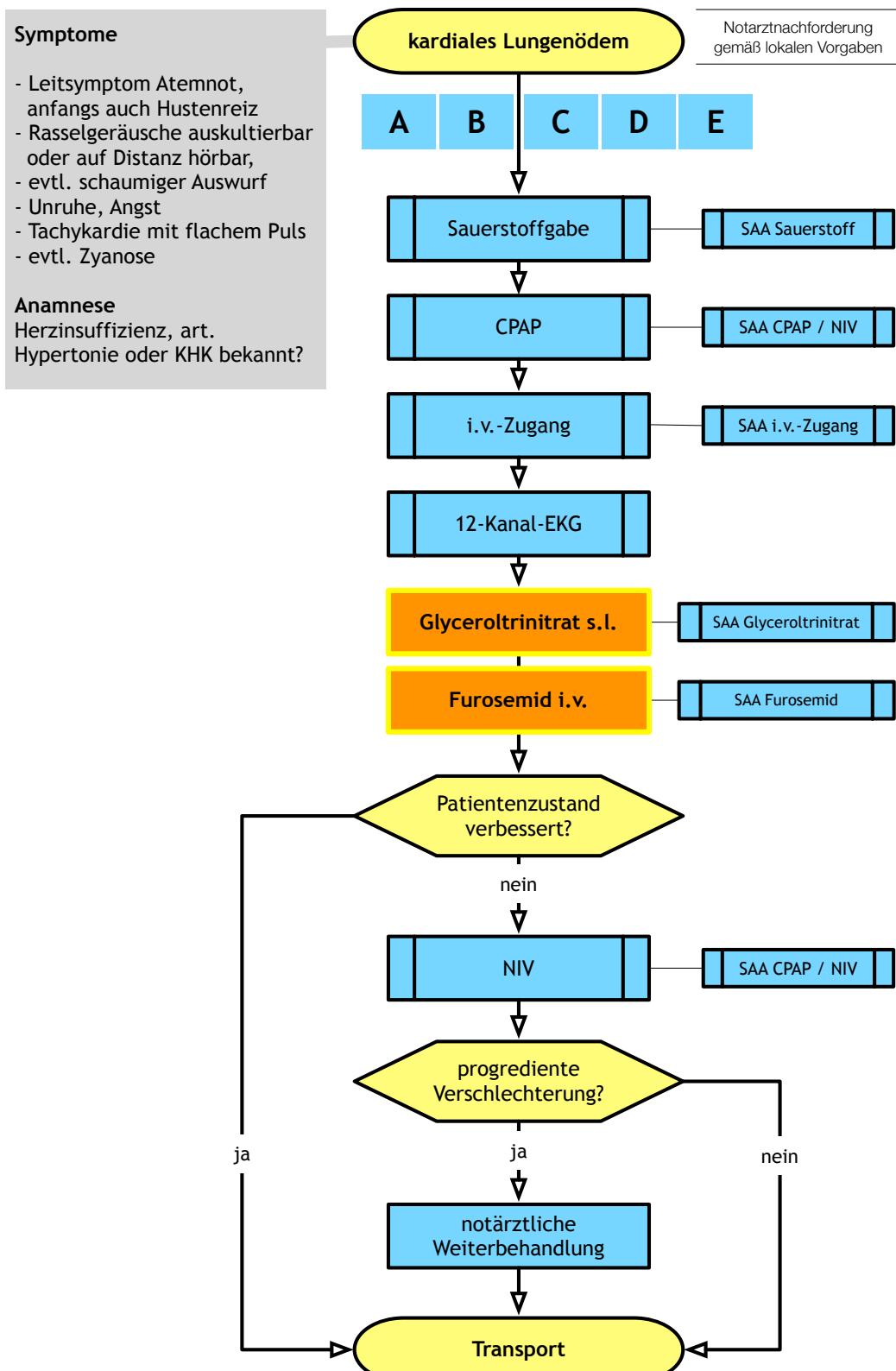
RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	NotSan	OB	TNA / NA	
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	Notarzt	AC	TNA / NA	EU	TNA / NA	
SR	AC	NotSan	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NA	E	Notarzt	UN	TNA / NA
REK	Notarzt	DO	NotSan	GL	Notarzt	TNA - Bergisches Land		NotSan	GE	TNA / NA		
HSK	Notarzt	D	Notarzt	HA	►	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	41	
				von 172	

**Akute Linksherzinsuffizienz
medikamentöse Vorlastsenkung**

gültig
für

alle



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	42	
				von 172	

Akute Linksherzinsuffizienz medikamentöse Vorlastsenkung	gültig für	alle
---	---------------	------

Glyceroltrinitrat

Erwachsene:
0,4 mg sublingual (1 Hub)

einmalige Repetition nach 5 Minuten möglich

RKN	RettAss	HS	RettAss	DU	Notarzt	KR	NotSan	VIE	NotSan ★	OB	NotSan	
MH	RettAss	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	NotSan ★	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	Notarzt
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan	GE	NotSan	
HSK	Notarzt	D	RettAss ★	HA	NotSan	HAM						

Furosemid

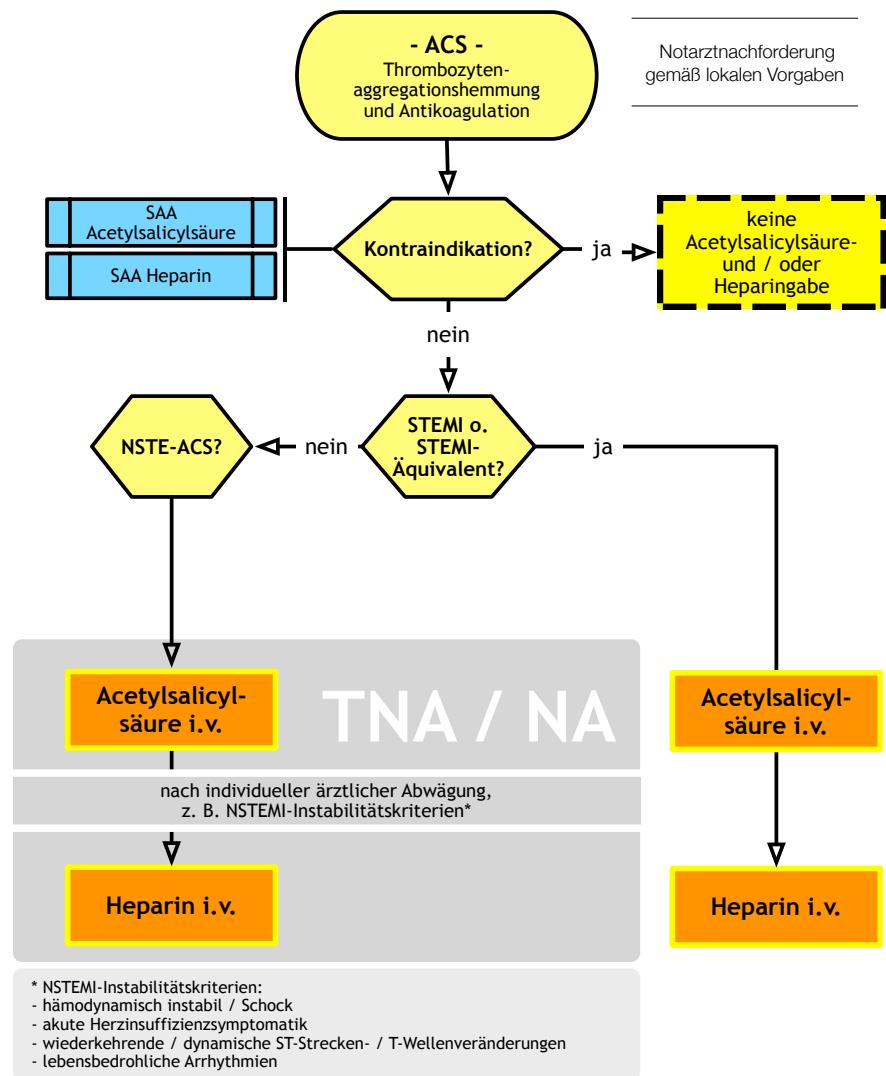
Erwachsene:
20 mg i.v.

einmalige Repetition nach 15 Minuten möglich

RKN	NotSan	HS	NotSan ★	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	NotSan ★	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	NotSan ★	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan	GE	NotSan	
HSK	NotSan	D	NotSan	HA	NotSan	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	43	
				von 172	

ACS Thrombozytenaggregationshemmung und Antikoagulation	gültig für	alle
--	---------------	-------------



Acetylsalicylsäure

Erwachsene:
250 mg langsam i.v.

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	Notarzt	KR	NotSan*	VIE	Notarzt	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	Notarzt	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	NotSan	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NA	E	RettAss	UN	TNA / NA
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land			TNA / NA	GE	NotSan	
HSK	Notarzt	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM						

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzertifizierung

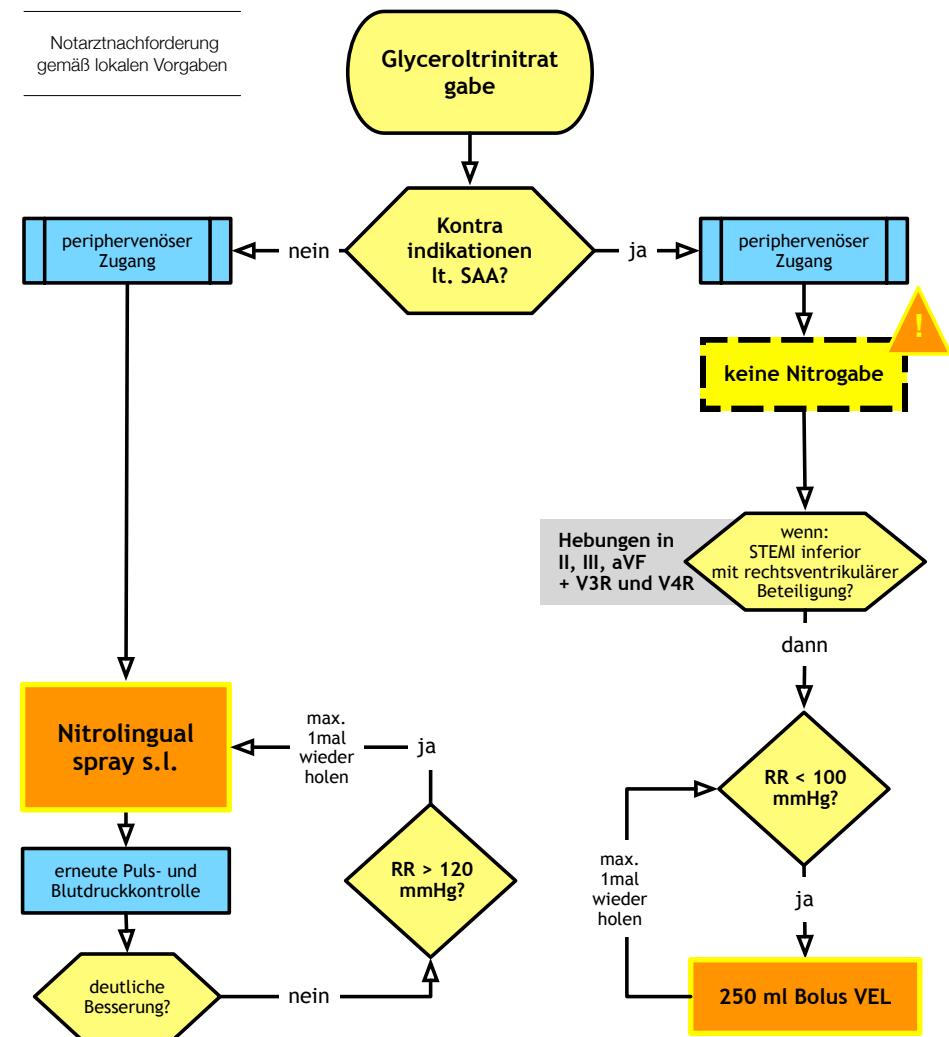
Heparin

Erwachsene:
5.000 IE i.v.

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	Notarzt	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	Notarzt	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	NotSan	EU	NotSan	
SR	AC	TNA / NA	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NA	E	RettAss	UN	TNA / NA
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land			TNA / NA	GE	NotSan	
HSK	Notarzt	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	44	
				von 172	

Glyceroltrinitrat Nitrolingual®	gültig für	alle
------------------------------------	---------------	------



Glyceroltrinitrat

Erwachsene:

0,4 mg s.l. (1 Hub) - einmalige Repetition nach 5 Minuten möglich

RKN	NotSan	HS	RettAss	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	NotSan ★	EU	NotSan
SR AC	NotSan ★	BO	RettAss	HER	Notarzt	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	Notarzt
REK		DO	NotSan	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land		NotSan		GE	NotSan
HSK	Notarzt	D	RettAss ★	HA	NotSan	HAM					

Vollelektrolytlösung

Erwachsene:

250 ml Bolus

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss	DN	NotSan	KLE	NotSan	AC	TNA / NA	EU	NotSan
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	Notarzt	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss
REK		DO	NotSan	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land		NotSan		GE	RettAss
HSK	NotSan	D	RettAss ★	HA	NotSan	HAM					

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	45	
				von 172	

akutes Aortensyndrom	gültig für	alle
----------------------	------------	------

Hinweise auf ein akutes Aortensyndrom:

- häufig Schmerzbeginn Rücken / zwischen den Schulterblättern
- reißender, häufig wandernder Schmerz
- evtl. Blutdruckdifferenz > 20 mmHg (Arme)
- evtl. fehlende Pulse Leiste und Beine peripher
- evtl. einseitig fehlender Radialispuls
- evtl. neurologische Symptome
- Vorsicht: evtl. auch ST-Streckenhebungen

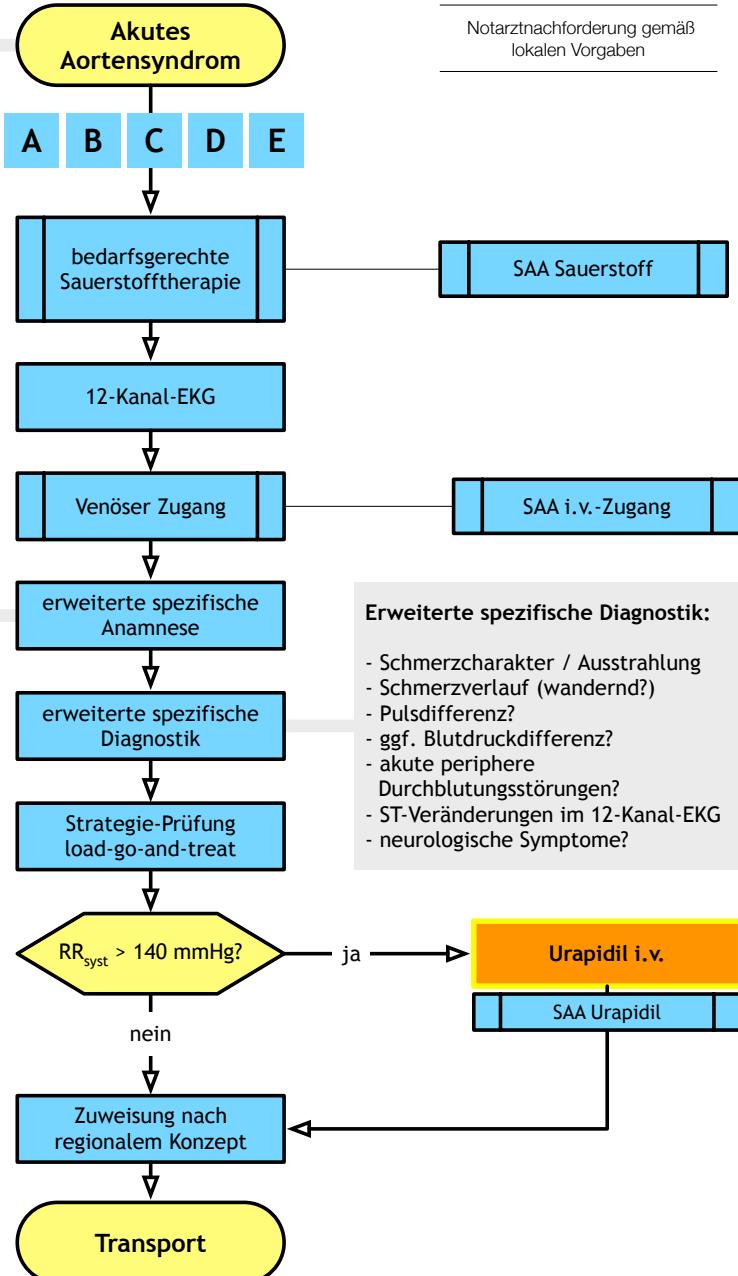
Notarznachforderung gemäß lokalen Vorgaben

Erweiterte spezifische Anamnese:

- bekannte Aortenerkrankung?
- Bindegewebserkrankungen? (z.B. Marfan-Syndrom)
- Autoimmunerkrankungen? (Gefäßentzündungen)
- (Herz-) Katheter-Untersuchung in der Anamnese?
- Drogenkonsum? (insbes. Kokain / Amphetamine)

Erweiterte spezifische Diagnostik:

- Schmerzcharakter / Ausstrahlung
- Schmerzverlauf (wandernd?)
- Pulsdifferenz?
- ggf. Blutdruckdifferenz?
- akute periphere Durchblutungsstörungen?
- ST-Veränderungen im 12-Kanal-EKG
- neurologische Symptome?



Urapidil

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

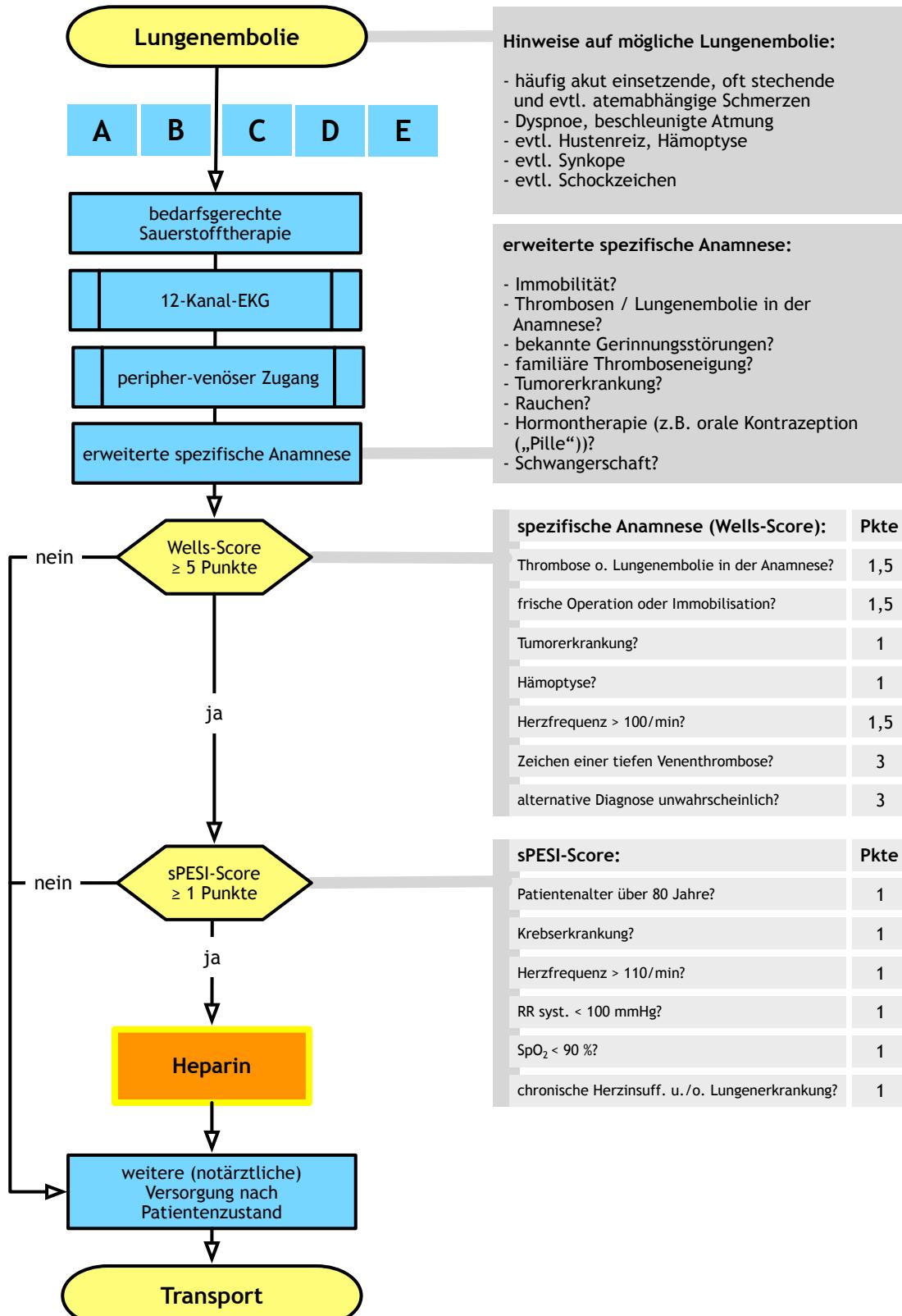
5 mg langsam i.v., repetitive Gabe - titriert bis RR_{syst} < 140 mmHg,
Maximaldosis 25 mg

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	NotSan*	VIE	NotSan	OB	TNA / NA	
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	RettAss
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land		TNA / NA		GE	NotSan	
HSK	NotSan ★	D	NotSan	HA	NotSan	HAM						

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzertifizierung

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	46	
				von 172	

Lungenembolie	gültig für	alle
---------------	------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	47	
				von 172	

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Lungenembolie – ÄLRD in BW, MV, NRW, SN u. ST – Stand: 31.03.2021 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023	gültig für	alle
---	---------------	------

Die Diagnose einer Lungenembolie ist präklinisch selten eindeutig zu stellen. Wichtig sind eine genaue Anamnese zu Symptomatik und Vorerkrankungen, um entsprechende Risikofaktoren erheben zu können.

Im zu dokumentierenden 12-Kanal-EKG finden sich ggf. Rechtsherzbelastungszeichen, z.B. ein Rechtslagetyp, ein SI-QIII-Typ, ein P-pulmonale und / oder T-Negativierungen in V1 – V3.
Diese sind jedoch nicht beweisend für eine Lungenembolie.

Neben der symptomorientierten Notfallversorgung gemäß ABCDE-Schema ist das Bedenken der Möglichkeit einer Lungenembolie ein entscheidender Faktor.

Das weitere Vorgehen richtet sich dann nach zwei Scoring-Systemen zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie und dem damit verbundenen Risiko / Sterberisiko.

Das Vorliegen einer Lungenembolie ist bei einem Wells-Score unter 5 unwahrscheinlich, bei 5 oder mehr Punkten kann das Vorliegen einer Lungenembolie als wahrscheinlich angesehen werden.

Der sPESI-Score (simplified Pulmonary Embolism Severity Index) ist ein Punktwert zur Risikoabschätzung eines schwerwiegenden / tödlichen Verlaufs einer Lungenembolie.

Bei 0 Punkten ist das 30-Tage-Mortalitätsrisiko mit etwa 1 % angegeben, bei einem oder mehr Punkten steigt das 30-Tage-Mortalitätsrisiko auf 10,5 %.

Heparin (Antikoagulans)

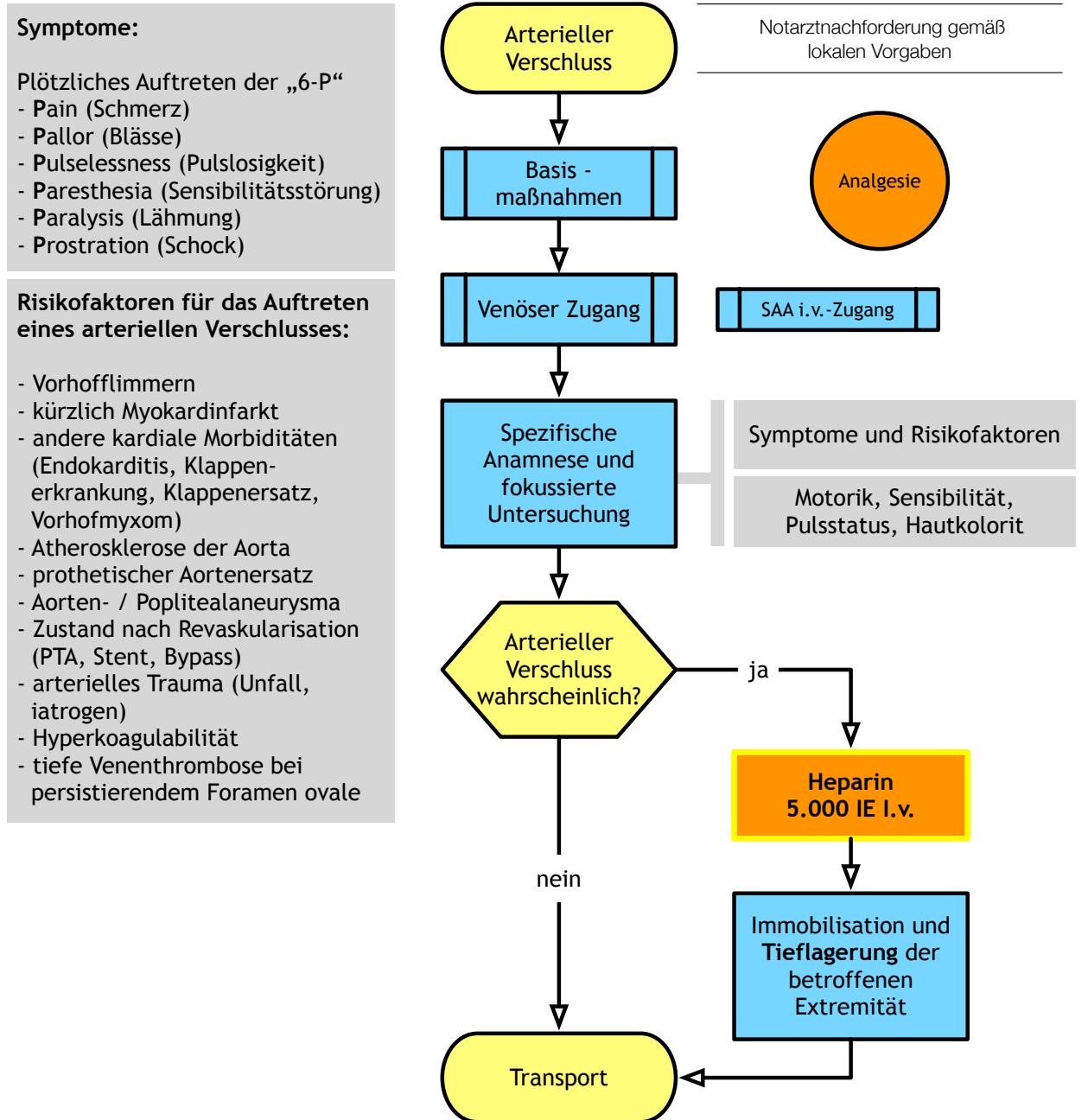
Erwachsene:

5000 IE i.v.

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	Notarzt	OB	TNA / NA	
MH	NotSan	MG	Notarzt	DN	NotSan	KLE	Notarzt	AC	NotSan	EU	TNA / NA	
SR	AC	TNA / NA	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NA	E	Notarzt	UN	TNA / NA
REK	Notarzt	DO	NotSan	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land			TNA / NA	GE	TNA / NA	
HSK	NotSan ★	D	Notarzt	HA	NotSan	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig			
			48			
			von 172			

Arterieller Verschluss	gültig für	alle
------------------------	------------	------



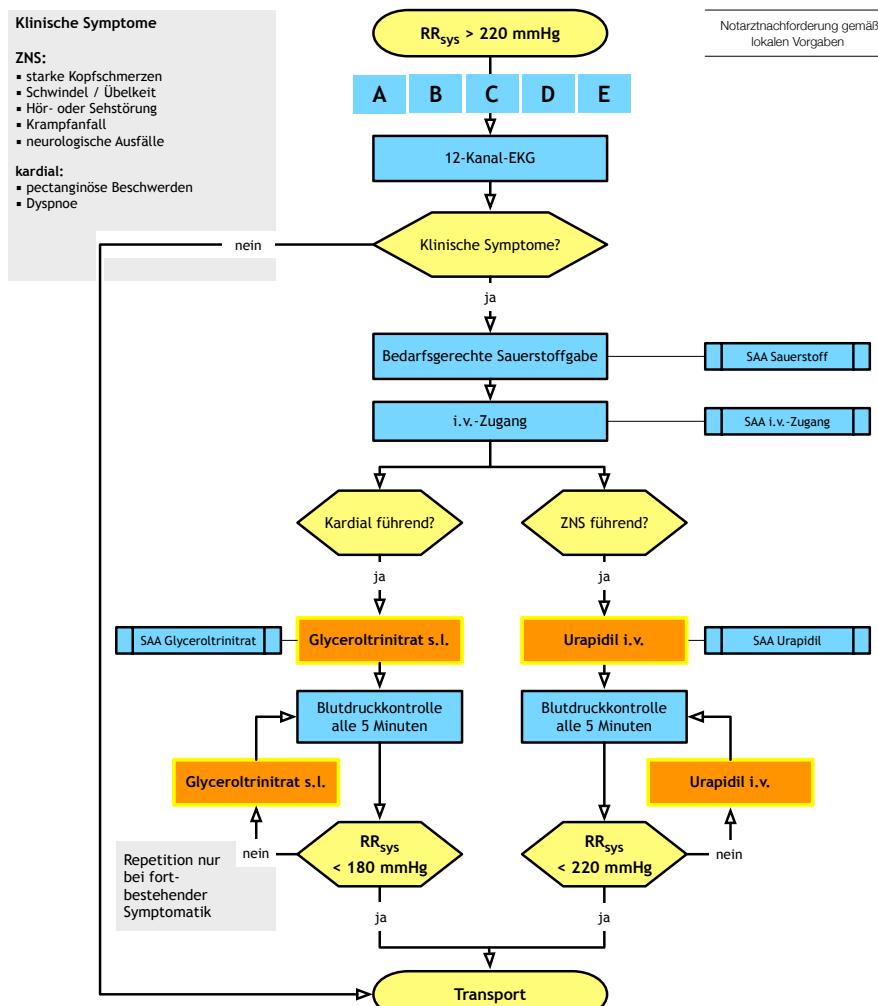
Heparin (Antikoagulans)

Erwachsene:
5000 IE i.v.

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	Notarzt	OB	TNA / NA	
MH	NotSan	MG	Notarzt	DN	NotSan	KLE	Notarzt	AC	NotSan	EU	TNA / NA	
SR	AC	TNA / NA	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NA	E	Notarzt	UN	TNA / NA
REK	Notarzt	DO	NotSan	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land			TNA / NA	GE	TNA / NA	
HSK	Notarzt	D	Notarzt	HA	NotSan	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	49	
				von 172	

Hypertensiver Notfall	gültig für	alle
------------------------------	---------------	-------------



Urapidil

Erwachsene:

5 mg Urapidil langsam i.v. – ggf. alle 5 Minuten wiederholen bis $RR_{syst.} < 220 \text{ mmHg}$ (Maximaldosis 25 mg), max. Senkung um 20 % des Ausgangswertes ($RR_{syst.}$)

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	NotSan*	VIE	NotSan ★	OB	NotSan
MH	NotSan	MG	NotSan ★	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss ★	EU	NotSan ★
SR AC	NotSan ★	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	RettAss ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan ★	GE	NotSan
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM			*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich		

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung

Glyceroltrinitrat

Erwachsene:

0,4 mg Glyceroltrinitrat s.I., ggf. Repetition nach 5 Minuten

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	Notarzt	KR	NotSan	VIE	NotSan ★	OB	NotSan	
MH	RettAss	MG	NotSan ★	DN	NotSan	KLE	Notarzt	AC	RS ★	EU	NotSan	
SR	AC	TNA+NotSan	BO	NotSan	HER	TNA / NA	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	Notarzt
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			TNA / NA	GE	NotSan	
HSK	Notarzt	D	RettAss ★	HA	NotSan	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	50 von 172	

Hypertensiver Notfall	gültig für	alle
------------------------------	------------	------

Erläuterungen

Hypertensiver Notfall:

kritischer Blutdruckanstieg (über 220/130 mmHg) und klinische Symptome durch Organschäden mit akuter vitaler Gefährdung

Klinische Symptome:

- **kardial:** pectanginöse Beschwerden, Herzinsuffizienz, Lungenödem, Herzrhythmusstörungen
- **cerebral:** Enzephalopathie, V.a. intrakranielle Blutungen, V. a. Schlaganfall, Kopfschmerzen, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Krampfanfälle, Somnolenz, Parästhesien, Paresen
- **askulär:** akutes Aortensyndrom, Epistaxis

Gravidität: EPH-Gestose, Eklampsie, Somnolenz, Kopfschmerzen, Ödeme, Krampfanfälle

Therapie:

Das Mittel der ersten Wahl ist in den meisten Fällen **Urapidil i.v.** (5 mg bolusweise, ggf. Repetition nach 5 Minuten), ggf. Weiterführung als kontinuierliche Gabe über Perfusion durch Notarzt.

Beim hypertensiven Notfall mit **pectanginösen Beschwerden** und / oder **Lungenödem** sollte **Glyceroltrinitrat s.l.** (0,4 mg, ggf. Repetition nach 5 Minuten) primär als Therapie verabreicht werden.
(Cave: inferiorer Infarkt mit Rechtsherzbeteiligung)

Hinweise:

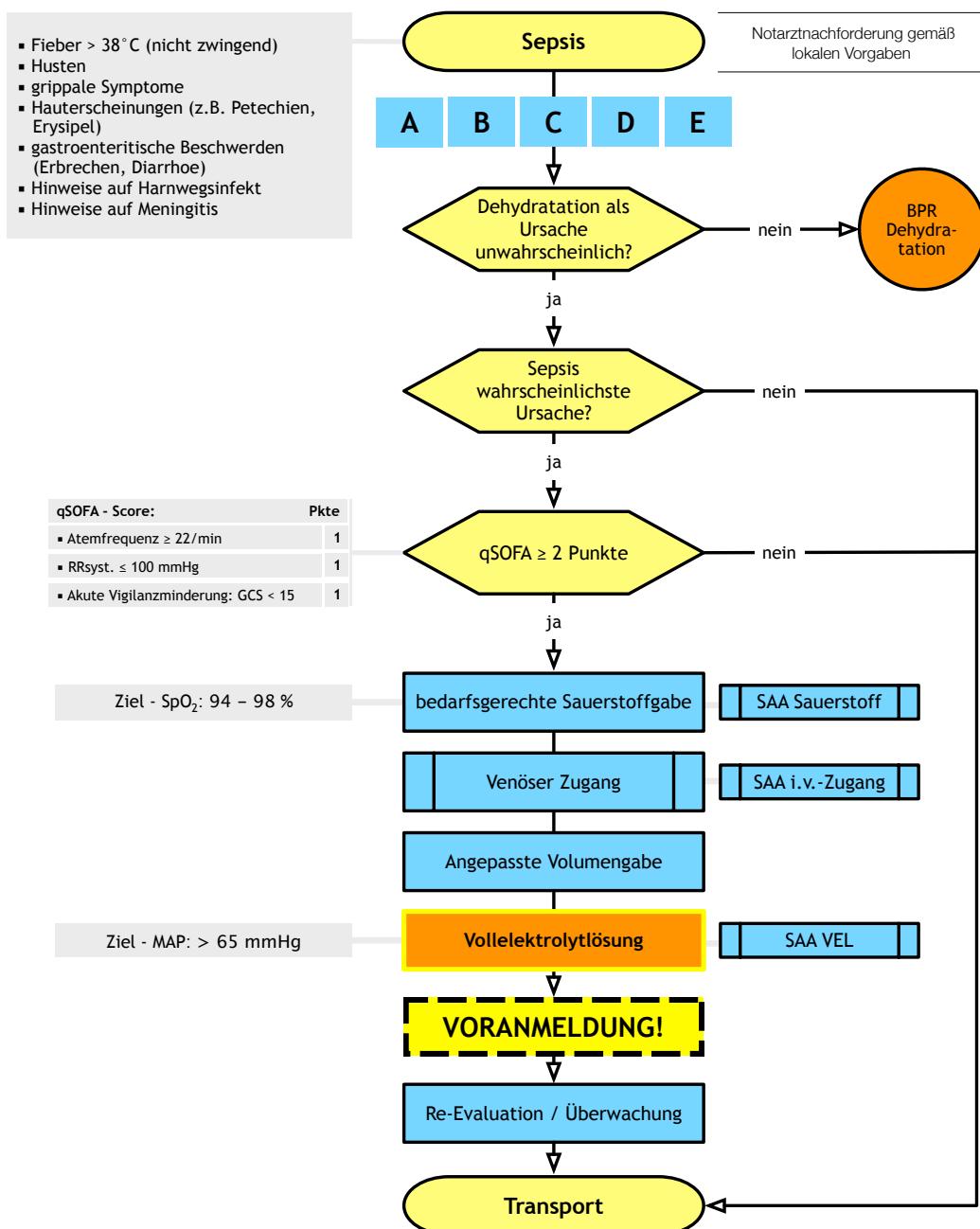
- die RR-Messung soll an beiden Armen erfolgen
- die RR-Messung soll engmaschig erfolgen
- ein 12-Kanal-EKG (ggf. erweiterte Ableitungen) ist bei jedem Patienten obligat
- die maximale RR-Senkung sollte 20 % des Ausgangswertes im Regelfall nicht überschreiten

Ausnahmen:

- bei hypertensivem Notfall mit pectanginösen Beschwerden / Lungenödem / akutem Aortensyndrom beträgt der Zielwert $RR_{syst} < 180$ mmHg
- bei Hinweis auf einen Schlaganfall sollte eine moderate RR-Senkung auf einen Wert nicht unter $RR_{syst} 180$ mmHg erfolgen
- keine Blutdrucksenkung wenn der Patient symptomfrei ist

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	51	
				von 172	

Sepsis	gültig für	alle
---------------	---------------	-------------



Vollelektrolytlösung

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:
500 – 1000 ml i.v.

RKN	NotSan ★	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	RettAss ★	VIE	NotSan ★	OB	RS	
MH	RettAss	MG	NotSan ★	DN	RettAss	KLE	RettAss	AC	RS ★	EU	NotSan ★	
SR	AC	NotSan ★	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RS ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land	RettAss			GE	RettAss	
HSK	RS	D	RettAss ★	HA	RettAss ★	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	52	
				von 172	

Sepsis	gültig für	alle
---------------	------------	-------------

Die Sepsis ist ein lebensbedrohlicher Notfall. Sie ist eine komplexe, den gesamten Körper umfassende, entzündliche Reaktion des Organismus auf eine Infektion. Im Jahr 2013 betrug die Inzidenz der Sepsis in der BRD 335 Fälle pro 100.000 Einwohner. Der Anteil schwerer Verläufe mit Organversagen betrug hier von 138 Fällen und mit Schockgeschehen 40 Fälle pro 100.000 Einwohner. Die Sepsis stellt die zweithäufigste Tracer-Diagnose in Notaufnahmen, mit dem Rettungsdienst wurden hier von 59,5 % eingeliefert (unveröffentlichte Daten des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement, LMU München). Eine rasche Diagnose und ein früher Therapiebeginn können die Behandlungsergebnisse entscheidend beeinflussen.

Auch für die Behandlung einer Sepsis gibt es eine Leitlinie, welche initial gemeinsam von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Notfall- und Intensivmedizin (DIVI) und der Deutschen Sepsis - Gesellschaft erarbeitet wurde.

Erstmals neue Kriterien wurden 2016 auf dem Jahreskongress der Society of Critical Care Medicine in Orlando vorgestellt, welche zudem im JAMA veröffentlicht wurden (Assessment of Clinical Criteria for SepsisFor the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), JAMA. 2016;315(8):762-774).

Im Wesentlichen wurden hier die SIRS-Kriterien als zu unspezifisch gesehen und von einem neuen Score, dem SOFA (Sepsis Related Organ Failure Assessment)-Score, abgelöst. Ziel des SOFA-Scores ist, vor allem die schwere Sepsis (also die Sepsis mit einer Organkomplikation oder Schock und somit einer besonders schlechten Prognose) rasch zu identifizieren.

Speziell für die Präklinik wurde eine vereinfachte Version des SOFA-Scores entwickelt: der q(quick)SOFA-Score.

Zur Stellung der Diagnose wird das Vorhandensein verschiedener Kriterien genutzt:

Kriterium 1:

Nachweis einer Infektion (mikrobiologisch oder aufgrund klinischen Verdachts)

Kriterium 2:

- Blutdruck ≤ 100 mmHg

Kriterium 3:

- Atemfrequenz ≥ 22 /min.

Kriterium 4:

- Eingeschränkter mentaler Status: Vigilanzminderung, Desorientiertheit, Verwirrtheit, Unruhe, Delirium: GCS < 15

Kriterium 2-4 bekommen bei Zutreffen je einen Punkt. Bei Vorhandensein von 2 oder mehr Punkten sowie dem Verdacht einer Infektion, besteht ein hohes Risiko für einen verlängerten Intensivaufenthalt oder Tod (24 % aller Pat. mit einer nachgewiesenen Infektion und 2-3 qSOFA-Punkten hatten ein 70 percentiges Letalitätsrisiko).

Assessment of Clinical Criteria for Sepsis for the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3), JAMA. 2016;315(8):762-774

Septischer Schock:

Positiver qSOFA-Score und ein MAD ≤ 65 mmHg oder notwendiger Vasopressoreinsatz, um den MAD ≥ 65 mmHg zu halten, oder / und ein Laktat von 2 mmol/l (oder höher) trotz ausreichender Volumengabe (und nicht erklärbarer anderer Ursache).

Präklinische Therapie:

Volumen

Volumengabe primär mit kristalloiden, bzw. balancierten VEL/HAES-Lösungen sollten vermieden werden (nicht nachweisbare Wirksamkeit bei höherer Inzidenz von Nierenversagen).

Ziel der Volumentherapie ist die hämodynamische Stabilisierung
→ Zielwert MAD ≥ 65 mmHg

Reicht die Volumengabe nicht aus, kann die Gabe von Inotropika oder Vasopressoren (z.B. Arterenol®) erwogen werden.

Sauerstoff

Ziel ist eine Sauerstoffsättigung von > 90 %.

Bei primärer (Pneumonie) oder sekundärer (ARDS) Lungenbeteiligung muss der Patient unter Umständen schon präklinisch beatmet werden.

Indikationen für die Beatmung sind:

- zunehmende respiratorische Insuffizienz mit Tachypnoe,
- zunehmende Erschöpfung,
- Agitiertheit,
- Bewusstseinseinschränkung und fehlender Anstieg der Sauerstoffsättigung trotz adäquater Sauerstoffgabe

Antibiotika

Es gibt in Deutschland zur Zeit keine Empfehlung zur Vorhaltung von Antibiotika auf Rettungsmitteln. Der Einsatz eines so genannten „Sepsis-Kits“ wird momentan wissenschaftlich begleitet getestet.

Hit it hard and early!

Ansonsten gilt, dass je früher der Einsatz eines Antibiotikums erfolgt (initial ohne Kenntnis des Erregers als Breitspektrum-Antibiotikum, so früh wie möglich dann Wechsel auf ein erger-spezifisch wirksames Präparat), desto besser.

In einer Studie (Kumar A et al.) konnte gezeigt werden, dass pro Stunde ohne antibiotische Therapie die Sterblichkeit um 7 % zunahm.

Innerklinisch: Herdsuche und Herdsanierung

Die Weichen für eine erfolgreiche Therapie werden schon präklinisch gestellt. Mit dem notwendigen Wissen und entsprechender Sensibilität wird der septische Patient schon präklinisch identifiziert, die lebensrettende Therapie rechtzeitig eingeleitet und die Sterblichkeit gesenkt.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
Kemmeries	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	53	
				von 172	

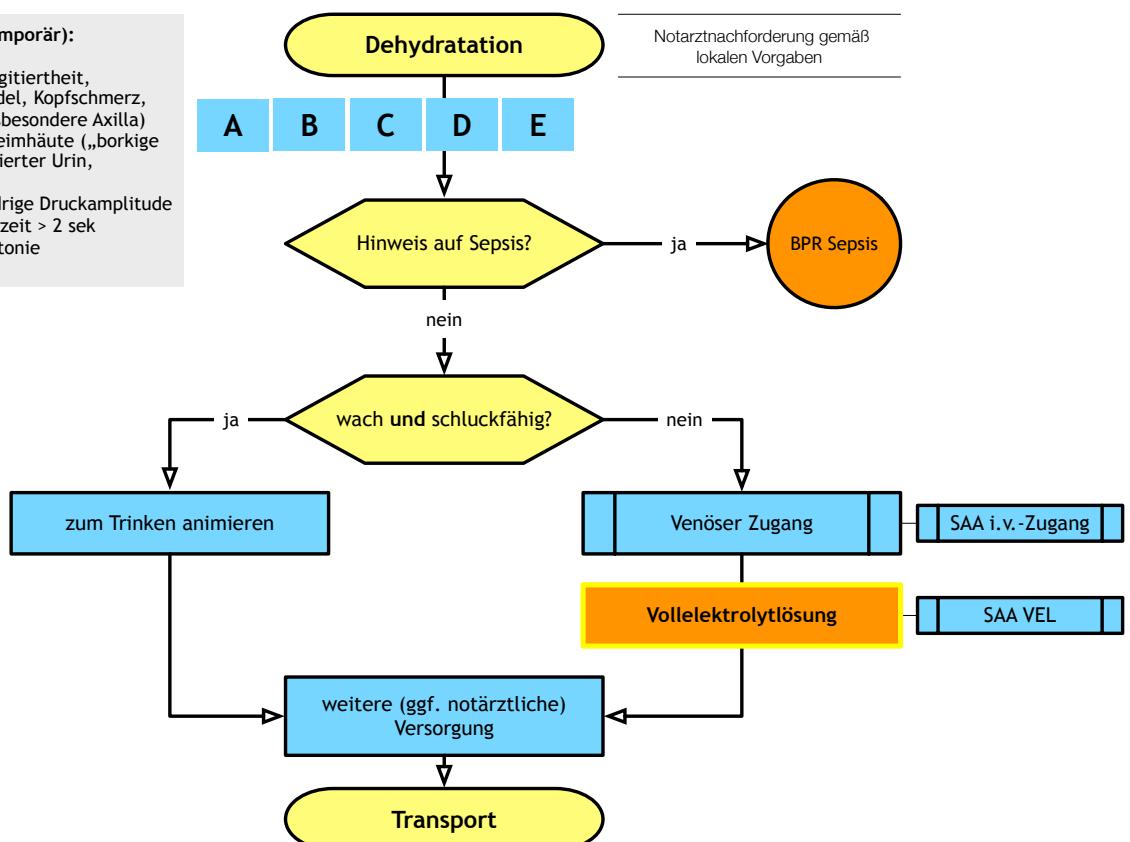
Dehydratation Exsikkose

gültig
für

alle

Symptome (auch temporär):

- Desorientierung, Agitiertheit, Lethargie, Schwindel, Kopfschmerz, trockene Haut (insbesondere Axilla) und trockene Schleimhäute („borkige Zunge“), konzentrierter Urin, Obstipation, Durst
- Puls schwach, niedrige Druckamplitude
- Rekapillarisierungszeit > 2 sek
- Tachykardie, Hypotonie



Definition: Unphysiologisch niedriger Wassergehalt des Organismus

Exsikkose und Dehydratation gehören zu den häufigsten Diagnosen bei alten Patienten. Alle diagnostischen Kriterien weisen eine geringe Sensitivität und Spezifität auf, so dass die Diagnose eher aufgrund des Gesamtbildes gestellt wird. Die Symptomatik kann sehr variabel und vielfältig sein.

Ursachen: Im Alter besteht ein physiologisch vermindertes Durstgefühl. Darüberhinaus existieren zahlreiche Symptome anderer Erkrankungen, die zur Entstehung einer Dehydratation beitragen können. Neben Erkrankungen mit Diarrhoe, Erbrechen oder Fieber als Ursachen für einen erhöhten Flüssigkeitsbedarf spielen Dysphagie und Harninkontinenz eine Rolle bei den Ursachen. Auch klimatische Ursachen (Sommerhitze) können ursächlich sein.

Therapie: Das Ausmaß des zusätzlichen Flüssigkeitsbedarfs bei Dehydratation kann nur über einen bekannten kurzfristigen Gewichtsverlust annähernd genau abgeschätzt werden. Da dessen Ausmaß meist nicht bekannt ist, bleibt nur eine grobe klinische Einschätzung, bei der das Risiko einer Flüssigkeitsüberladung zu berücksichtigen ist. Der Flüssigkeitsersatz kann sowohl oral, intestinal, subkutan wie auch intravenös erfolgen.

Vollelektrolytlösung

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

500 - 1000 ml i.v.

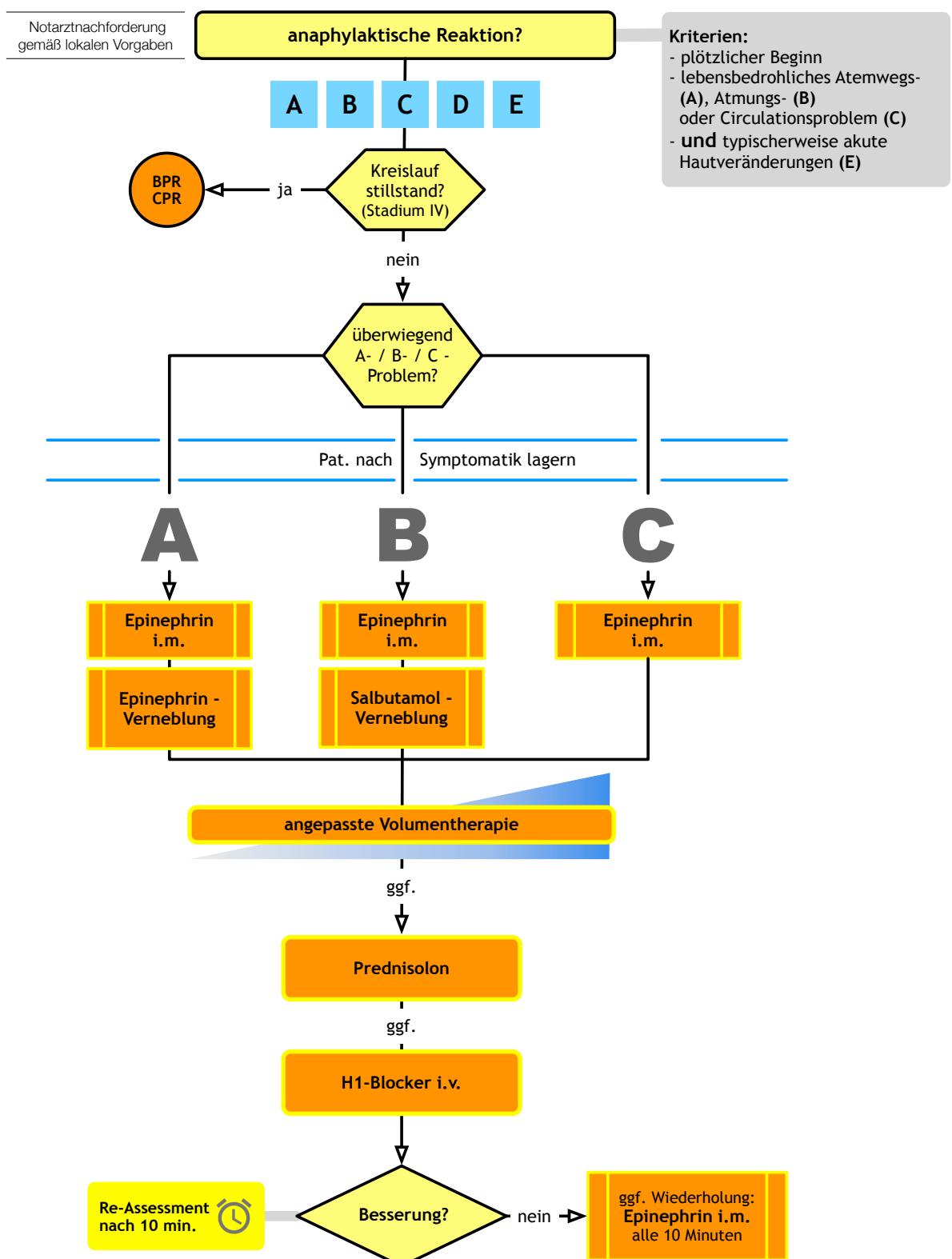
RKN	NotSan ★	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	RettAss ★	VIE	RS ★	OB	RS	
MH	RettAss	MG	NotSan ★	DN	NotSan	KLE	RettAss	AC	RS ★	EU	NotSan ★	
SR	AC	NotSan ★	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RS ★
REK	NotSan ★	DO	NotSan ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★	GE	RettAss	
HSK	RS	D	RettAss ★	HA	RettAss	HAM						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig			
			54			
			von 172			

Hitzeschäden		gültig für	alle	
Exsikkose	Sonnenstich	Hitzeerschöpfung	Hitzschlag	
Hohe Temperaturen, geringe Flüssigkeitszufuhr und Risikogruppe (Alte Menschen, Kinder, Vorerkrankte)	Meningeale Reizung durch intensive Sonneneinstrahlung auf den unbedeckten Kopf (Glatze / Kleinkinder)	Flüssigkeits- und Elektrolytverlust bei körperlicher Anstrengung in warmer Umgebung	Durch gestörte Thermoregulationsmechanismen → Hyperthermie <ul style="list-style-type: none"> ■ ältere Menschen bei hoher Außentemperatur oder ■ körperliche Anstrengung mit erhöhter Wärmeproduktion (Sport, Hoch-/Tiefbau, etc.) ■ ggf. kombiniert mit Entwärmung verhindernder Schutzkleidung (z.B. Feuerwehr) 	
Körpertemperatur meist normal	Körpertemperatur meist normal	Körpertemperatur meist < 39 °C	Körpertemperatur meist > 40 °C	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Desorientierung ■ Agitiertheit ■ Schwindel ■ Kopfschmerz ■ trockene Haut und trockene Schleimhäute ■ Tachykardie, Hypotonie 	<p>Typisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Kopfschmerzen ■ Übelkeit ■ Schwindel ■ Meningismus ■ Kopf hochrot und heiß 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Tachykardie, Hypotension ■ Schwäche ■ Erbrechen ■ Kopfschmerzen ■ feucht-warme Haut 	<p>Mehrere Organsysteme sind betroffen, aber die ZNS-Symptomatik dominiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ataxie ■ Wesensveränderung ■ Bewusstseinsstörung ■ Krampfanfall 	
■ Infusionstherapie mit Vollelektrolytlösung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lokale Kühlung ■ Schutz vor weiterer Sonneneinstrahlung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kühle Umgebung ■ Infusionstherapie mit Vollelektrolytlösung 	<p>Schnelles Herunterkühlen (Ziel: KKT < 40 °C innerhalb von 30 Minuten)</p> <p>Ganzkörpereisbad und / oder kalte Infusionen</p> <p>Ersatzweise: kalte Umschläge in Axilla, Leiste und Nacken, Haut mit kaltem Wasser benetzen</p>	
				
		Cave: der Natriumverlust kann eine Enzephalopathie mit ZNS-Symptomatik verursachen		
			Therapie bei 38,5 °C pausieren (überschießende Hypothermie)	
			anschließend intensivmedizinische Therapie und Überwachung	

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	55	
				von 172	

Anaphylaxie	gültig für	alle
-------------	------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	56	
				von 172	

Medikamente Anaphylaxie	gültig für	alle
----------------------------	---------------	------

Epinephrin (Adrenalin / Suprarenin®)

Erwachsene und Kinder ab 12 Jahre:

0,5 mg Epinephrin i.m.

RKN	RettAss	HS	RettAss	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss	DN	NotSan	KLE	RettAss	AC	RS ★	EU	RettAss
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RS
REK	RettAss	DO	RettAss ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land RettAss			GE	RettAss	
HSK	RS	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM					

Epinephrin (Adrenalin / Suprarenin®)

Kinder von 6 bis 12 Jahre:

0,3 mg Epinephrin i.m.

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RS ★	EU	RettAss
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	RettAss	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land RettAss			GE	RettAss	
HSK	RS	D	NotSan ★	HA	NotSan ★	HAM					

Epinephrin (Adrenalin / Suprarenin®)

Kinder < 6 Jahre:

0,15 mg Epinephrin i.m.

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RS ★	EU	RettAss
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	RettAss	GL	NotSan	TNA - Bergisches Land RettAss			GE	RettAss	
HSK	RS	D	NotSan ★	HA	NotSan ★	HAM					

Epinephrin (Adrenalin / Suprarenin®) - Verneblung bei Anaphyaxie mit Atemwegsproblemen

Erwachsene und Kinder:

2 mg Epinephrin mit 2 ml NaCl 0,9 % / Aqua dest. vernebeln

RKN	RettAss	HS	RettAss	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss	DN	RettAss	KLE	RettAss	AC	RS ★	EU	RettAss
SR AC	NotSan	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss
REK	RettAss	DO	RettAss ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land RettAss			GE	RettAss	
HSK	RS	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM					

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	57	
				von 172	

Medikamente Anaphylaxie	gültig für	alle
----------------------------	---------------	------

Prednisolon

Erwachsene und Kinder ab 12 Jahre:
250 mg Prednisolon i.v.

RKN	NotSan	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	NotSan	VIE	NotSan	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	Notarzt	AC	RettAss ★	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan	GE	NotSan	
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM						

Dimetinden (Histamin-Rezeptor-Antagonist (H₁-Blocker)

Erwachsene:
4 mg Dimetinden langsam i.v. (einmalige Repetition von 4 mg i.v. möglich)

RKN	NotSan	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	Notarzt	VIE	NotSan	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss ★	EU	NotSan	
SR	AC	NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan	GE	NotSan	
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM						

Salbutamol

Erwachsene:
2,5 mg Salbutamol vernebeln
Kinder 4 - 12 Jahre:
1,25 mg Salbutamol vernebeln

RKN	NotSan	HS	RettAss ★	DU	RS	KR	RettAss	VIE		OB	NotSan
MH	RettAss	MG	RettAss	DN	RettAss ★	KLE		AC	RS ★	EU	
SR	AC	NotSan ★	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★	GE	RettAss
HSK	Notarzt	D	RettAss ★	HA	RettAss ★						

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	58	
				von 172	

Anaphylaxie	gültig für	alle
--------------------	------------	-------------

Definition der Europäischen Akademie für Allergologie und Klinische Immunologie:
„Anaphylaxie ist eine schwere, lebensbedrohliche, generalisierte oder systemische Überempfindlichkeitsreaktion“

Dabei ist die rapide Verschlechterung der Atemwege (**A**), der Atmung (**B**) und der Zirkulation (**C**) typisch, damit verbunden sind in etwa 80 % der Fälle Haut- und Schleimhautveränderungen (**E**).

A	laryngeales, pharyngeales Ödem, Heiserkeit, Stridor
B	Kurzatmigkeit / Tachypnoe, Luftnot, Keuchen, Atemstillstand
C	blaue, feuchtkalte Haut, Tachycardie, Hypotonie, EKG-Veränderungen
D	hypoxie- oder hypotoniebedingte Bewusstseinsstörung, Angst, Verwirrtheit
E	Haut- und Schleimhautveränderungen: Erythem, Urtikaria, Angioödem

Die Anaphylaxie kann durch eine große Zahl verschiedenster Auslöser (Nahrungsmittel, Medikamente, Insekten, Latex ...) hervorgerufen werden.

Bei genetisch entsprechend prädisponierten Individuen kommt es nach Antigenkontakt zur Bildung von IgE-Antikörpern, die sich an der Oberfläche von Mastzellen festsetzen, und nach erneutem Kontakt mit dem Antigen zur Degranulation der Zellen und Mediatorfreisetzung führen.

Vasodilatation, erhöhte Kapillardurchlässigkeit (capillary leak) und Ödembildung sind unmittelbare Folge der freigesetzten Histamine und anderer Entzündungsmediatoren.

Außerdem gibt es auch so genannte pseudoallergische Reaktionen („nicht-allergische Anaphylaxie“, z.B. auf ASS, NSAR, Kontrastmittel, Penicillin, Erdbeeren), die man erst in den letzten 10 Jahren entdeckt hat und die vermutlich häufiger sind als echte Anaphylaxien. Dabei ist keine Sensibilisierung notwendig, die Reaktion erfolgt schon bei Erstkontakt!

Diese Unterscheidung ist präklinisch nicht von Bedeutung, da beide Formen die gleiche Symptomatik und Dramatik aufweisen können.

Die Letalität der Anaphylaxie ist mit weniger als 1 % relativ niedrig, prognostisch ungünstig ist ein vorher bestehendes, schlecht eingestelltes Asthma und der späte Einsatz von Adrenalin.

Bei tödlichen Verläufen konnte man in Abhängigkeit von der Triggersubstanz deutlich unterschiedliche Zeiten bis zum Eintritt des Atem- und Kreislaufstillstands beobachten:

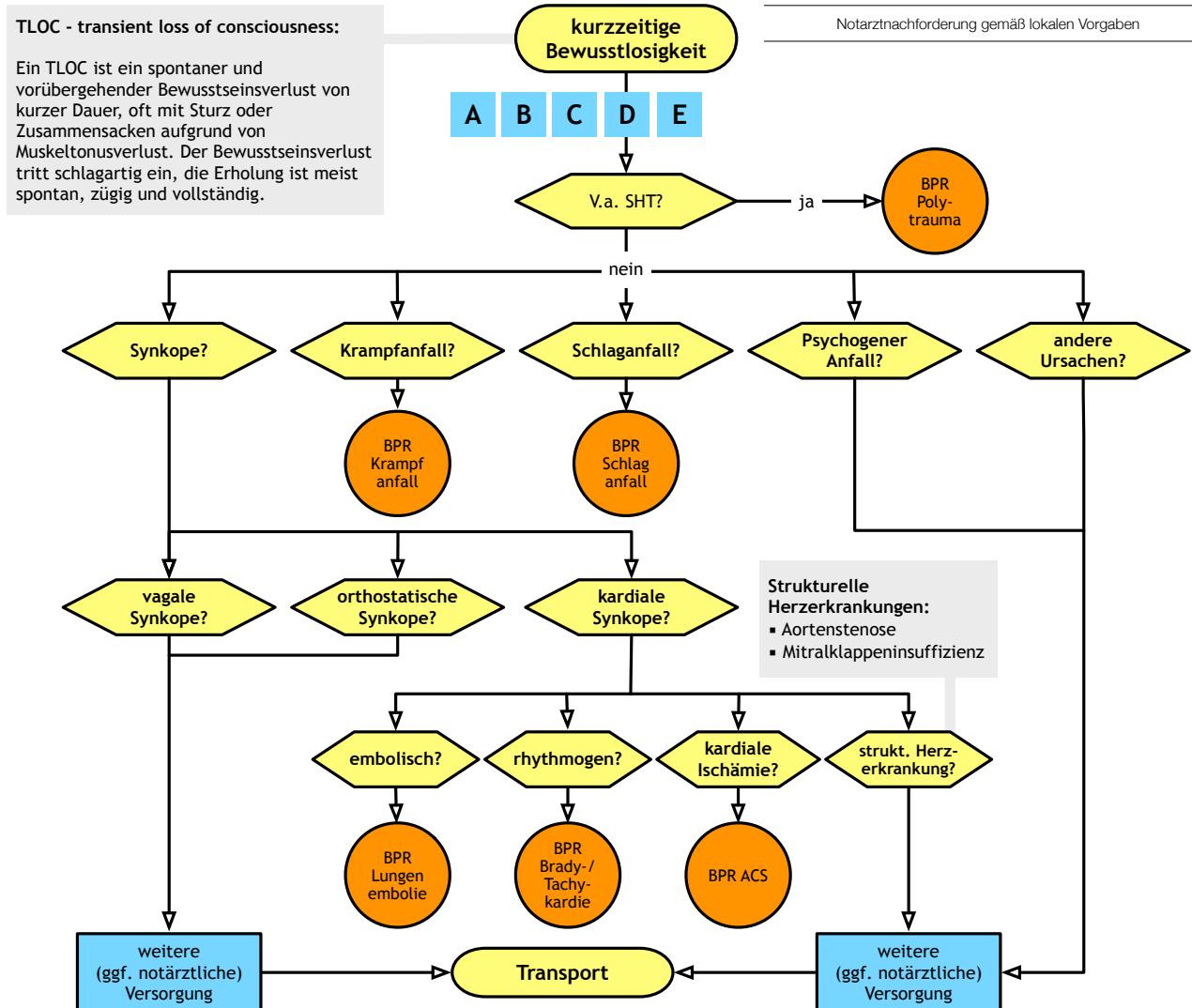
- Nahrungsmittel – 30 min
- Insektenschnell – 15 min
- intravenöse Medikamentengabe – 5 min

(Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions Pumphrey RS, Clin Exp Allergy 2000; 30: 1144 - 1150)

Klassifizierung (Stadieneinteilung) nach Ring und Messmer				
	Grad I	Grad II	Grad III	Grad IV
Haut	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem (nicht obligat)	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem (nicht obligat)	Juckreiz, Flush, Urtikaria, Angioödem (nicht obligat)
Abdomen	-	Nausea, Krämpfe	Erbrechen, Stuhlabgang	Erbrechen, Stuhlabgang
Respirationstrakt	-	Rhinorrhoe; Heiserkeit, Dyspnoe	Larynxödem, Bronchospasmus, Zyanose	Atemstillstand
Herz-Kreislauf	-	Tachycardie (HF-Anstieg ≥ 20 /min) Hypotonie (RR-Abfall ≥ 20 mmHg syst.)	Schock	Kreislaufstillstand

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	59	
				von 172	

kurzzeitige Bewusstlosigkeit	gültig für	alle
-------------------------------------	------------	------



Krampfanfall		konvulsive Synkope
Prodromalsymptome	u.U. Aura	Übelkeit, Schweißausbruch, "Schwarzwerden" vor Augen
Initialschrei	manchmal	nie
Krampfen	synchron	asynchron, < 1 Minute
Hautfarbe	u.U. zyanotisch	blaß oder grau
Zungenbiss	manchmal, meist seitlich	nein (nur nach z.B. Sturz auf Kinn)
Urinabgang	manchmal	selten
Re-Orientierung	langsam, > 5 Minuten	sofort

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	60	
				von 172	

ERC-Leitlinien 2021	gültig für	alle
---------------------	------------	------



Die autorisierte deutsche Übersetzung der Leitlinien 2020 / 2021 findet sich in der Sonderausgabe der Zeitschrift „Notfall + Rettungsmedizin“, Band 24, Heft 4 von Juni 2021 aus dem Springer-Verlag Medizin, oder zum kostenlosen Download auf der Webseite des GRC (German Resuscitation Council) unter <http://www.grc-org.de/>

Im folgenden wird der deutsche Originaltext in Auszügen zitiert. Kleinere Änderungen, Ergänzungen, Einfügungen verändern nicht den Inhalt oder die Aussage, sondern sollen die Lesbarkeit vereinfachen oder Inhalte konkretisieren.

Thoraxkompression / Herzdruckmassage

- Beginnen Sie mit den Thoraxkompressionen so früh wie möglich
- Druckpunkt: untere Hälfte des Sternum
- Drucktiefen: mindestens 5 cm, jedoch nicht mehr als 6 cm
- Frequenz: 100 – 120/min, unterbrechen Sie so selten wie möglich
- Entlasten Sie den Thorax nach jeder Kompression; lehnen Sie sich nicht auf die Brust

Beatmung:

- Beginnen Sie während der CPR mit dem Basismanagement der Atemwege und intensivieren Sie die Maßnahmen je nach Erfahrung schrittweise, bis eine effektive Beatmung erreicht ist.
- endotracheale Intubation nur durch Helfer mit großer Intubationserfahrung (Erfolgsrate > 95 %, bei 2 Intubationsversuchen)
- Unterbrechung für die endotracheale Intubation < 5 s
- Verwenden Sie die Kapnographie zur Lagekontrolle des Endotrachealtubus

- Verwenden Sie Video- oder direkte Laryngoskopie für die endotracheale Intubation, je nach lokalen Behandlungsprotokollen und der Erfahrung der Ersthelfer
- Geben Sie bei der CPR die höchstmögliche Konzentration inspiratorischen Sauerstoffs (FiO_2 - 1,0)
- Lassen Sie bei jeder Beatmung mehr als 1 s Zeit, bis sich die Brust sichtbar hebt
- Sobald ein Endotrachealtubus oder ein extraglottischer Atemweg (EGA) eingeführt wurde, beatmen Sie [...] mit einer Frequenz von 10/min und setzen die Thoraxkompressionen ohne Beatmungspausen fort. Wenn bei einem EGA eine Leckage zu einer unzureichenden Beatmung führt, unterbrechen Sie die Kompressionen für die Beatmung wieder (Kompressions-Beatmungsverhältnis 30:2).

Defibrillation

- Setzen Sie die Thoraxkompressionen fort, während [...] die Pads angelegt werden.
- Defibrillieren Sie gegebenenfalls so früh wie möglich.
- Defibrillieren Sie mit minimaler Unterbrechung der Thoraxkompression. Minimieren Sie die Pause vor und nach dem Schock auf insgesamt < 5 s.
- Standard: Padposition anterolateral - apikales (laterales) Pad dabei in der mittleren Axillarlinie auf Höhe V6, d.h. unterhalb der Achselhöhle.
- bei Patienten mit einem implantierten Gerät (Schrittmacher, AICD) platzieren Sie das Pad > 8 cm vom Gerät oder verwenden Sie eine alternative Padposition.
- bei Verwendung von mechanischen Reanimationsgeräten (z.B. LUCAS®, AutoPulse® oder corporis cpr®) kann ein Schock ohne Unterbrechung der Thoraxkompressionen sicher abgegeben werden.
- [...] Einzelschocks, gefolgt von einem 2-minütigem Kompressionszyklus.
- Energieniveau:
 - 1. Schock mindestens 150 J (rectilinear biphasic oder biphasic truncated exponential)
 - 1. Schock mit 120 - 150 J (bei gepulsten biphasischen Wellenformen)
- erwägen Sie für refraktäres VF (Kammerflimmern) eine alternative Padposition (z.B. anterior - posterior)

Medikamente und Infusionen

Gefäßzugang

- erwägen Sie einen intraossären (i.o.) Zugang, wenn Versuche eines i.v.-Zugangs nicht erfolgreich sind, oder ein i.v.-Zugang nicht möglich erscheint.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
ERC	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	61	
				von 172	

ERC-Leitlinien 2021	gültig für	alle
---------------------	------------	------

Vasopressoren

- Geben Sie Erwachsenen im Kreislaufstillstand mit einem nicht-defibrillierbaren Rhythmus (Asystolie, PEA) so bald wie möglich 1 mg Epinephrin i.v. (i.o.)
- Geben Sie bei Patienten im Kreislaufstillstand mit einem defibrillierbaren Rhythmus (VF / pVT) nach dem 3. Schock 1 mg Epinephrin i.v. (i.o.).
- Wiederholen Sie die Gabe von 1 mg Epinephrin i.v. (i.o.) alle 3 – 5 Minuten, solange die Reanimation fortgeführt wird.

Antiarrhythmika

- Geben Sie Erwachsenen mit Kreislaufstillstand, die nach 3 Defibrillationen noch in VF / pVT sind, 300 mg Amiodaron i.v. (i.o.).
- Geben Sie Erwachsenen mit Kreislaufstillstand, die nach 5 Defibrillationen noch in VF / pVT sind, weitere 150 mg Amiodaron i.v. (i.o.).

Kapnographie während der erweiterten Reanimationsmaßnahmen

Kapnographie zur:

- Lagekontrolle des Endotrachealtubus während der CPR
- zur Prüfung der Qualität der CPR
- Ein Anstieg des endtidalen Kohlendioxids (etCO₂) während der CPR kann auf einen ROSC hinweisen. Die Thoraxkompression soll jedoch nicht allein aufgrund dieses Symptoms unterbrochen werden

Wenn es eine Kombination aus klinischen und physiologischen Anzeichen der Rückkehr eines Spontankreislaufs (ROSC) gibt, wie z.B. Aufwachen, gezielte Bewegung, Blutdruckkurve oder ein schneller Anstieg des endtidalen Kohlendioxids (etCO₂), können Sie erwägen, die Thoraxkompressionen zur Rhythmusanalyse und ggf. Pulskontrolle zu unterbrechen.

Einsatz der Sonographie während erweiterter Reanimationsmaßnahmen

- Nur qualifizierte Untersucher sollen während des Kreislaufstillstands "Point-of-Care-Ultraschall" (POCUS) verwenden.
- POCUS darf keine zusätzlichen oder längeren Unterbrechungen der Thoraxkompressionen verursachen.
- POCUS kann nützlich sein, um behandelbare Ursachen für einen Kreislaufstillstand wie beispielsweise eine Herzbeuteltamponade oder einen Pneumothorax zu diagnostizieren.
- Eine rechtsventrikuläre Dilatation bei einem Kreislaufstillstand soll nicht isoliert zur Diagnose einer massiven Lungenembolie verwendet werden.
- Verwenden Sie POCUS nicht zur Beurteilung der Kontraktilität des Myokards als alleinigen Indikator für die Beendigung der CPR.

Mechanische Geräte zur Thoraxkompression

- Ziehen Sie mechanische Thoraxkompressionen nur in Betracht, wenn eine qualitativ hochwertige manuelle Thoraxkompression nicht praktikabel ist oder die Sicherheit des Retters beeinträchtigt
- Um die Unterbrechung der Thoraxkompression zu minimieren, soll nur im Umgang geschultes Personal mechanische Reanimationsgeräte verwenden

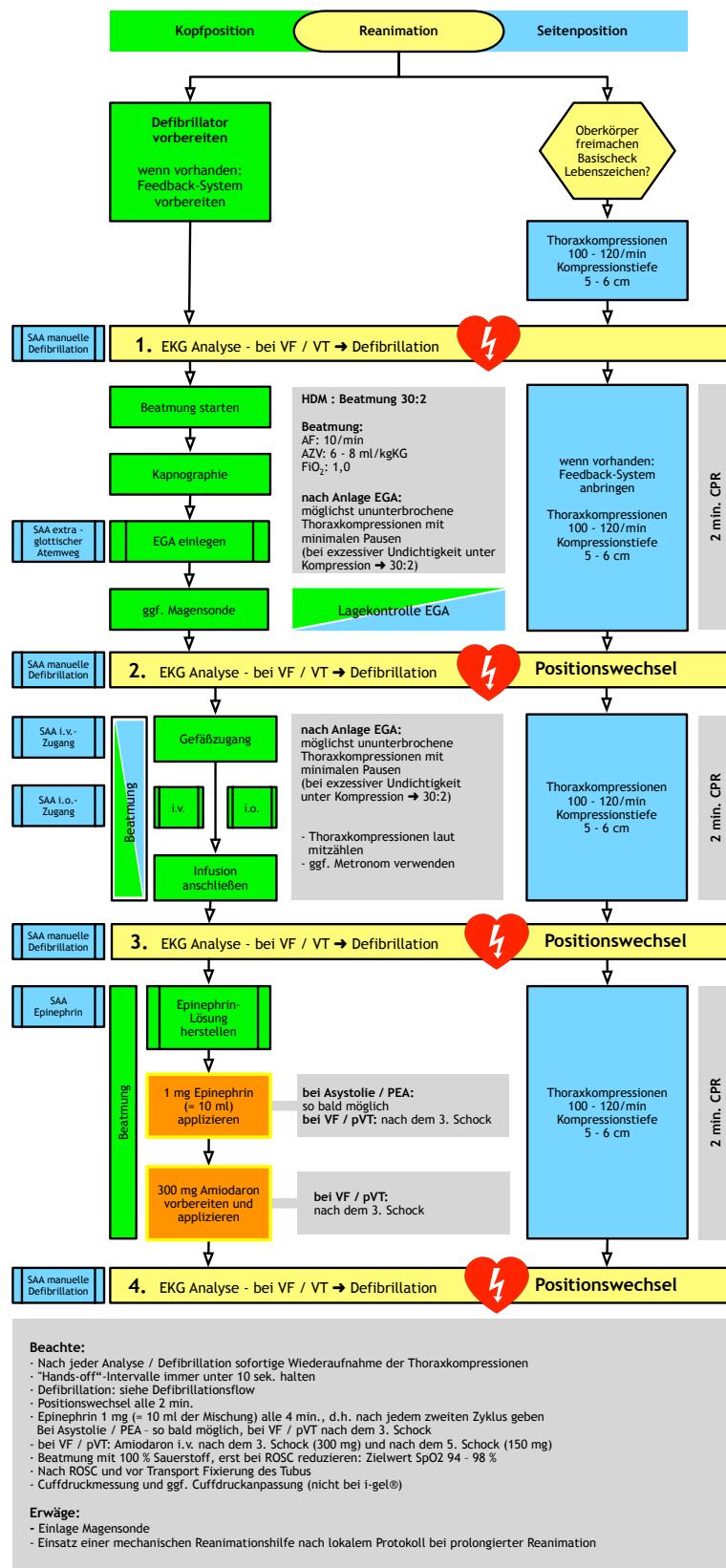
Postreanimationsbehandlung

- Nach ROSC titrieren Sie die eingearmte Sauerstoffkonzentration, sobald SpO₂ zuverlässig gemessen werden kann oder arterielle Blutgaswerte ermittelt werden können, um eine Sauerstoffsättigung von 94 bis 98 % [...] zu erreichen.
- Vermeiden Sie nach ROSC eine Hypoxämie (PaO₂ < 8 kPa oder 60 mmHg).
- Vermeiden Sie Hyperoxämie nach ROSC.
- Bei Patienten, die nach ROSC eine mechanische Beatmung benötigen, steuern Sie die Beatmung entsprechend einem physiologischen arteriellen Kohlendioxidpartialdruck (PaCO₂), d.h. [...] 35 – 45 mmHg.
- Verwenden Sie eine lungenprotektive Beatmungsstrategie, indem Sie ein Atemzugvolumen von 6 – 8 ml/kg des idealen Körpergewichts anstreben.
- Bei erwachsenen Patienten mit ROSC nach einem Kreislaufstillstand mit Verdacht auf einen kardialen Ursprung und ST-Erhöhung im EKG soll eine Notfall-PCI durchgeführt werden.
- Bei Patienten mit ROSC nach einem Kreislaufstillstand außerhalb des Krankenhauses (OHCA) ohne ST-Erhöhung im EKG soll die Notfall-PCI in Betracht gezogen werden, wenn eine hohe Wahrscheinlichkeit eines akuten Koronarverschlusses besteht (z.B. Patienten mit hämodynamischer und / oder elektrischer Instabilität).
- Verwenden Sie in der Prähospitalphase (vor der Krankenhausinlieferung) keine kalten intravenösen Flüssigkeiten zur Einleitung eines TTM (gezieltes Temperaturmanagement / targeted temperature management).

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
ERC	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	62	
				von 172	

2-Helfer-CPR

gültig
für



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
AG CPR / EVM SAA / BPR	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	63	
				von 172	

Medikamentöse Therapie bei Reanimation	gültig für	alle
---	---------------	------

Epinephrin (Adrenalin / Suprarenin®)

Erwachsene:

1 mg Epinephrin i.v. / i.o.

(bei Asystolie / PEA so früh wie möglich, bei VF / pVT (*pulslose ventrikuläre Tachykardie*) nach dem 3. Schock, Wiederholung bis ROSC (jeweils alle 4 Minuten)

RKN	RS	HS	RS	DU	RettAss	KR	RettAss	VIE	RettAss	OB	NotSan	
MH	RettAss	MG	RS	DN	RettAss	KLE	RettAss	AC	RS	EU	RS	
SR	AC	RettAss	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	RettAss ★	E	RettAss	UN	RS
REK	RettAss	DO	RettAss	GL	RettAss	TNA - Bergisches Land			RettAss	GE	RettAss	
HSK	RS			HA	RettAss ★	HAM	RettAss ★					

Amiodaron

Erwachsene:

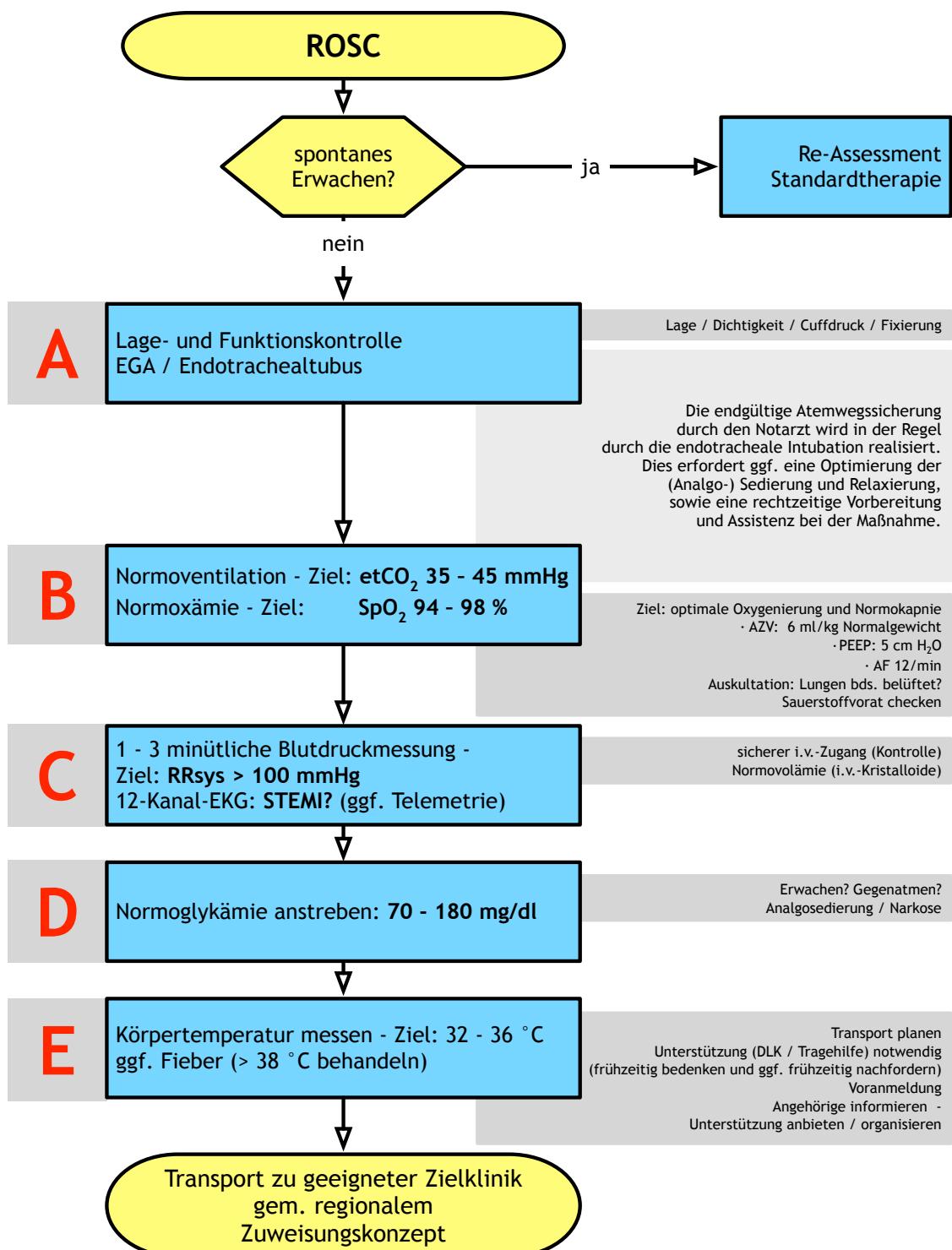
300 mg Amiodaron i.v. / i.o. (nach dem 3. Schock)

150 mg Amiodaron i.v. / i.o. (nach dem 5. Schock)

RKN	RS	HS	RS	DU	RettAss	KR	RettAss	VIE	RettAss	OB	NotSan	
MH	RettAss	MG	RS	DN	RettAss	KLE	NotSan	AC	RS	EU	RS	
SR	AC	NotSan	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	RettAss ★	E	RettAss	UN	RS
REK	RettAss	DO	RettAss	GL	RettAss	TNA - Bergisches Land			RettAss	GE	RettAss	
HSK	RS			HA	NotSan ★	HAM	RettAss ★					

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	64	
				von 172	

Post-ROSC	gültig für	alle
-----------	------------	------

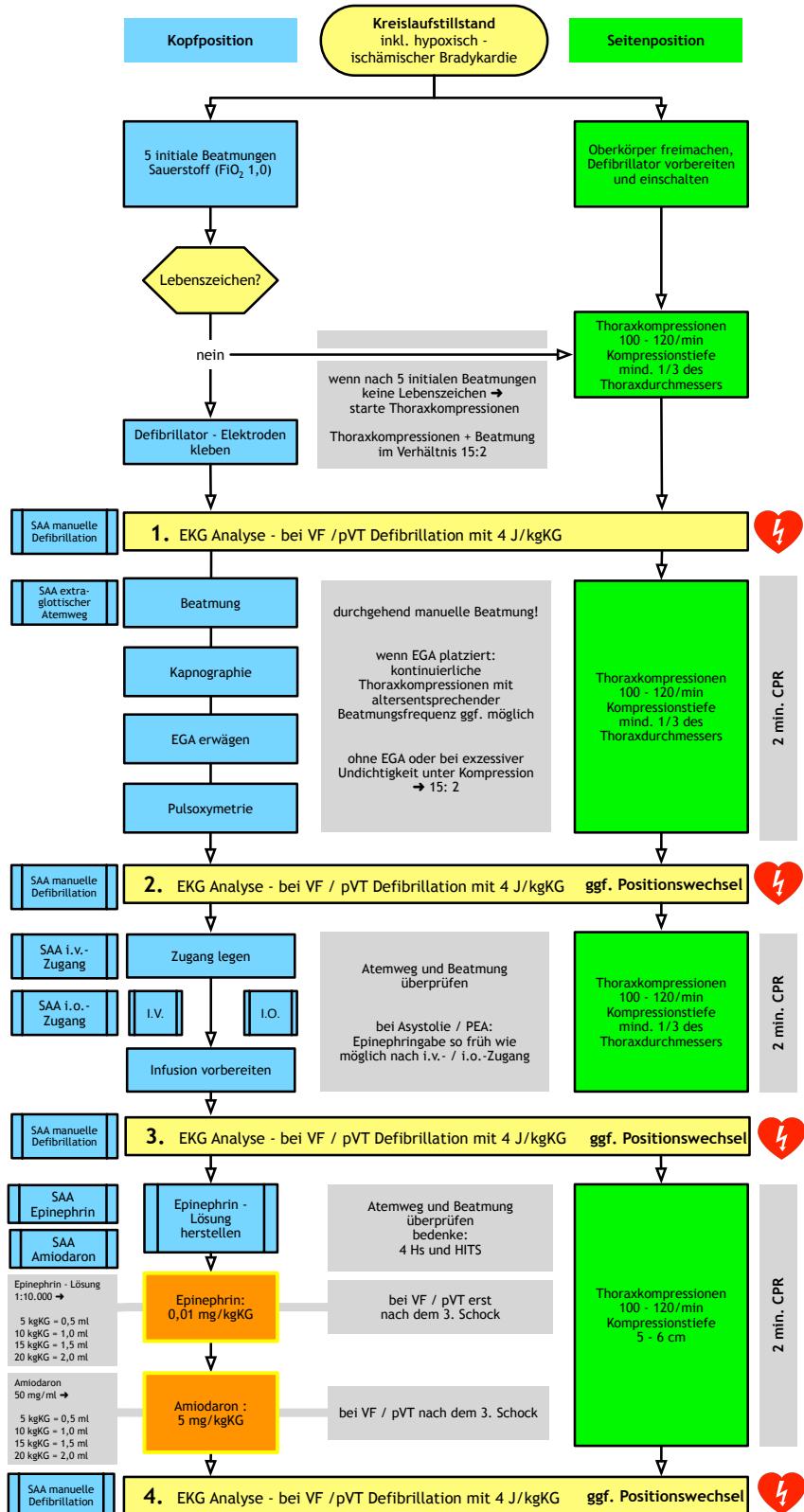


Schnelle R, Genzwürker H (2014) ROSCheck: Eine Checkliste für die schwierigste Phase einer Reanimation. RETTUNGSDIENST 37: 460-467

Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst 2023
Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Baden - Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt (6L-AG)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	65	
				von 172	

Reanimation Kinder PLS	gültig für	RKN HER	HS BOT	DU E	KR UN	VIE REK	OB DO	MH GL	MG TNA-BL	DN GE	KLE HSK	AC GE	EU H	SR AC	BO HAM
-----------------------------------	---------------	------------	-----------	---------	----------	------------	----------	----------	--------------	----------	------------	----------	---------	----------	-----------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	66	
				von 172	

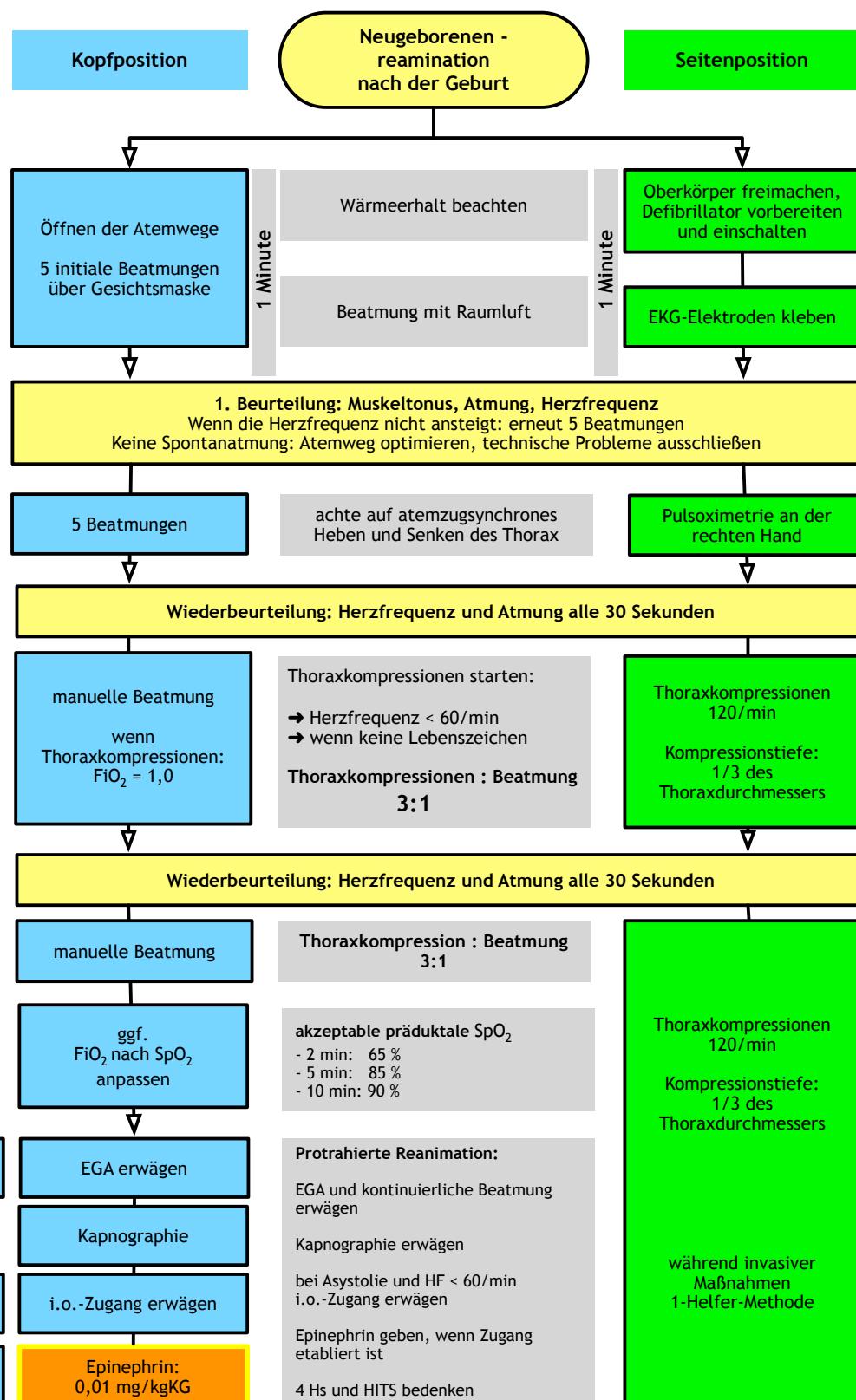
ERC - Leitlinien 2021 PLS Erläuterungen	gültig für	alle
--	---------------	-------------

PLS gilt für Kinder im Alter von 0 – 18 Jahren mit Ausnahme der Neugeborenen bei der Geburt. Bei Jugendlichen mit entsprechender Größe und Gewicht kann auch der Erwachsenen-BPR angewendet werden.

Präambel	Oberste Priorität haben qualitativ hochwertige Thoraxkompressionen mit minimalen Unterbrechungen, schnellstmögliche Defibrillation, suffiziente Beatmung und Oxygenierung, sowie Therapie der reversiblen Ursachen.			
Hämodynamisch relevante Bradykardie	bei Säuglingen und Kleinkindern mit einer Hypoxie oder Ischämiebedingten Bradykardie (HF < 60/min) ist eine CPR erforderlich, auch wenn noch ein Puls tastbar ist.			
Thorax - kompression	<p>Harte Unterlage, Druckpunkt untere Sternumhälfte</p> <p>Säugling (Alter < 1 Jahr): mindestens 1/3 des Thoraxdurchmessers; bevorzugt thoraxumfassende 2-Daumen-Technik</p> <p>Kind (ab 1 J., Kleinkind): mindestens 1/3 des Thoraxdurchmessers; 1-Handballen-Technik</p> <p>Jugendliche: ca. 5 cm, aber max. 6 cm, 2-Hand-Kompressionstechnik</p> <p>auf vollständige Entlastung zwischen den Thoraxkompressionen achten kontinuierliche Thoraxkompressionen sobald die endotracheale Intubation erfolgt ist</p>			
Defibrillation	Rhythmusanalyse durch den Anwender (nur bei Unsicherheit AED-Modus nutzen) manuelle Defibrillation mit 4 J/kgKG biphasisch; bei refraktärer pVT / VT (> 6 Schocks) ggf. schrittweise Erhöhung auf max. 8 J/kgKG			
EGA	erwäge Anlage extraglottischer Atemweg = LMA (insbesondere bei schwieriger Beutel-Masken-Beatmung trotz Optimierung der Kopfposition, Öffnen der Atemwege mit Verwendung von Oro- / Nasopharyngealtubus) Rückfallebene: Beutel-Masken-Beatmung			
Intubation	nur durch in der Anwendung der Methode Ausgebildeten und Erfahrenen Laryngoskopie unter laufender HDM; Unterbrechung der HDM zur Intubation max. 5 Sekunden zugunsten einer kontinuierlichen Herzdruckmassage ggf. erst nach ROSC			
Beatmung	Atemwege öffnen, adäquate altersabhängige Lagerung des Kopfes Beutel-Masken-Beatmung als primäres Verfahren (ggf. 2-Helfer-Technik), FiO ₂ 1,0 Ziel: beatmungssynchrones Heben und Senken des Brustkorbs exspiratorisches Atenzugvolumen (AZV): 6 – 8 ml/kg ideales KG Inspirationszeit ca. 1 sek, möglichst rechteckiges Kapnographiesignal zu hohes Beatmungsvolumen und Hyperventilation vermeiden AF nach endotrachealer Intubation: 25/min (Sgl.), 20/min (1 – 8 J.), 15/min (8 – 12 J.), 10/min (> 12 J.)			
Kapnometrie Kapnographie	Bestätigung und kontinuierliche Überwachung der Tubuslage rasches Erkennen eines ROSC Vermeidung einer Hyperventilation nach ROSC bei guter Kreislaufsituation			
i.o. - Zugang	wenn i.v.-Zugang nach 2 Versuchen in höchstens 5 Minuten nicht möglich oder ohne Erfolgsaussicht			
Hands -Off - Zeiten	vor und während der Defibrillation (inkl. Rhythmusanalyse) < 10 Sekunden nach der Defibrillation sofortiger Start der Thoraxkompression			
Pulskontrolle	nur bei auswurffähigem EKG-Rhythmus und < 10 Sekunden			
Medikamente	Dosis. i.v.	Indikation	Repetition	
	Epinephrin	0,01 mg/kg (max. 1 mg)	während der Reanimation bei Asystolie / PEA so früh wie möglich	alle 4 Minuten
	Amiodaron	5 mg/kg (max. 300 mg)	persistierende pVT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock	einmalig 5 mg/kg nach dem 5. Schock (max. 150 mg)
reversible Ursachen behandeln	Hypoxie, Hypovolämie, Hypo-/Hyperkaliämie / Hypoglykämie, Hypo- / Hyperthermie (4 Hs) Herzbeuteltamponade, Intoxikation, Thromboembolie, Spannungspneumothorax (4 HITs)			

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	67	
				von 172	

Neugeborenen-reanimation NLS	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK		HA	HAM	



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	68	
				von 172	

ERC - Leitlinien 2021 NLS	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Präambel Dieser BPR gilt ausschließlich für die Versorgung von Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt. Es ist darauf zu achten, dass die normale Vorgehensweise nach der Geburt (Abtrocknen, taktile Stimulation, Abnabelung, Warmhalten) unbedingt eingehalten wird

APGAR	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte	Versorgung des Neugeborenen nach der Geburt
Atmung	spontan, schreit	flach, langsam unregelmäßig	keine	<ul style="list-style-type: none"> • Abtrocknen • taktile Stimulation • sobald Nabelschnur pulslos, ca. 20 – 30 cm vom Kind mit 2 Klemmen in ca. 5 cm Abstand abklemmen • ggf. Durchtrennung der Nabelschnur • dann Kind unter Beachtung des Wärmeerhalts (auch Kopf) zur Mutter auf den Bauch legen, am besten mit Frottee-Tüchern abrubbeln und in frische trockene Tücher einwickeln, ggf. zusätzliche Foliendecke • APGAR-Score bestimmen, Geburtszeitpunkt und -ort dokumentieren • Inspektion auf mögliche Geburtsverletzungen mit Blutung
Puls	> 100/min	< 100/min	nicht wahrnehmbar	
Grund - tonus	aktive Bewegung	träge, geringe Bewegung	keine Bewegung, schlaff	
Aussehen	Stamm und Extremitäten rosig	Stamm rosig, Extremitäten zyanotisch	Stamm zyanotisch, Extremitäten zyanotisch, fahl-blass	
Reflexe	schreit kräftig; Husten / Niesen bei Absaugung	Grimassieren, abgeschwächte Reflexe	keine	

Oberste Priorität haben beim Neugeborenen eine gute Belüftung der Lungen mit adäquater Oxygenierung sowie (wenn erforderlich) qualitativ hochwertige Thoraxkompressionen mit minimalen Unterbrechungen, ggf. Defibrillation und Therapie der reversiblen Ursachen.

Beatmung manuell mittels Gesichtsmaske initial 5 Atemhübe à 2 bis 3 Sekunden Inspirationszeit mit ca. 30 cm H₂O Inspirationsdruck FiO₂: Raumluft (21 %); bei dauerhaft schlechten SpO₂-Werten FiO₂ steigern bei persistierender Ateminsuffizienz weiter mit AF 30/min Ziel: beatmungssynchrones Heben und Senken des Brustkorbs

Pulsoximetrie bevorzugt an der **rechten** Hand wegen aussagekräftiger präduktaler SpO₂-Werte

Thoraxkom - pression untere Sternumhälfte bei Asystolie bzw. wenn HF < 60/min 1/3 des Thoraxdurchmessers mittels 2-Daumen-Technik

EGA als Alternative bei schwieriger oder unmöglich der Maskenbeatmung bei Misserfolg erneut Beutel-Masken-Beatmung oder ggf. endotracheale Intubation

Intubation nur durch in der Anwendung der Methode Ausgebildeten und Erfahrenen zum Absaugen der unteren Atemwege bei Verdacht auf tracheale Verlegung bei anhaltend erforderlichen Thoraxkompressionen in speziellen Situationen: kongenitale Zwerchfellhernie, Surfactant-Therapie, etc..

Kapnometrie **Kapnographie** **Ziele:** Bestätigung und kontinuierliche Überwachung der Tubuslage rasches Erkennen eines ROSC Vermeidung einer Hyperventilation nach ROSC bei guter Kreislaufsituation

i.o. - Zugang als primärer rettungsdienstlicher Zugang Nabelvenenkatheter o.ä. ausschließlich durch ausgebildetes Personal

Wärmeerhalt Zieltemperatur 36,5 °C bis 37,5 °C

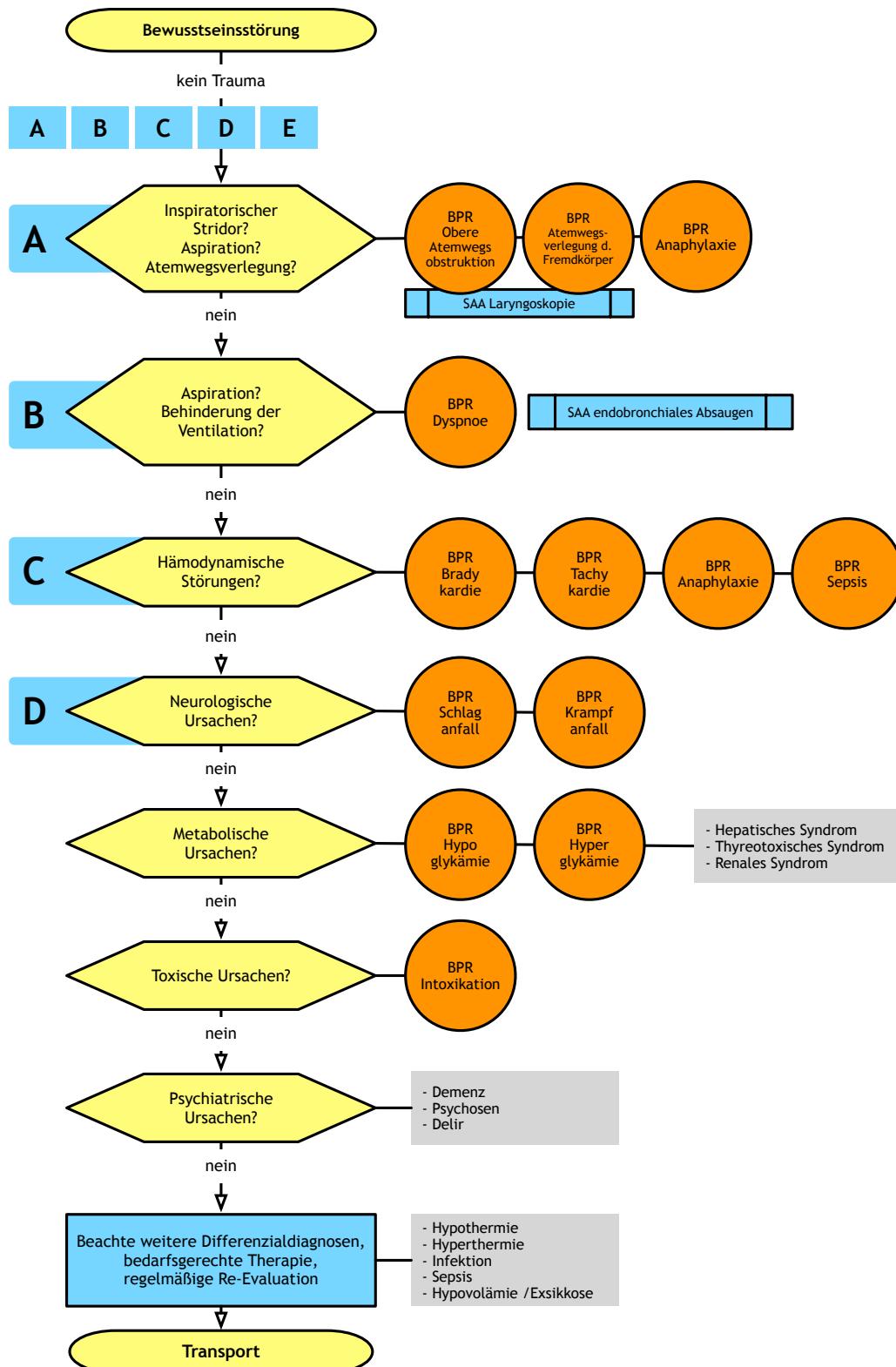
Pulskontrolle nur bei auswurffähigem EKG - Rhythmus und < 10 Sekunden

Medikamente	Dosis. i.v.	Indikation	Repetition
	Epinephrin 0,01 mg/kg	HF < 60/min obwohl Beatmung und Thoraxkompressionen suffizient sind	0,01 bis 0,03 mg/kgKG alle 4 Minuten

reversible Ursachen behandeln **Hypoxie, Hypovolämie, Hypo-/Hyperkaliämie / Hypoglykämie, Hypothermie (4 Hs)**
Herzbeuteltamponade, Intoxikation, Thromboembolie, Spannungspleunomothorax (4 HITs)

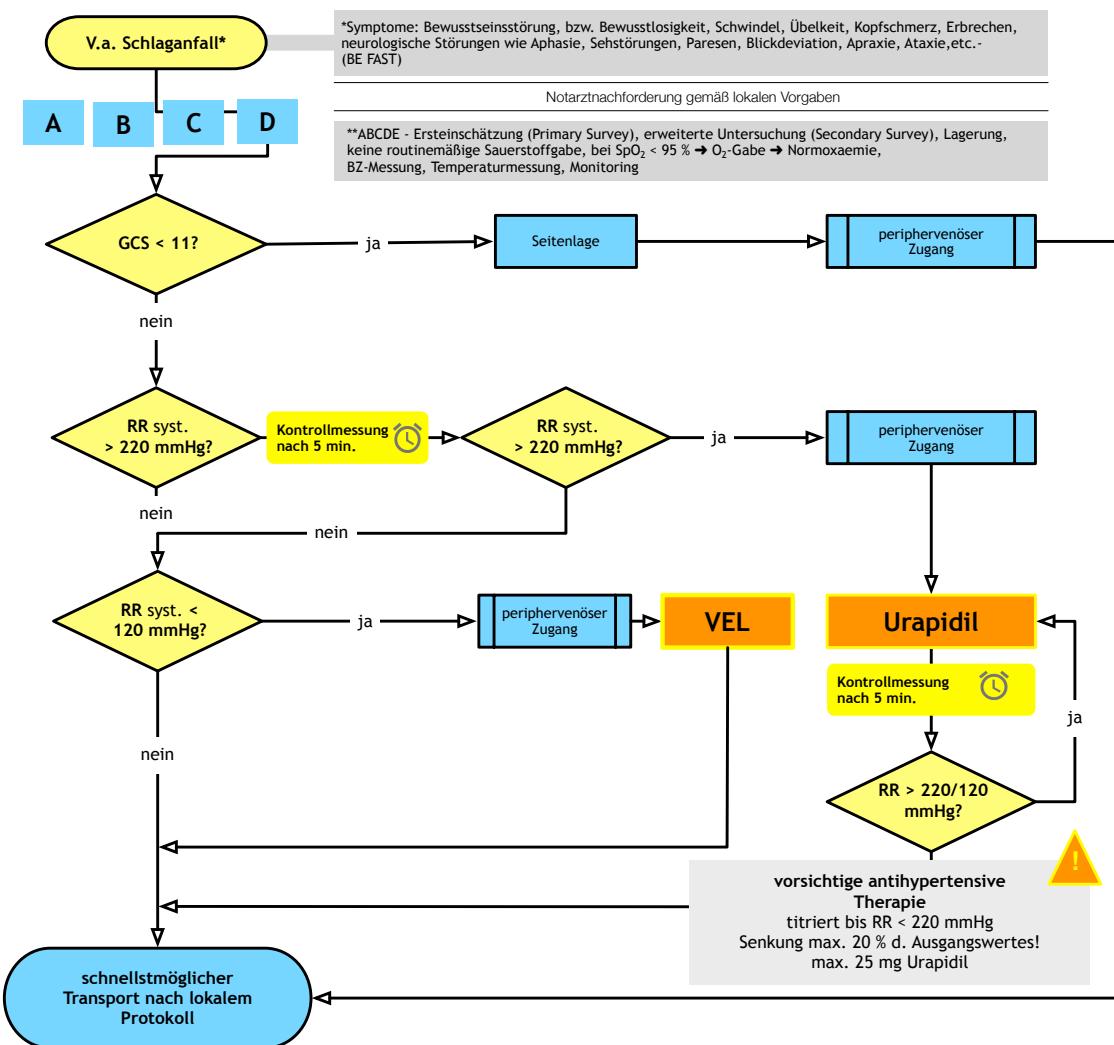
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	69	
				von 172	

Zentrales neurologisches Defizit	gültig für	alle
----------------------------------	------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	70	
				von 172	

Schlaganfall	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK	HA		HA	HAM



Urapidil

Erwachsene:

5 mg Urapidil langsam i.v. – ggf. alle 5 Minuten wiederholen bis $\text{RR}_{\text{syst.}} < 220 \text{ mmHg}$ (Maximaldosis 25 mg), max. Senkung um 20 % des Ausgangswertes ($\text{RR}_{\text{syst.}}$)

RKN	NotSan	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	NotSan*	VIE	NotSan ★	OB	NotSan
MH	NotSan	MG	NotSan ★	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss ★	EU	NotSan ★
SR AC	NotSan ★	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	RettAss ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan ★	GE	NotSan
HSK	RettAss ★			HA	NotSan	HAM					

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung

Versorgung und Transport bei V.a. Schlaganfall (ohne erweiterte / medikamentöse Maßnahmen)

RKN · RettAss	HS · RettAss	DU · RettAss	KR · RettAss ★	VIE · NotSan ★	OB · NotSan
MH · RettAss	MG · RS ★	DN · NotSan	KLE · NotSan	AC · RS ★	EU · RettAss ★
SR AC · NotSan ★	BO · RettAss	HER · RettAss	BOT · NotSan	E · RettAss	UN · RettAss ★
REK · RettAss	DO · RettAss ★	GL · NotSan ★	TNA - Bergisches Land · RettAss ★		
HSK · RettAss ★		HA · NotSan	HAM		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L - AG Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MZN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	71 von 172

Schlaganfall	gültig für	alle
---------------------	------------	------

B	Balance	Gangstörung, Schwindel, Koordinations- und Gleichgewichtsstörung
E	Eyes	Sehstörung, Unschärfe, Doppelbilder, plötzliche einseitige Erblindung
F	Face	Fazialisparese (hängender Mundwinkel, Augenlid), Taubheitsgefühl
A	Arms	Hemiparese, seitenbetonter Kraftverlust und / oder Taubheitsgefühl
S	Speech	Sprach- und Wortfindungsstörungen, Wortverständnisstörung, Verwirrung
T	Time	Symptombeginn? Verlauf?

Wichtige Punkte der Eigen- und Fremdanamnese

- Zeitpunkt des Symptombeginns, bzw. der zuletzt nachvollziehbaren Symptomfreiheit
- Verlauf der Symptome (Besserung? / Verschlechterung? / Symptome stabil?)
- Vorerkrankungen, besonders schwere Erkrankungen der letzten drei Monate (z.B. Operationen in den letzten drei Monaten, Punktationen in den letzten vier Wochen)
- Begleitmedikation, besonders Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer (z.B. ASS, *Clopidogrel*, *Heparin*, *Pradaxa®*, *Xarelto®*, *Marcumar etc.*)
- Telefonnummer der Angehörigen (*auskunftsähnige Begleitung des Patienten*)
- Pflegegrad (*Pflegestufe oder Vorzustand / pmRS*): - Patient war vor dem Ereignis selbstständig
- Patient war vor dem Ereignis durchgängig bettlägerig

Kessler C, Khaw AV, Nabavi DG, Glahn J, Grond M, Busse O: Standardized pre-hospital management of stroke. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108(36): 585-91. DOI: 10.3238/ärztebl.2011.0585

redakt. Ergänzungen kursiv

Vorzustand pmRS (pre - modified Rankin Score)

- 0-1** Keine Symptome oder keine relevante Beeinträchtigung, konnte alle Alltagsaktivitäten verrichten
- 2** Leichte Beeinträchtigung, im Alltag eingeschränkt, konnte sich aber ohne Hilfe versorgen
- 3** Mittelschwere Beeinträchtigung, benötigte Hilfe im Alltag, konnte aber ohne Hilfe gehen (am **Rollator** mobil)
- 4** Schwere Behinderung, konnte nicht ohne Hilfe gehen (**Rollstuhl**), benötigte Hilfe bei der Körperpflege
- 5** Schwerste Behinderung, **bettlägerig**, inkontinent, benötigte ständige pflegerische Hilfe

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	72	
				von 172	

Notarznachforderung
gemäß lokalen Vorgaben

generalisierter cerebraler
Krampfanfall Erwachsene*

A B C D E

Schutz vor weiteren Verletzungen

*Symptome:
Bewusstlosigkeit, tonisch-klonische Krämpfe, vermehrter Speichelfluß, Apnoe m. Zyanose, Blickdeviation, Zungenbiss, Einnässen, Einkoten, ggf. Begleitverletzungen

wenn Krampfanfall beendet: oft somnolent bis komatos, desorientiert, Nesteln

Anfall
beendet?

nein

Midazolam
intranasal
(MAD®)
10 mg i.n.

Midazolam
intramuskulär
10 mg i.m.

Re-Evaluation
nach 5 min.

Anfall
beendet?

nein

Repetition nach
lokalem
Standard

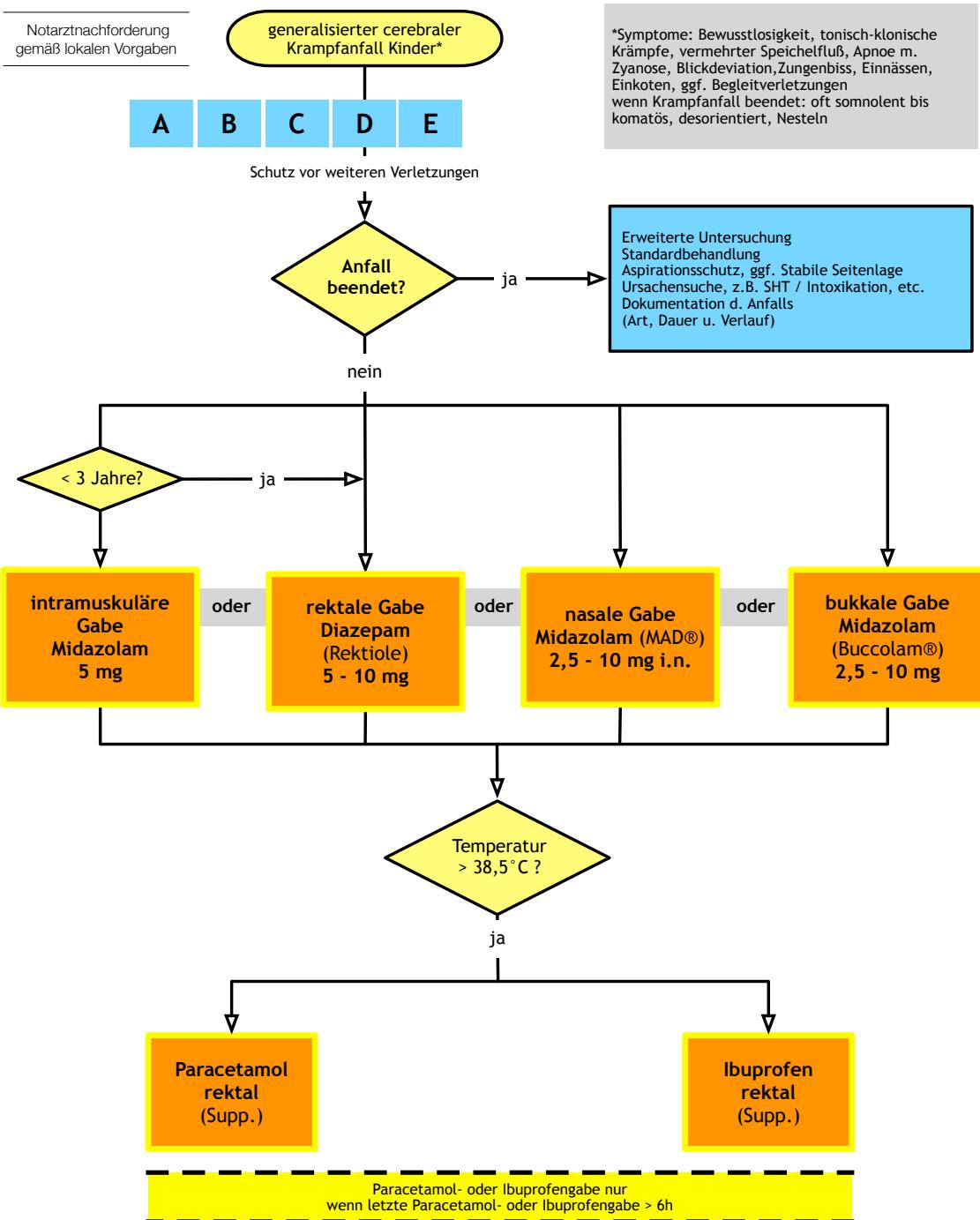
Erweiterte Untersuchung
Standardbehandlung
Aspirationsschutz, ggf. Stabile Seitenlage
Ursachensuche, z.B. Schlaganfall / ICB /
SHT / Intoxikation / Alkoholentzug, etc.
Dokumentation d. Anfalls
(Art, Dauer u. Verlauf)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	73	
				von 172	

**Generalisierter Krampfanfall
Kinder**

gültig
für

alle



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	74	
				von 172	

Midazolam intranasal / bukkal / intramuskulär	gültig für	alle
---	---------------	------

Midazolam intranasal		PediaTape	PediaTape	PediaTape								
Kinder bis 10 kg KG 2,5 mg Midazolam i.n.			Kinder 10 – 20 kg KG 5 mg Midazolam i.n.									
alle Dosierungen												
RKN	RettAss	HS	RettAss ★	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	RettAss	OB	NotSan	
MH	RettAss ►	MG	RettAss	DN	RettAss	KLE	NotSan ★	AC	RS ★	EU	RettAss	
SR	AC	NotSan	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss
REK	NotSan	DO	RettAss ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land RettAss ★			GE	RettAss		
HSK	RS			HA	RettAss ★	HAM						

Midazolam bukkal (Buccolam®)

> 6 Monate bis < 1 Jahr		1 Jahr bis < 5 Jahre		5 Jahre bis < 10 Jahre		Kinder und Erwachsene > 10 Jahre	
2,5 mg		5 mg		7,5 mg		10 mg	
Farb code	gelb	blau		violett		orange	
RKN ►		DU	NotSan				
		DN		KLE			
REK	NotSan					UN	RettAss
HSK	RS			HAM			

Midazolam intramuskulär (15 mg / 3 ml)

Kinder 3 – 12 Jahre 5 mg Midazolam i.m.				Erwachsene und Kinder > 12 Jahre 10 mg Midazolam i.m.			
RKN	RettAss			KR	Notarzt		
MH				KLE	Notarzt	AC	RettAss
				BOT	TNA / NA		
				TNA - Bergisches Land RettAss ★			
	D	NotSan ★	HA ►	HAM			

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	75	
				von 172	

Diazepam / Paracetamol / Ibuprofen	gültig für	alle
------------------------------------	------------	------

Diazepam Rektiolen

Kinder < 15 kgKG 5 mg Diazepam rektal				Kinder > 15 kgKG 10 mg Diazepam rektal						
MH	RettAss	DU	NotSan	KR	RettAss	VIE	RettAss	OB	NotSan	
SR	AC	MG	RettAss	DN	RettAss	KLE	RettAss	AC	RS	
NotSan		BO	RettAss			BOT	NotSan	E	RettAss	
		DO	RettAss ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land		RettAss	GE	RettAss
HSK	RS	D	NotSan ★*			HAM				

*Düsseldorf: Diazepam-Rektiolen
Kinder < 3 Jahre

Paracetamol (Fiebersenkung beim Kind mit Krampfanfall / Fieberkrampf)

Kinder < 10 Jahre → rektale Applikation

Kinder 7 – 12 kgKG 6 Monate – 2 Jahre: 125 mg
Kinder 13 – 25 kgKG 2 – 8 Jahre: 250 mg
Kinder 26 – 43 kgKG 8 – 12 Jahre: 500 mg

MH	NotSan	DU	RettAss ★	KR	RettAss	VIE	OB	NotSan
SR	AC	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NA	E
NotSan		DO	NotSan	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land		NotSan
		HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan ★	HAM

Ibuprofen (Fiebersenkung beim Kind mit Krampfanfall / Fieberkrampf)

Kinder < 10 Jahre → rektale Applikation

7 – 9 kgKG 6 – 11 Monate: 50 mg
10 – 15 kgKG 1 – 3 Jahre: 100 mg
16 – 19 kgKG 4 – 5 Jahre: 150 mg
20 – 39 kgKG 6 – 11 Jahre: 200 mg
> 40 kgKG > 12 Jahre: 10 mg/kgKG

RKN	Notarzt	HS	RettAss ★	KR	RettAss	VIE	OB	NotSan
		MG	NotSan	DN	RettAss	KLE	AC	RS ★
							E	
						TNA - Bergisches Land		NotSan
				HA	NotSan ★			

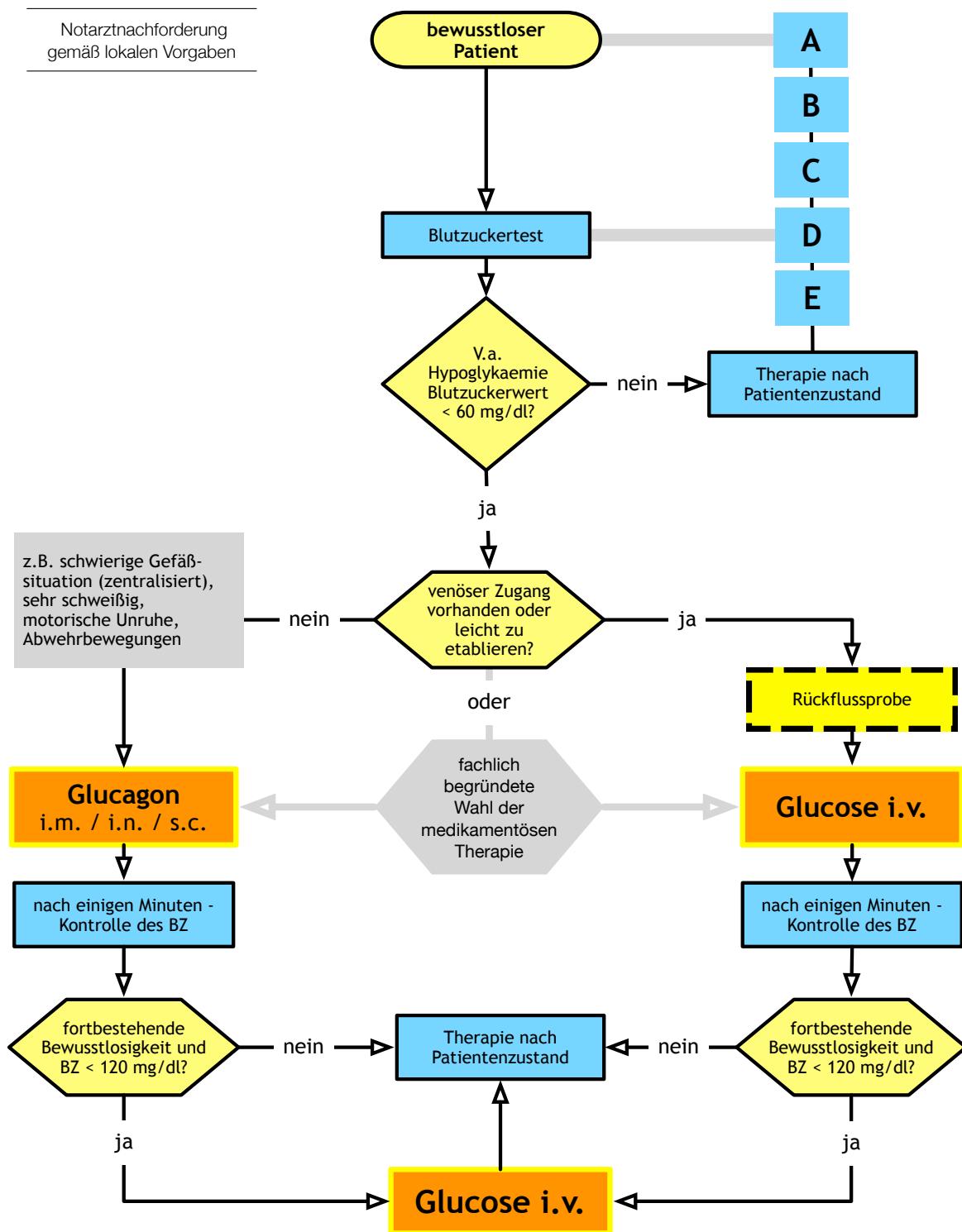
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	76	
				von 172	

Glucose / Glucagon
Hypoglykämie

gültig
für

alle

Notarznachforderung
gemäß lokalen Vorgaben



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	77	
				von 172	

Glucose / Glucagon Hypoglykämie	gültig für	alle
------------------------------------	---------------	------

Glucose

Erwachsene und Kinder > 30 kg KG:
8 - 10 g Glucose in einer Kurzinfusion ≤ 20 % i.v.

*Kreis Euskirchen: 8 g Glucose 20 %
*Bochum / Gelsenkirchen: 8 g Glucose 40 %
*Bottrop: 10 g Glucose 20 %

RKN	RettAss ★	HS	RettAss ★	DU	NotSan	KR	RettAss ★	VIE	RettAss ★	OB	NotSan	
MH	RettAss	MG	RettAss ★	DN	RettAss	KLE	NotSan ★	AC	RS ★	EU	NotSan ★*	
SR	AC	NotSan ★	BO	RettAss*	HER	RettAss	BOT	RettAss*	E	RS	UN	RettAss ★
REK	NotSan ★	DO	RettAss ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★	GE	RettAss*	
HSK	RS ★	D	RettAss ★	HA	RettAss	HAM	RettAss ★					

Glucagon (Glucagen Hypokit®)

Erwachsene und Kinder > 8 Jahre (> 25 kg KG):
1 mg i.m.

Kinder 1 Monat bis 8 Jahre (< 25 kg KG):
0,5 mg i.m.

RKN	RettAss ★	HS	RettAss ★							
MH					KLE					
REK	NotSan					TNA - Bergisches Land	RettAss ★			
		D	RettAss ★	HA	RettAss					

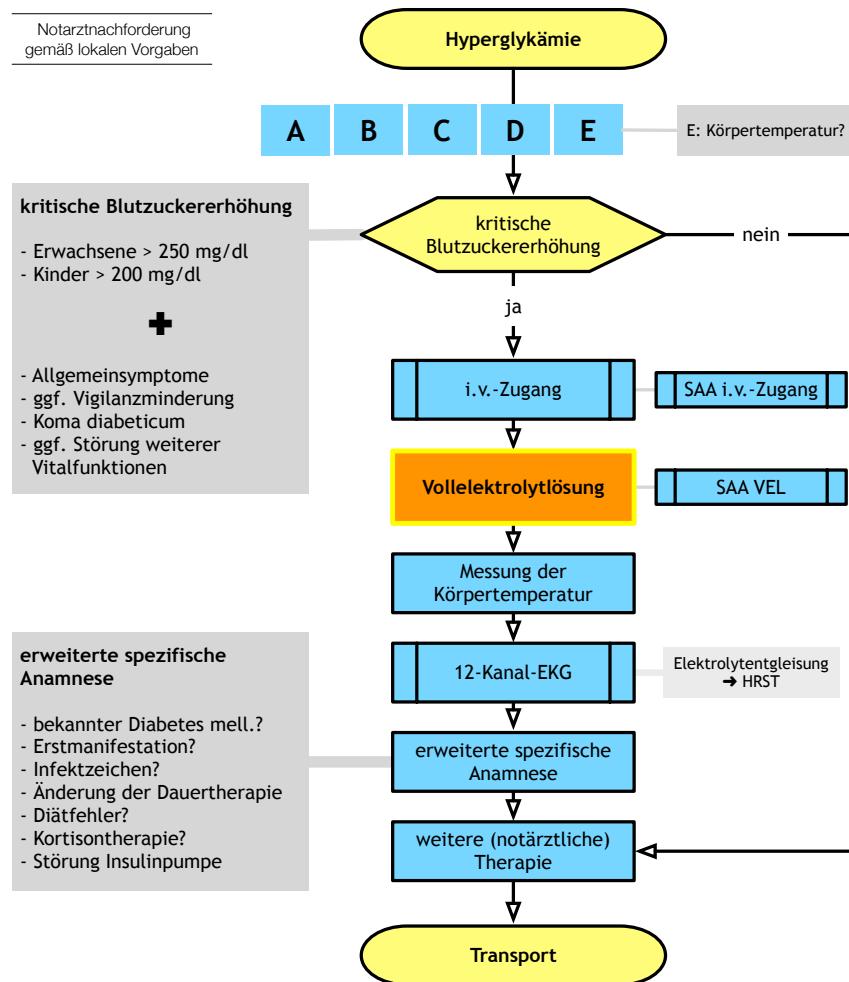
Glucagon (Baqsimi® Nasenpulver)

Erwachsene und Kinder > 4 Jahre:
3 mg i.n.

	MG	RettAss ★		KLE	NotSan ★					
			HER	RettAss						
					TNA - Bergisches Land		RettAss ★			
				HAM	►					

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	78	
				von 172	

Hyperglykämie	gültig für	alle
----------------------	---------------	-------------



Definition: kritische Blutzuckererhöhung beim Erwachsenen über 250 mg/dl (13 mmol/l) bei Kindern über 200 mg/dl (10,5 mmol/l)

Ursachen: Neben einer Erstmanifestation eines noch nicht bekannten Diabetes kann eine Hyperglykämie zahlreiche Ursachen haben, z.B. Diätfehler, Medikationsumstellungen, Insulinpumpendefekt, inkonsequente Lebensführung und Therapie, Therapie mit Kortison, Infekte, etc.. Zur Ursachenklärung ist eine möglichst genaue Anamnese erforderlich.

Therapie: Die Therapie einer Hyperglykämie kann je nach Ursache und Ausprägung (Säure-Basen- / Wasser- und Elektrolythaushalt – Ketoazidose?) komplex sein. Insulin ist für die präklinische Anwendung nicht geeignet – daher beschränkt sich die Therapie im Rettungsdienst auf eine symptomatische Therapie gemäß ABCDE-Schema und eine angepasste Volumensubstitution.

Vollelektrolytlösung

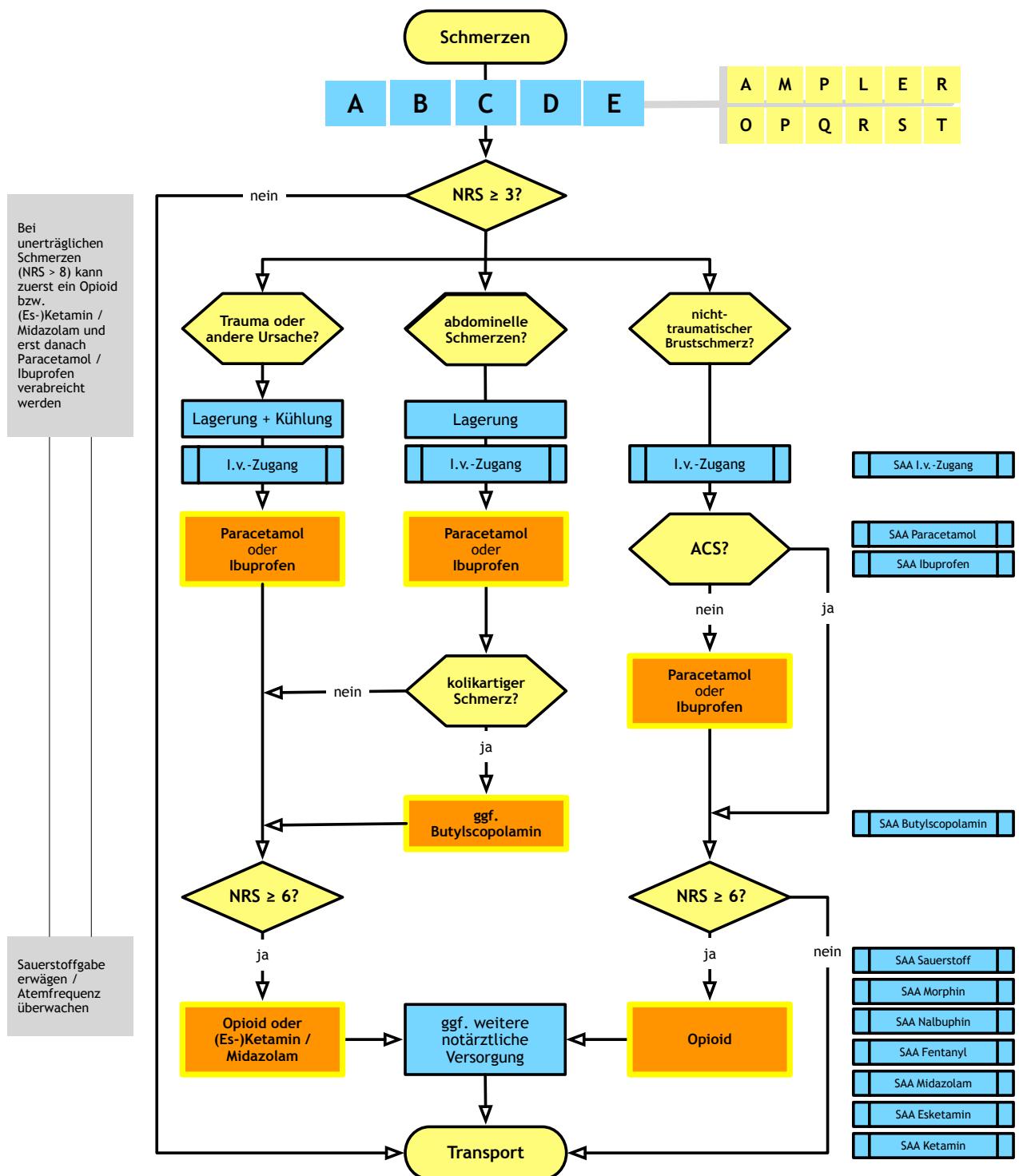
Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

500 - 1000 ml i.v.

RKN	NotSan ★	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	RettAss ★	VIE	NotSan ★	OB	RS	
MH	RettAss	MG	RettAss ★	DN	NotSan	KLE	RettAss	AC	RS ★	EU	RettAss ★	
SR	AC	RettAss ★	BO	RettAss	HER	RettAss	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	RettAss ★
REK	NotSan ★	DO	NotSan ★	GL	RettAss ★	TNA - Bergisches Land			RettAss ★	GE	RettAss	
HSK	NotSan ★	D	RettAss ★	HA	RettAss	HAM						

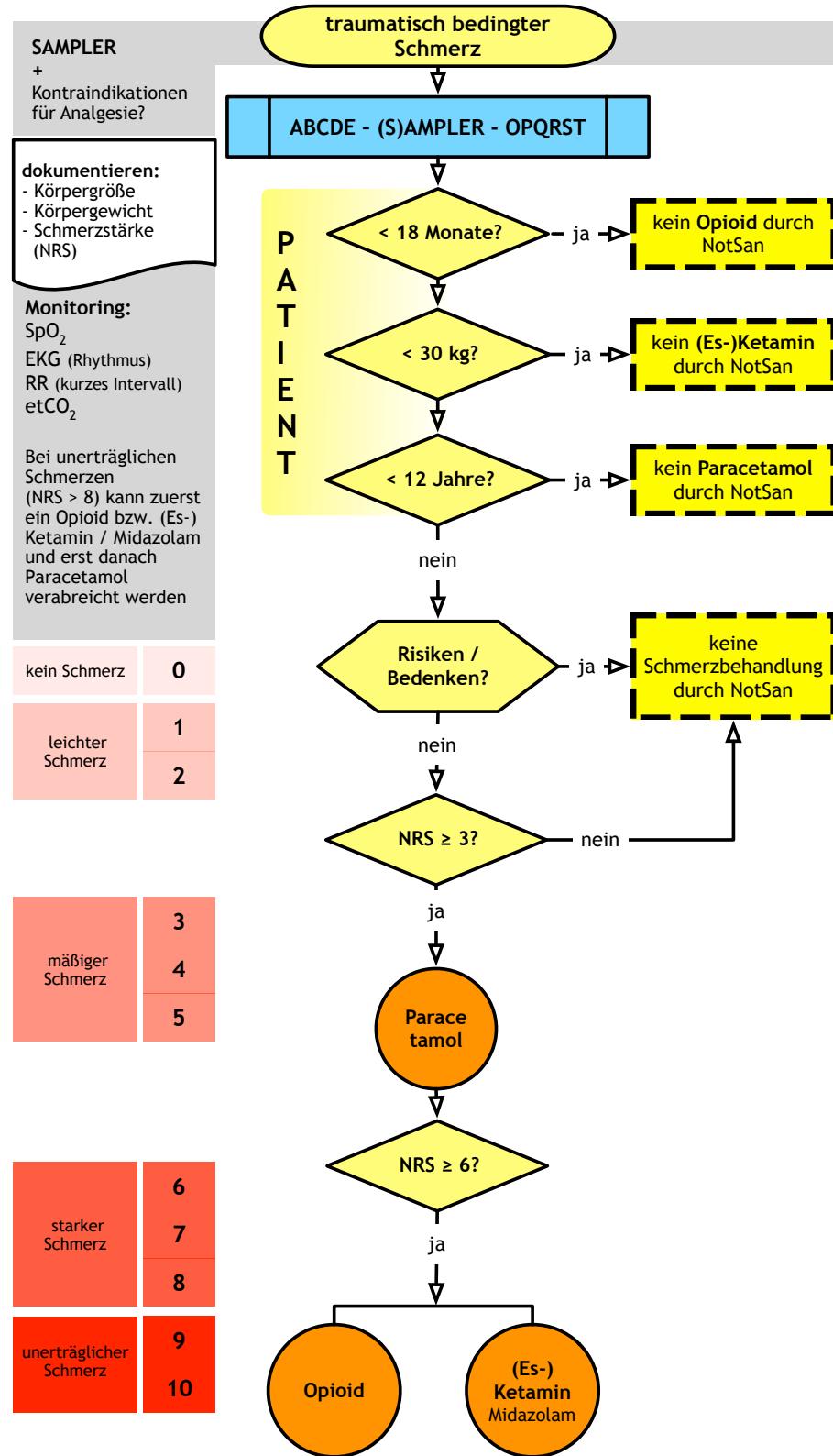
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK		01.01.2025		
			ungültig		79
			von 172		

Schmerzbehandlung	gültig für	alle
-------------------	------------	------



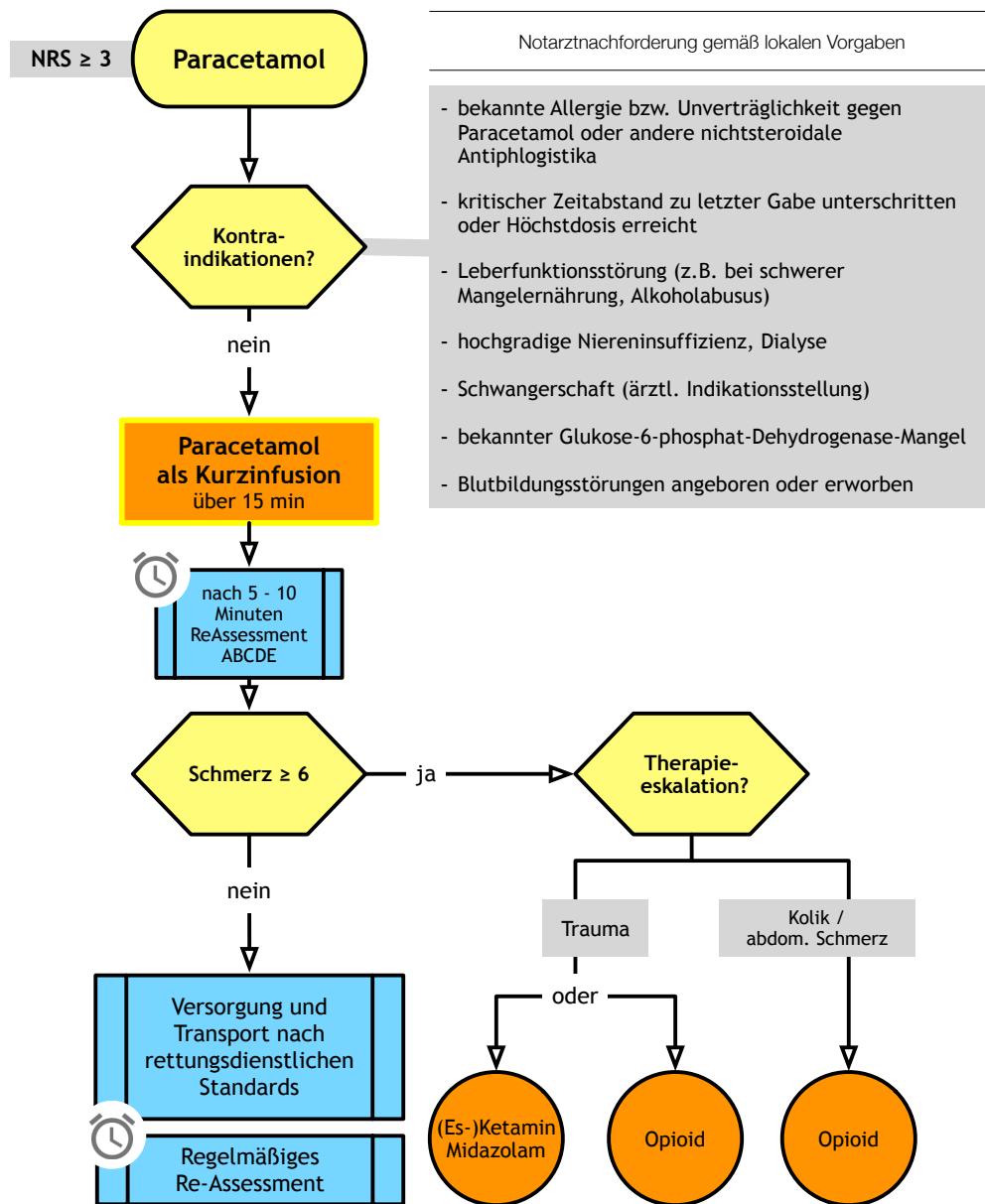
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG GemRDKomp	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	80	
				von 172	

Analgesie bei Trauma	gültig für	alle
----------------------	------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	81	
				von 172	

Paracetamol Kolik / abdominaler Schmerz (Extremitäten-)Trauma	gültig für	alle
--	---------------	------



Paracetamol bei (Extremitäten-)Trauma

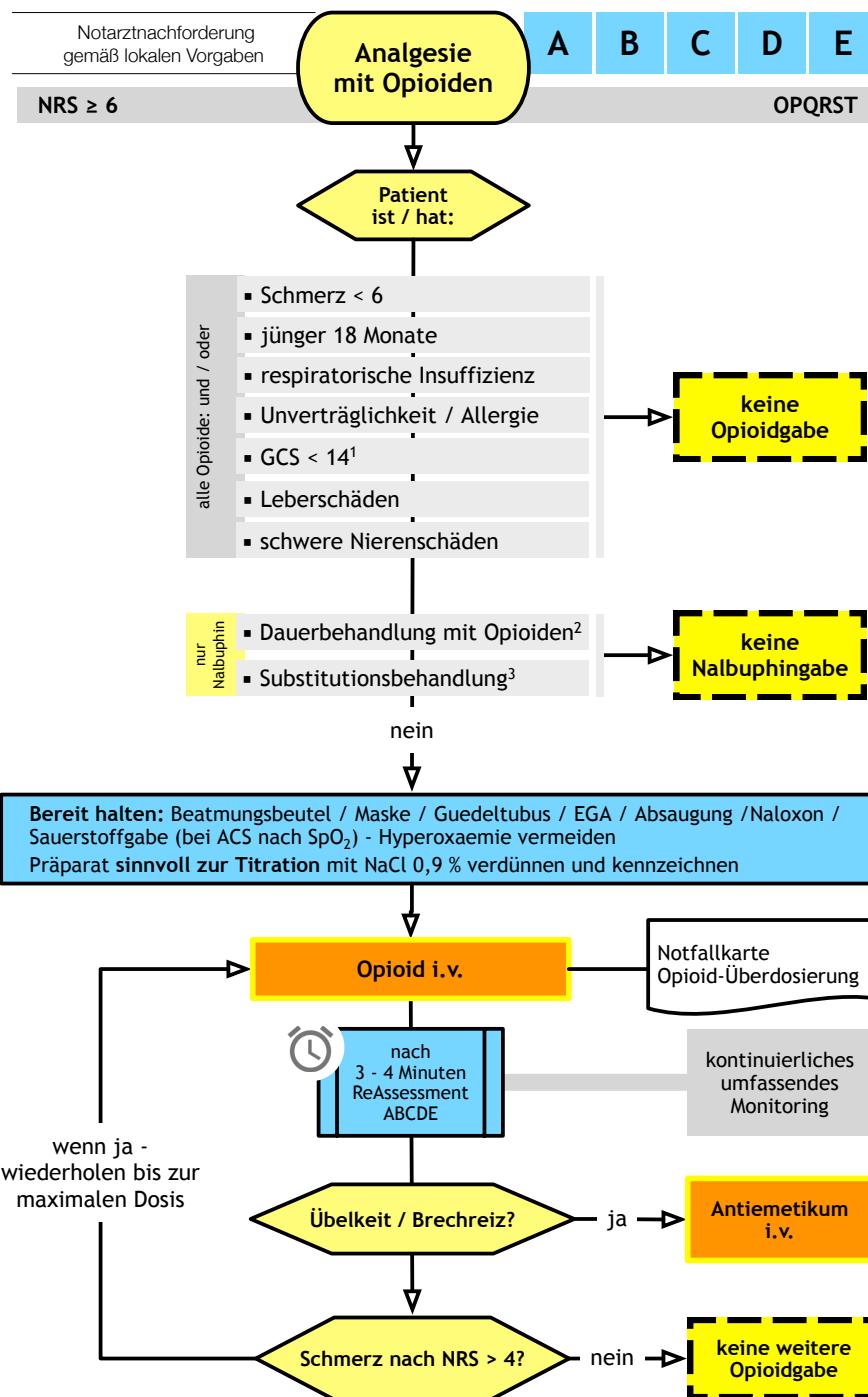
Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

1000 mg Paracetamol als Kurzinfusion (> 50 kg KG)

RKN	NotSan ★	HS	NotSan ★	KR	NotSan ★	OB	NotSan	
MH	NotSan			DN	NotSan	EU	NotSan ★	
SR	AC	NotSan ★	BO	NotSan	HER	NotSan	UN	NotSan ★
REK		NotSan ★	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land	NotSan ★
			D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM	NotSan ★

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	82	
				von 172	

Analgesie mit Opioiden	gültig für	alle
-------------------------------	------------	------



¹ Vigilanzminderung / beeinträchtigte Schutzreflexe?

² bei Dauerbehandlung mit Opioiden (z.B. Fentanylpflaster) → Schmerzverstärkung

³ bei Substitutionsbehandlung mit Methadon → Entzugssyndrom

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	83	
				von 172	

Opioide	gültig für	alle
----------------	---------------	------

Nalbuphin

Erwachsene unter 65 Jahre und Kinder > 30 kg KG: fraktioniert **0,2 mg/kgKG i.v.**

Erwachsene über 65 Jahre: fraktioniert **0,1 mg/kgKG i.v.**

Kinder < 12 Jahre / > 30 kg - falls NRS ≥ 6 **einmalig** weitere **0,1 mg/kgKG i.v.**

Maximaldosis 20 mg

RKN	NotSan ★			KR	NotSan*			
				KLE	Notsan ★			
				BOT	Notsan	E	NotSan ★	
						TNA - Bergisches Land	NotSan ★	GE
				HA	NotSan	HAM		NotSan

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung

Morphin

Erwachsene und Kinder > 30 kg KG

fraktionierte langsame Gabe in **2 mg**-Schritten im Abstand von 3 – 4 Minuten

Maximaldosis 10 mg

RKN	►	HS	NotSan	DU	►	KR	Notarzt	VIE	NotSan*	OB	NotSan	
MH	NotSan	MG	►	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss ★	EU	NotSan ★	
SR	AC	NotSan	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NS	E	Notarzt	UN	NotSan ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★		TNA - Bergisches Land		NotSan ★	GE	TNA / NA	
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	Notarzt	HAM	NotSan ★					

*ausschließlich bei Erwachsenen, Ablauf und (Maximal-) Dosis werden in separater Verfahrensanweisung beschrieben

Nalbuphin bei Kindern / Cave: besondere Expertise erforderlich

Kinder < 30 kg KG und > 18 Monate
fraktioniert **0,2 mg/kgKG i.v.**

RKN	NotSan			KR	Notarzt						
				KLE	Notarzt						
				BOT	TNA / NA	E	NotSan ★				
						TNA - Bergisches Land		TNA / NA	GE	NotSan	
				HA	NotSan ★	HAM					

Morphin bei Kindern / Cave: besondere Expertise erforderlich

Kinder < 30 kg KG und > 18 Monate
fraktioniert **0,05 mg/kgKG i.v.**

RKN	►	HS	Notarzt	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	Notarzt	OB	TNA / NA	
MH	Notarzt	MG	Notarzt	DN	Notarzt	KLE	Notarzt	AC	Notarzt	EU	Notarzt	
SR	AC	Notarzt	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	TNA / NA	E	Notarzt	UN	Notarzt
REK	Notarzt	DO	Notarzt	GL	Notarzt		TNA - Bergisches Land		TNA / NA	GE	TNA / NA	
HSK	Notarzt	D	Notarzt	HA	Notarzt	HAM	TNA / NA					

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	84	
				von 172	

		gültig für	alle		
--	--	------------	------	--	--

Fentanyl

Erwachsene und Kinder > 30 kg KG

fraktionierte langsame Gabe in **0,02 mg**-Schritten im Abstand von 3 – 4 Minuten

Maximaldosis 0,1 mg

	HS	TNA / NA	DU ►	KR Notarzt	VIE	OB	NotSan
MH NotSan ►			DN Notarzt	KLE	AC NotSan	EU	
SR AC Notarzt			HER TNA / NA		E	UN Notarzt	
						GE	TNA / NA
HSK Notarzt	D	Notarzt	HA Notarzt	HAM Notarzt			

Naloxon

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

fraktionierte Gabe in 0,1 mg Schritten bis Schutzreflexe /suffiziente Spontanatmung wieder vorhanden ist

RKN NotSan	HS NotSan	DU ►	KR NotSan*	VIE NotSan**	OB NotSan
MH NotSan	MG NotSan	DN NotSan	KLE NotSan ★	AC NotSan ★	EU NotSan
SR AC NotSan	BO NotSan	HER TNA / NA	BOT NotSan	E RettAss	UN NotSan
REK RettAss	DO NotSan	GL NotSan ★	TNA - Bergisches Land		NotSan
HSK NotSan ★	D NotSan	HA NotSan	HAM NotSan		GE TNA / NA

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung
**VIE: ausschließlich bei Erwachsenen

Dimenhydrinat

Erwachsene und Kinder > 14 Jahre:

62 mg langsam i.v.

RKN NotSan ★	HS NotSan ★		KR NotSan*		
MH Notarzt	MG Notarzt	DN NotSan	KLE	AC NotSan ★	EU NotSan ★
SR AC NotSan	BO NotSan	HER NotSan	BOT NotSan	E NotSan ★	UN Notarzt
REK NotSan ★	DO NotSan ★	GL NotSan ★	TNA - Bergisches Land		NotSan ★
HSK Notarzt	D NotSan ★	HA NotSan	HAM NotSan		GE NotSan

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung

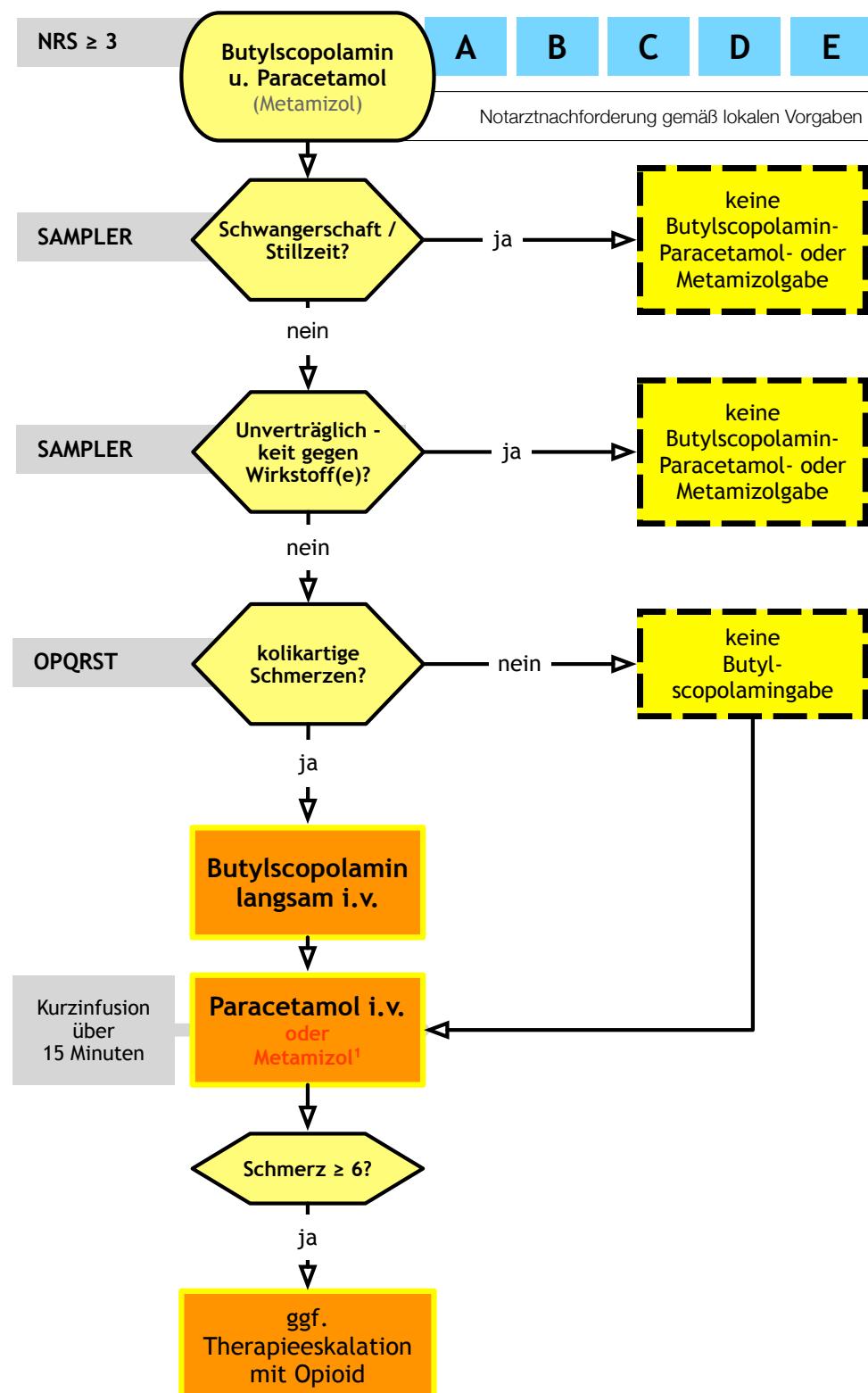
Ondansetron

Erwachsene:

4 mg langsam i.v.

RKN Notarzt	HS Notarzt	DU NotSan	KR Notarzt	VIE NotSan	OB NotSan
MH NotSan		DN Notarzt	KLE	AC NotSan ★	EU NotSan ★
SR AC Notarzt				E NotSan ★	UN NotSan ★
REK Notarzt	DO NotSan ★	GL NotSan	TNA - Bergisches Land		NotSan ★
HSK NotSan ★	D Notarzt		HAM NotSan ★		GE TNA / NA

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	85	
				von 172	



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	86	
				von 172	

Kolik / abdomineller Schmerz	gültig für	alle
------------------------------	------------	------

Butylscopolamin

Erwachsene:

0,3 mg/kgKG Butylscopolamin langsam i.v. (max. 20 mg)

RKN	NotSan ★	HS	NotSan ★	DU	Notarzt	KR	NotSan*		OB	TNA / NA
MH	NotSan	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	NotSan ★	EU NotSan ★
SR AC	TNA+NotSan	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan ★	E	NotSan ★	UN NotSan ★
REK	NotSan ★	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land		NotSan ★	GE	NotSan
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM	NotSan ★			

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung

Paracetamol bei Kolik / abdominellem Schmerz

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

1000 mg Paracetamol als Kurzinfusion (> 50 kg KG)

RKN	NotSan ★	HS	NotSan ★		KR	NotSan ★			OB	NotSan
MH	NotSan			DN	NotSan				EU	NotSan ★
SR AC	NotSan ★	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	NotSan	E	NotSan ★	UN NotSan ★
REK	NotSan ★	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land		NotSan ★	GE	NotSan
		D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM	NotSan ★			

Metamizol

Erwachsene:

1000 mg als Kurzinfusion

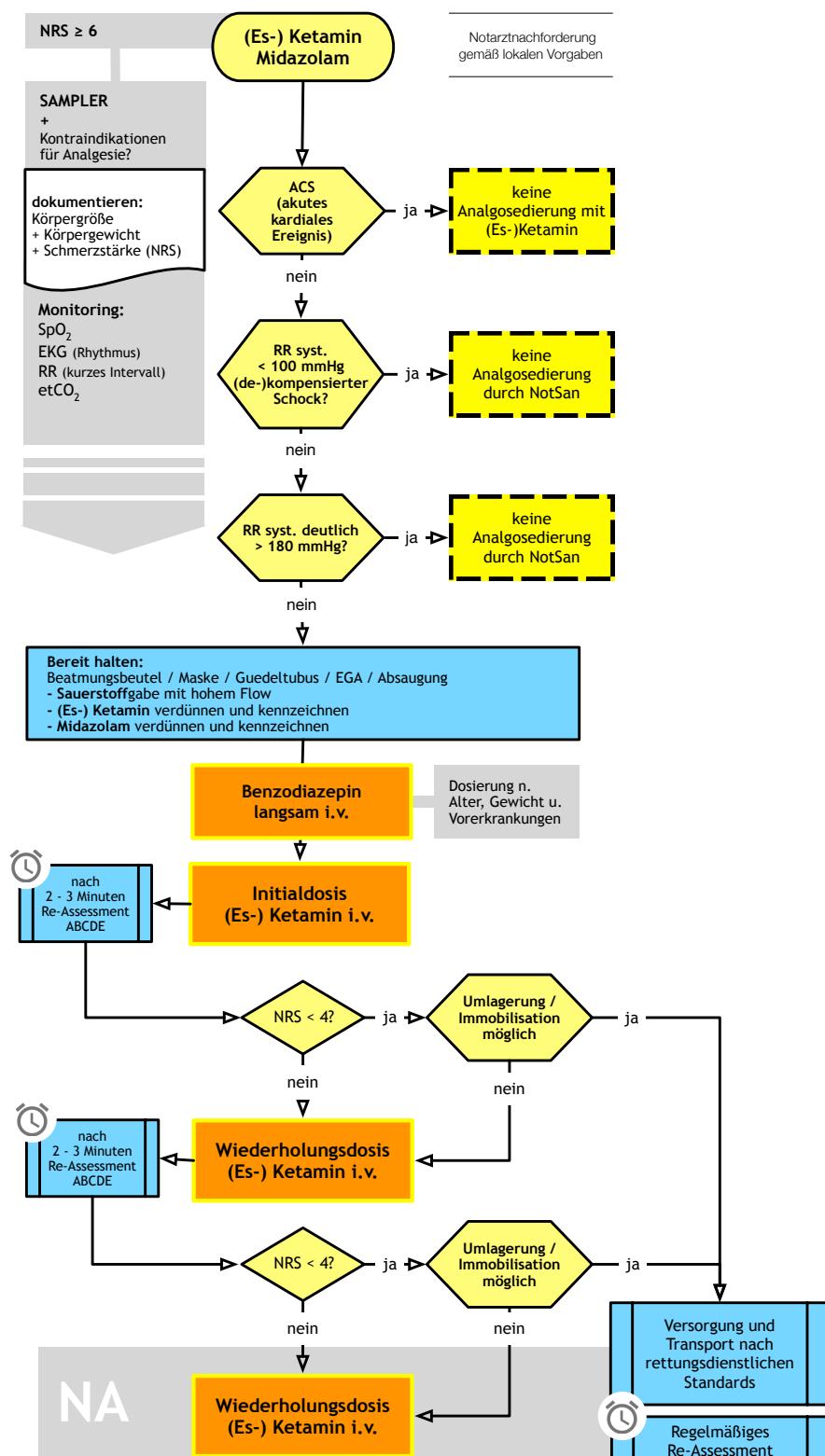
RKN	Notarzt	HS	Notarzt	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	Notarzt	
		MG	Notarzt	DN	Notarzt	KLE	Notarzt	AC	NotSan ★	EU TNA / NA
SR AC	TNA / NA	BO	TNA / NA			BOT	TNA / NA	E	Notarzt	UN Notarzt
REK	Notarzt			GL	Notarzt	TNA - Bergisches Land		Notarzt	GE	TNA / NA
HSK	NotSan ★			HA	Notarzt	HAM	TNA / NA			

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	87	
				von 172	

Analgosedierung
(Es-)Ketamin / Midazolam

gültig
für

alle



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	88	
				von 172	

Analgosedierung	gültig für	alle
-----------------	------------	------

Midazolam

Kinder > 10 kg KG und < 50 kg KG: **1 mg langsam i.v.**

Erwachsene > 60 Jahre, oder < 50 kg KG oder mit einschränkenden chronischen Krankheiten: **1 mg langsam i.v.**

Erwachsene und Jugendliche > 50 kg KG: **2 mg langsam i.v.**

RKN	NotSan ★	HS	NotSan ★	DU	NotSan	KR	NotSan*	VIE	NotSan	OB	NotSan
MH	NotSan	MG	NotSan ★	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss ★	EU	NotSan ★
SR AC	NotSan ★	BO	NotSan	HER	NotSan	BOT	TNA / NA	E	Notarzt	UN	NotSan ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land		NotSan ★	GE		
HSK	NotSan ★	D	NotSan ★	HA	NotSan	HAM	NotSan ★				

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung

Esketamin

Erwachsene und Kinder > 30 kg KG:

Initialdosis 0,125 mg/kgKG i.v. - Repetitionsdosis 0,125 mg/kgKG i.v.

RKN	NotSan ★	HS	NotSan ★	DN	NotSan	KLE	NotSan ★	AC	RettAss ★	EU	NotSan ★
SR AC	NotSan ★	BO	NotSan	HER	NotSan					UN	NotSan ★
REK	NotSan	DO	NotSan ★	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land		NotSan ★	GE		
HSK	NotSan ★			HA	NotSan	HAM	NotSan ★				

Ketamin

Erwachsene und Kinder > 30 kg KG:

Initialdosis 0,25 mg/kgKG i.v. - Repetitionsdosis 0,25 mg/kgKG i.v.

		DU	NotSan	KR	NotSan*	VIE	NotSan		
MH	NotSan ►	MG	NotSan ★						
				BOT	TNA / NA	E	Notarzt		
		D	NotSan ★						

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	89	
				von 172	

Kapitel 3	gültig für	alle
------------------	---------------	-------------

3

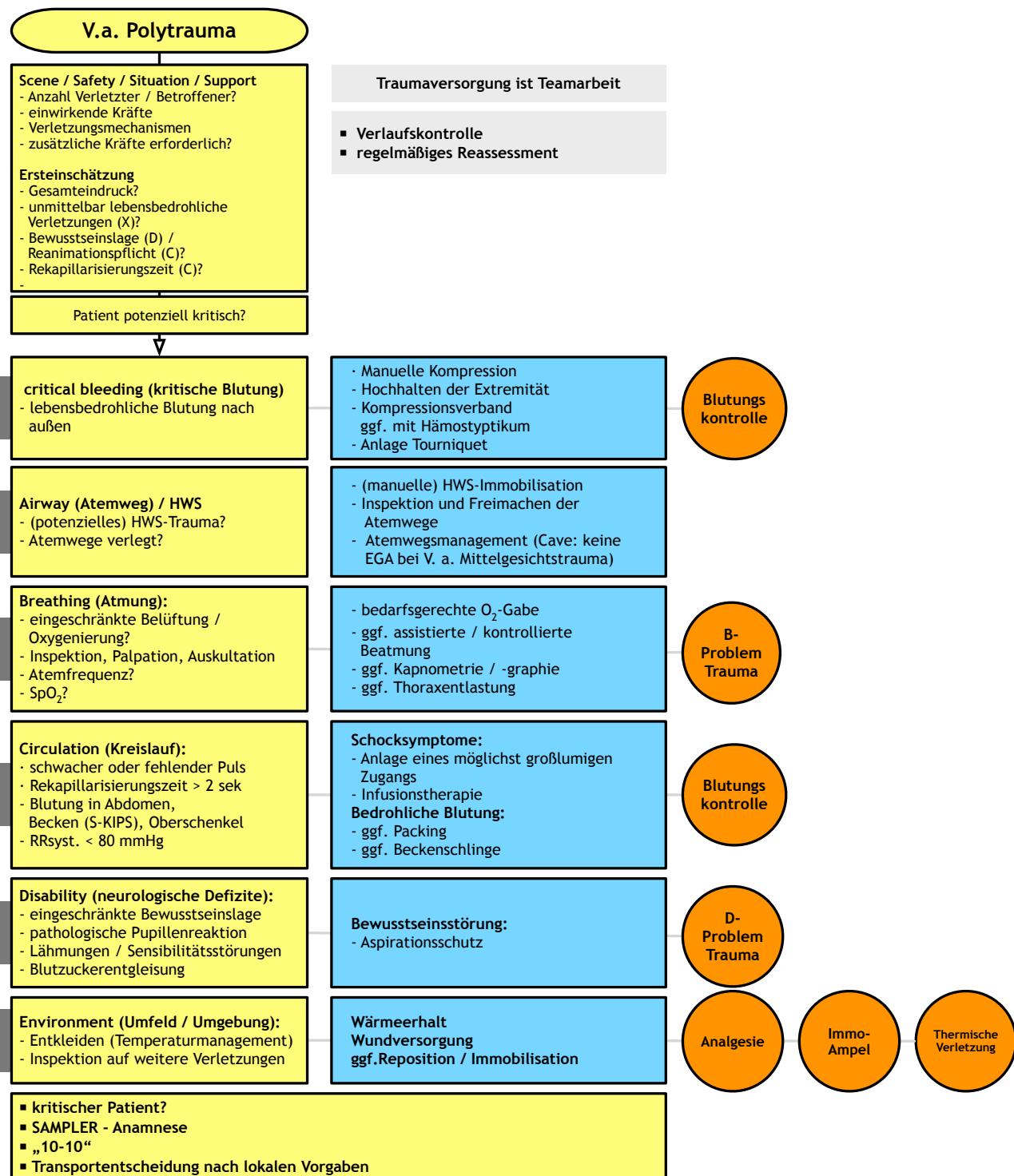
Trauma, MANV

&

Intoxikation

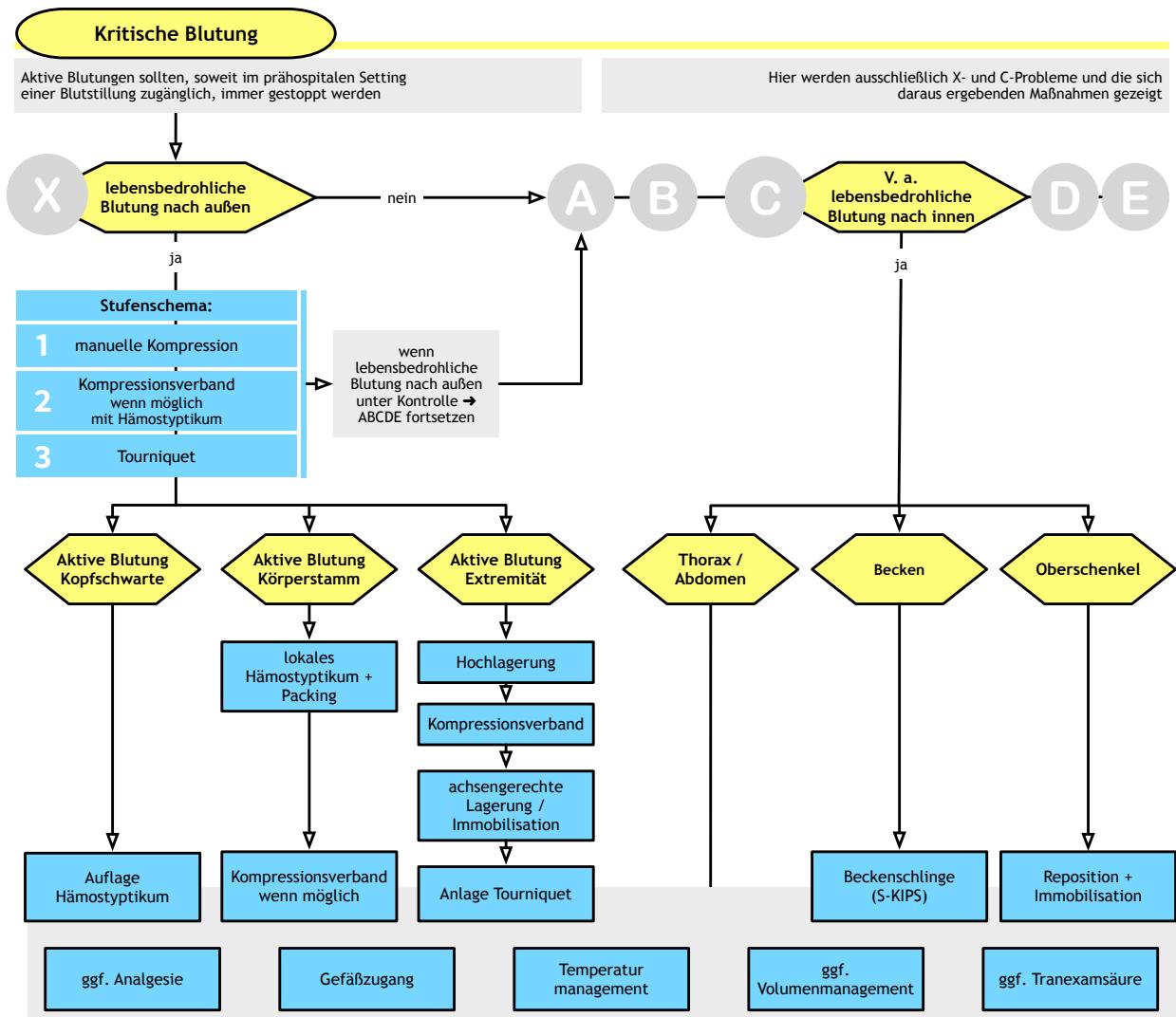
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	90	
				von 172	

Strukturierte Traumaversorgung	gültig für	alle
---------------------------------------	------------	------



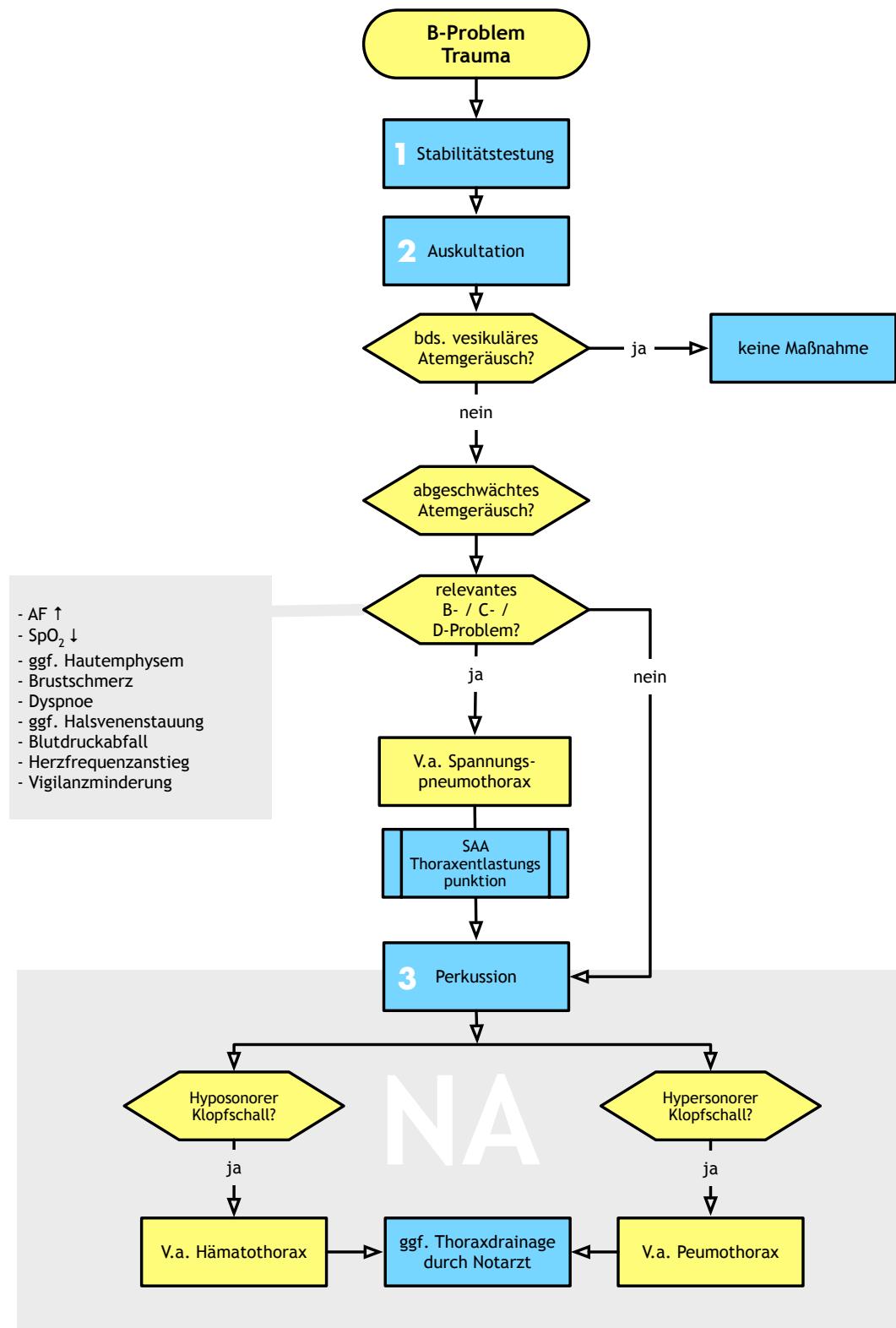
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Brune Schaller	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	91	
				von 172	

Blutungskontrolle	gültig für	alle
--------------------------	------------	------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Brune Schaller	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	92	
				von 172	

B-Problem Trauma	gültig für	alle
-----------------------------	---------------	------

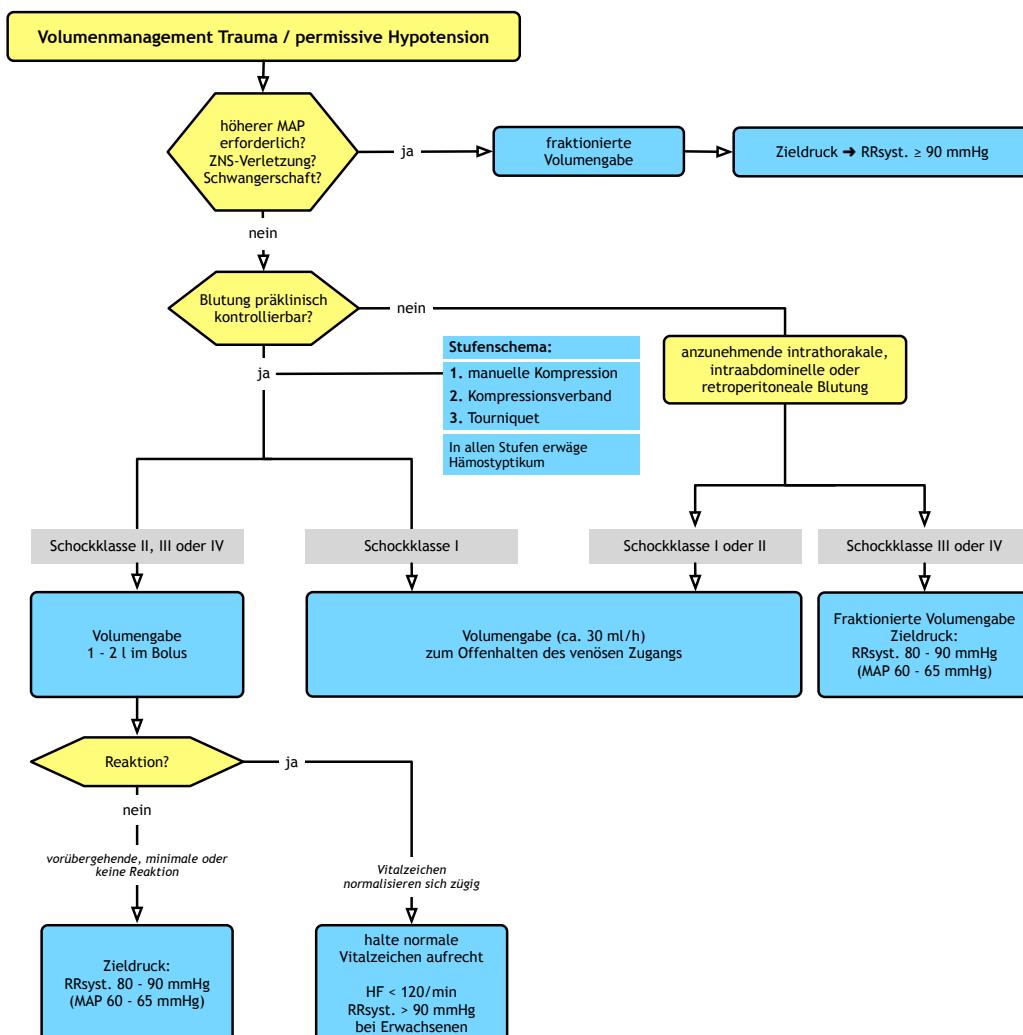


Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Brune Schaller	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	93	
				von 172	

Volumenmanagement Trauma

gültig
für

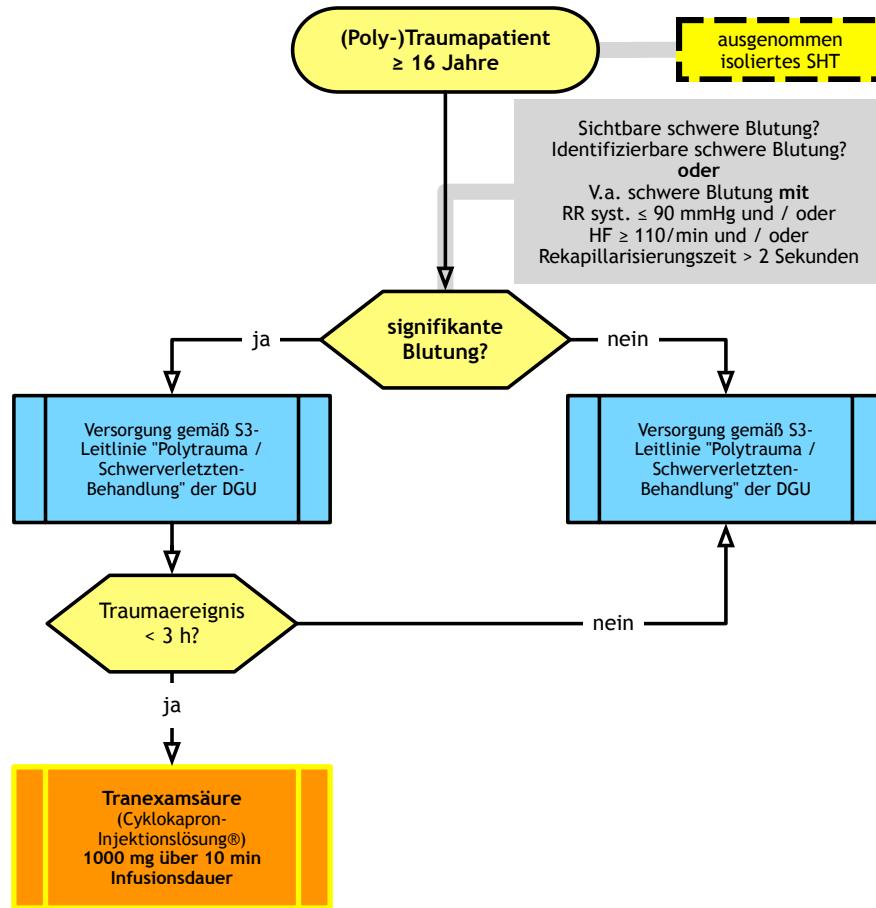
alle



	Schockklasse I	Schockklasse II	Schockklasse III	Schockklasse IV
Blutverlust ml	750 ml (– 15 %)	< 1.500 ml (15 – 30 %)	< 2.000 ml (30 – 40 %)	> 2.000 ml (> 40 %)
Blutdruck syst.	normal	normal	erniedrigt	sehr niedrig
Blutdruck diastolisch	normal	erhöht	erniedrigt	nicht messbar
Puls / min.	< 100/min	> 100/min	> 120/min	> 140/min (schwach)
Kapillärfüllung	normal	> 2 Sekunden	> 2 Sekunden	nicht feststellbar
Atemfrequenz	14 – 20/min	20 – 30/min	30 – 40/min	> 35/min
Urinfluss (ml / h)	> 30	20 – 30	10 – 20	0 – 10
Extremitäten	normale Farbe	blass	blass	blass und kalt
Vigilanz	wach	ängstlich o. aggressiv	ängstlich o. aggressiv	verwirrt, bewusstlos

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Brune Schaller	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	94	
				von 172	

Tranexamsäure	gültig für	alle	Tranexamsäure mg/ml
---------------	------------	------	------------------------



Tranexamsäure (Cyklokapron®-Injektionslösung 1000 mg / 10 ml) ist ein Antifibrinolytikum, das bei zeitgerechtem Einsatz – in Ergänzung der aktuell empfohlenen präklinischen Maßnahmen (gemäß geltender S3-Leitlinie „Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung“ der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie) – geeignet erscheint, die Mortalitätsrate bei Traumapatienten mit signifikanter Blutung deutlich zu senken.

Weitergehende Informationen können der Fachinformation entnommen werden.

Cyklokapron® kann eingesetzt werden bei:

Patienten im Alter von ≥ 16 Jahren mit akutem Trauma (**ausgenommen isoliertes SHT**) und

- nachgewiesener signifikanter Blutung
 - Verdacht auf signifikante Blutung (siehe Algorithmus)
- nur innerhalb der ersten 3 Stunden nach Trauma

Tranexamsäure

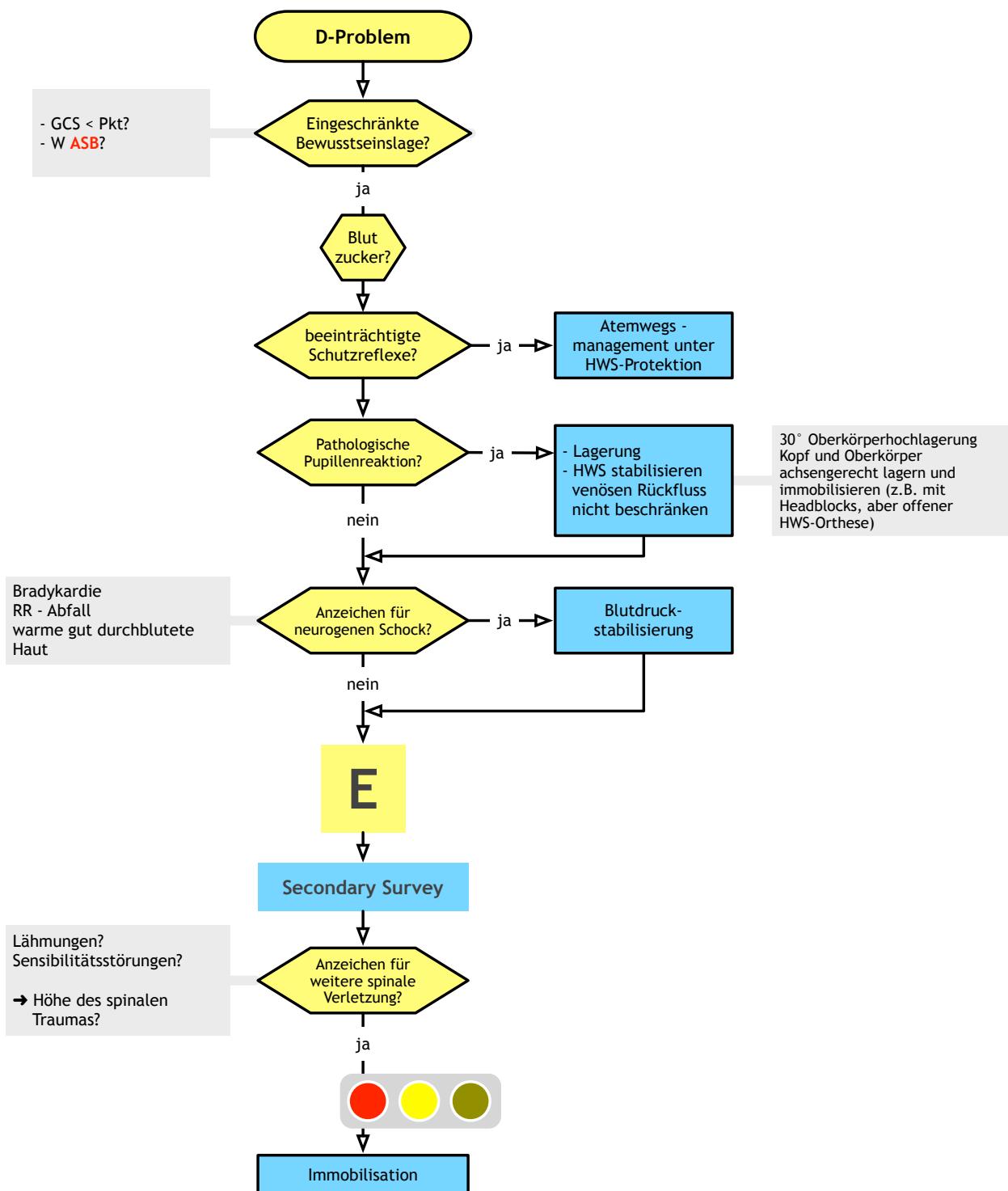
Erwachsene:

1000 mg über 10 min Infusionsdauer

RKN	NotSan	HS	Notarzt	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	Notarzt	OB	NotSan	
MH	Notarzt	MG	Notarzt	DN	Notarzt	KLE	Notarzt	AC	NotSan ★	EU	TNA / NA	
SR	AC	Notarzt	BO	TNA / NA	HER	TNA / NA	BOT	NotSan	E	Notarzt	UN	Notarzt
REK	Notarzt	DO	NotSan	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			Notarzt	GE	TNA / NA	
HSK	NotSan	D	Notarzt	HA	RettAss ★	HAM	►					

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i	
Strickmann	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig			
				95		
				von 172		

D-Problem Trauma	gültig für	alle
-----------------------------	---------------	------

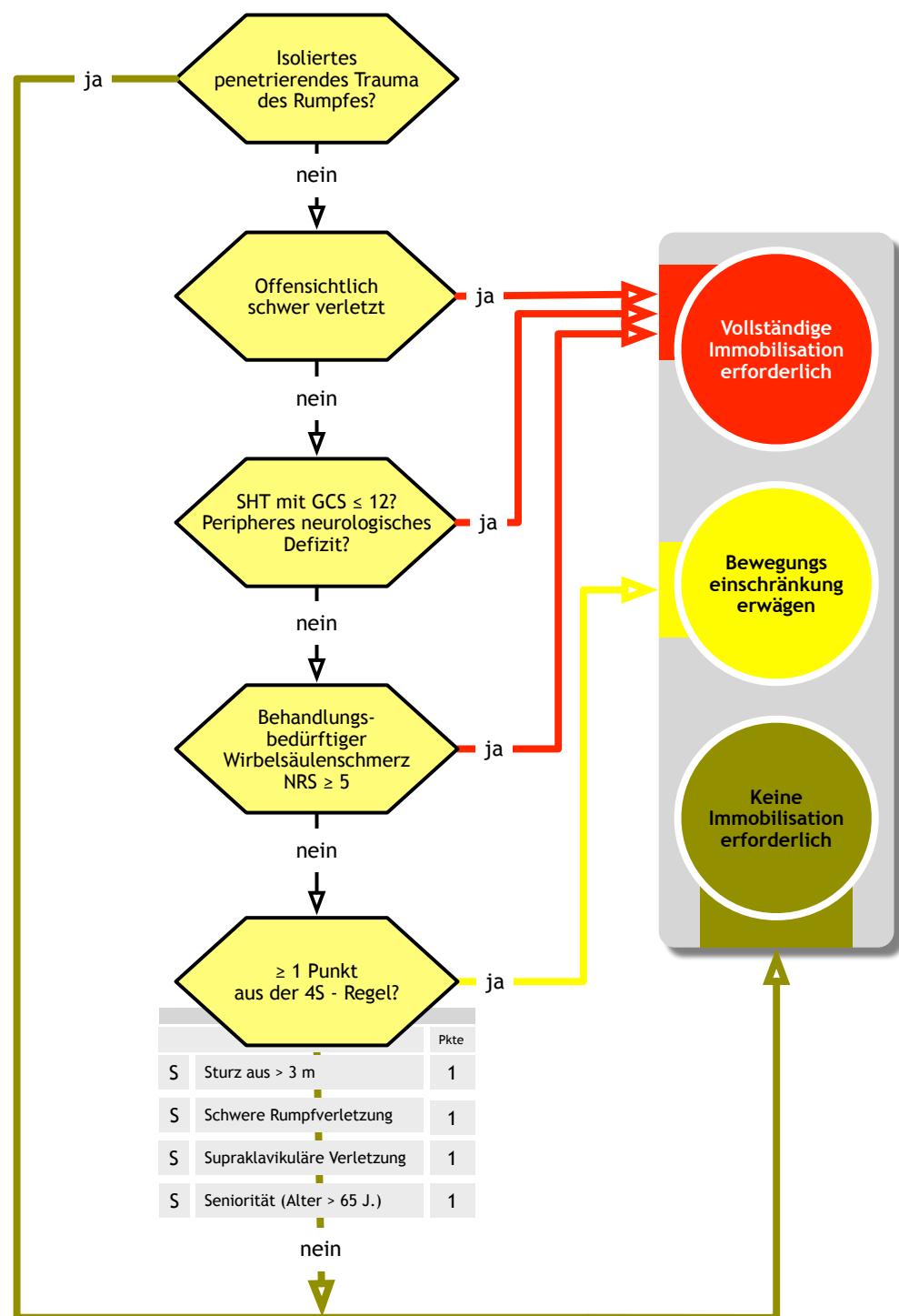


Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Brune Schaller	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	96	
				von 172	

"Immo-Ampel" für erwachsene auskunftsfähige Patienten

gültig für

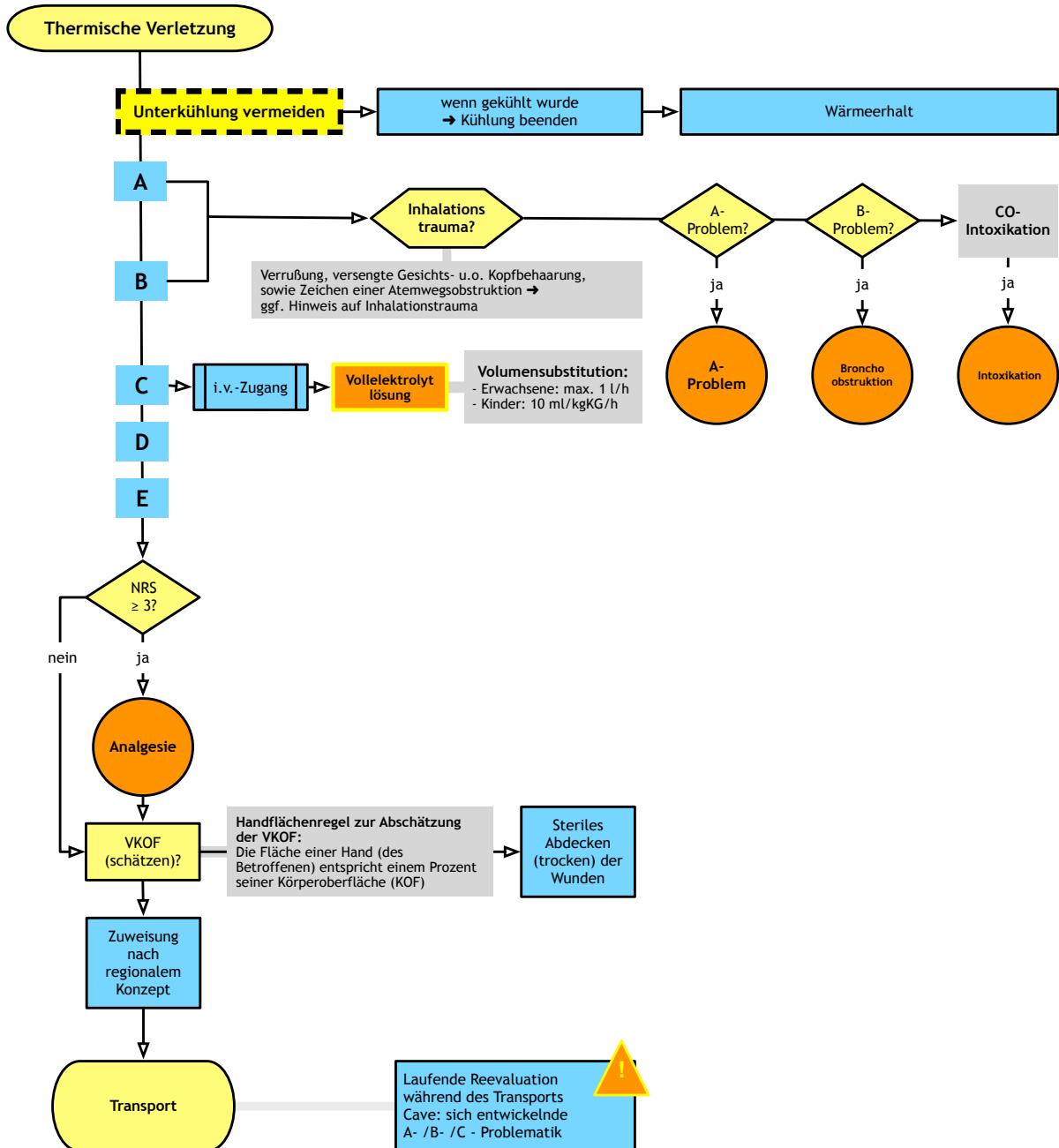
alle



Häske D, Blumenstock G, Hossfeld B, Wölfli C, Schweigkofler U, Stock JP: The Immo traffic light system as a decision-making tool for prehospital spinal immobilization – a systematic review. Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 753–8. DOI: 10.3238/ärztebl.m2022.0291

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Häske; Blumenstock; Hossfeld; Wölfli; Schweigkofler; Stock	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	97	
				von 172	

Thermische Verletzung	gültig für	alle
------------------------------	------------	------



Indikationen für die stationäre Behandlung in Zentren für Brandverletzte:

Die stationäre Behandlung soll in jedem Fall in einem Zentrum für Brandverletzte durchgeführt werden, wenn eine der folgenden Verletzungen vorliegt:

- Verbrennungen Grad 2 von 10 % und mehr Körperoberfläche
- Verbrennungen Grad 3
- Verbrennungen an Händen, Gesicht oder Genitalien
- Verbrennungen durch Elektrizität inklusive Blitzschlag
- Verätzungen durch Chemikalien
- Inhalationstrauma
- Verbrennungspatienten mit Begleiterkrankungen oder Verletzungen, die die Behandlung erschweren
- Verbrennungspatienten die eine spezielle psychologische, psychiatrische oder physische Betreuung benötigen

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Brune Schaller	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	98	
				von 172	

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Thermische Verletzung Erläuterungen – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Unter thermischen Verletzungen versteht man eine durch thermische Einflüsse ausgelöste schwere Schädigung der Haut und tiefer gelegener Gewebe. Thermische Verletzungen zählen zu den schwersten und mit ihren Folgen auch zu den nachhaltigsten Traumata. Meist handelt es sich dabei um Verbrennungen. Die Gewebsschädigung kann durch Flammen, heiße Flüssigkeiten, Dampf, Gase, Strahlung (Sonne, iatrogene), heiße Stoffe oder Kontaktflächen, Explosionen, Reibung oder auch Strom sowie durch chemische Substanzen wie Laugen und Säuren ausgelöst werden.

Spezielle präklinische Therapie

- keine aktive Kühlung durch Rettungsdienstpersonal
- bereits durchgeführte Kühlung beenden
- i.v.-Zugang (ggf. 2 Zugänge), vorzugsweise in nicht verbrannte Hautareale, ggf. i.o.-Zugang
- kritische Überprüfung der Indikation zur invasiven Atemwegssicherung

Hypothermieprophylaxe

Normothermie ist ein prognostisch günstiger Faktor für den Behandlungsverlauf und hat einen positiven Einfluss auf das Gesamtüberleben. Bereits in der präklinischen Phase sollte ein Thermomonitoring erfolgen, anzustreben ist ein normothermer Zustand ($> 36^{\circ}\text{C}$). Die Hypothermie von Schwerbrandverletzten stellt einen wichtigen, prognostisch negativen Faktor für den Behandlungsverlauf dar. Die Messung kann präklinisch über ein Ohrthermometer erfolgen.

Die Indikation zur invasiven Atemwegssicherung, maschinellen Beatmung und tiefen Analgosedierung muss kritisch bewertet werden und den allgemeinen Kriterien folgen. Eine Intubation allein bei Verdacht auf ein Inhalationstrauma bei einem respiratorisch stabilen Patienten soll auch aus Gründen der Hypothermieprophylaxe vermieden werden, da Analgosedierung und Beatmung als Risikofaktoren für eine Hypothermie gelten.

Spezielle Maßnahmen

- Thermomonitoring
- Vorheizen des Rettungsmittel
- vorgewärmte Infusionen
- passive Wärmefolien (Rettungsdecken gold / silber), aktive Einweg-Wärmedecken

Analgesie

Eine Reduktion von Schmerzen soll durch supportive und / oder medikamentöse Maßnahmen erzielt werden. Sterile Verbände in der präklinischen Versorgung sind Bestandteil des Analgesie-Managements, da Vermeidung von Zugluft über der Verbrennungswunde zu einer signifikanten Schmerzreduktion beiträgt. Ab Verbrennung dritten Grades besteht ein niedrigerer Analgetikabedarf, da die Schmerzrezeptoren zerstört sind.

Eine adäquate intravenöse Schmerztherapie soll frühzeitig eingeleitet werden.

Volumentherapie

Für die kalkulierte Volumentherapie in der Prälklinik werden zur Vereinfachung und zur Vermeidung einer Überinfusion eine orientierende Volumenmengen angegeben.

Angewärmte Vollelektrolytlösungen:

- Erwachsene: max. 1 l/h
- Kinder: 10 ml/kgKG/h

Wundversorgung

Sterile, trockene und nicht verklebende Verbände

Inhalationstrauma

Anamnestische Faktoren wie Rauch- oder Flammenexposition, Exposition von heißen Gasen oder Dampf, die Dauer der Exposition, Bewusstseinsverlust sowie die Exposition in geschlossenen Räumen geben Hinweis auf das Vorliegen eines Inhalationstraumas.

Das Vorliegen einer Verbrennung des Gesichtes, versengte Gesichts- und Nasenbehaarung, Ruß im Gesicht oder im Sputum sowie Zeichen der Atemwegsobstruktion (Stridor, Ödem, oropharyngeale Schleimhautschädigung, feuchte oder trockene Atemwegsgeräusche) sollen als Hinweis auf ein Inhalationstrauma gewertet werden.

Eine CO-Intoxikation sollte bei Inhalation von Brandgasen stets mit bedacht werden..

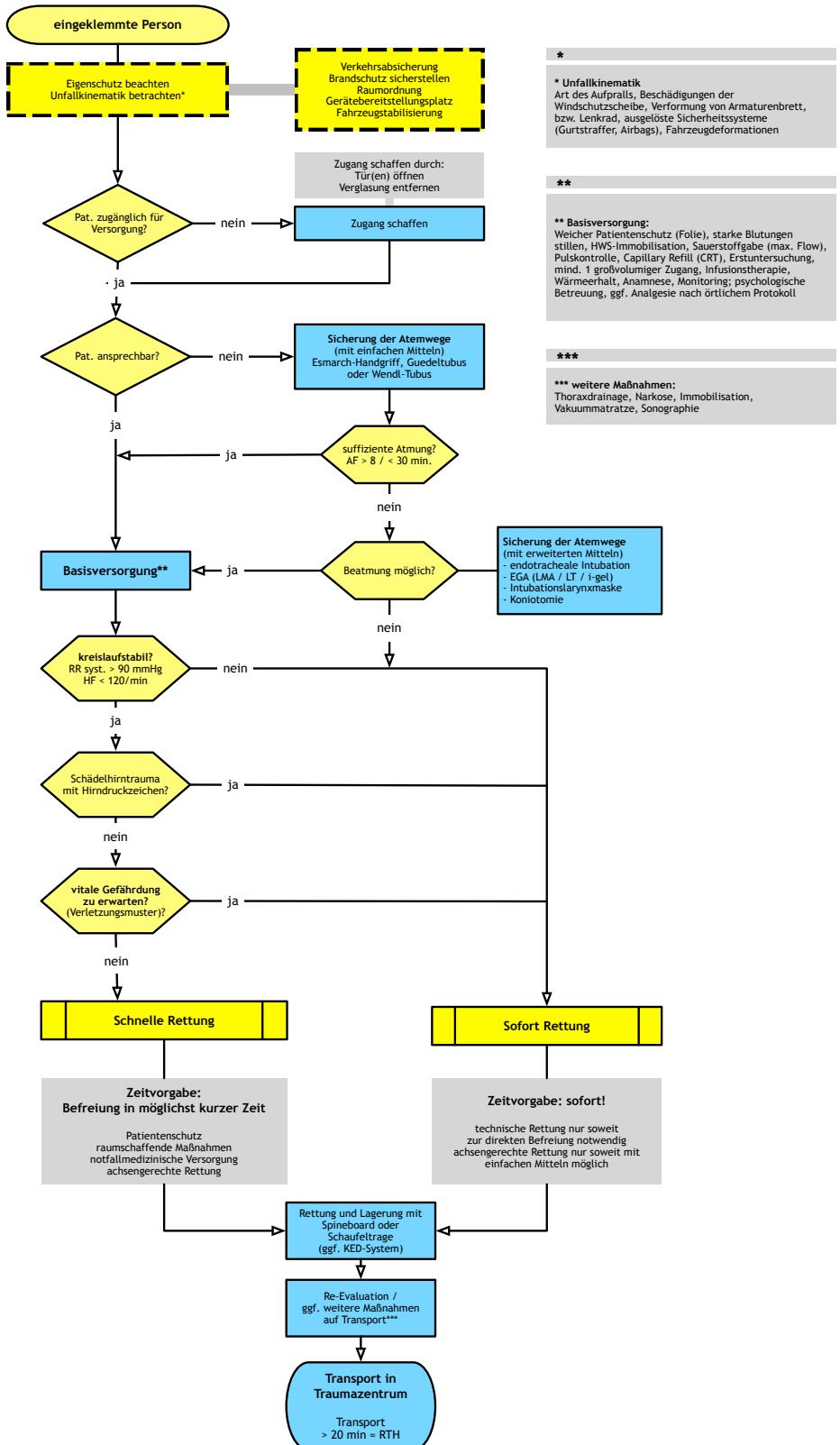
Bei Bronchialobstruktion ist ggf. die Gabe von β -Sympathomimetika indiziert.

Siehe auch:

S2k-LL „Behandlung thermischer Verletzungen des Erwachsenen“; AWMF-Nr. 044-001; Stand: 01.02.2021

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	99	
				von 172	

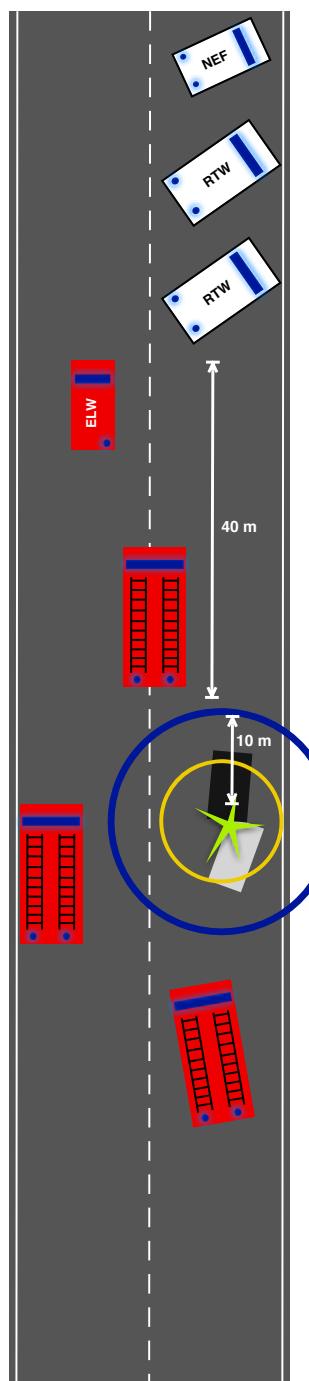
Patientenzentrierte Rettung	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK		HA	HAM	



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
vfdb	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	100 von 172	

Patientenzentrierte Rettung	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK		HA	HAM	

Die Anwendung eines Behandlungsprotokolls zur patientenzentrierten Rettung eingeklemmter Patienten (z.B. vfdb) bedarf unbedingt der vorherigen Absprache mit der örtlichen Feuerwehr, ausführlicher Auseinandersetzung mit den theoretischen Inhalten dieses Konzepts, häufiger Übung und kontinuierlicher Kommunikation mit der Einsatzleitung während des Einsatzes.



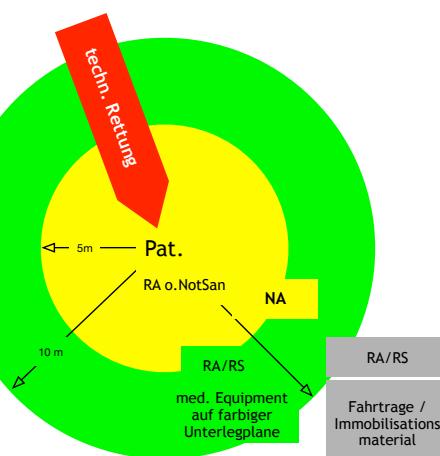
Eigenschutz (4A-1C-4E-Regel) + PSA (persönliche Schutzausrüstung nach UVV)

- Helm mit Visier und Nackenschutz
- Schutzbrille
- (Gehörschutz)
- FFP2-Maske
- Schutzjacke mit Ärmeln
- Schnittsichere Handschuhe und Infektionsschutzhandschuhe
- Schutzstiefel

Raumordnung

Fahrzeuge des Rettungsdienstes fahren nach Möglichkeit an der Einsatzstelle vorbei und halten ca. 50 m Abstand vom Schadenort.

Um den eingeklemmten Patienten werden ein 5- und 10-Meterkreis eingehalten, die Anzahlrettungsdienstlicher Helfer im 5-Meter Kreis sollte so niedrig wie möglich sein (z.B. 1 „Innerer Retter“ beim Patienten).



Patientenzentriert oder patientenorientiert bedeutet aber nicht in allen Fällen aufwändige und zeitraubende Immobilisierungsmaßnahmen durchzuführen. Patientenorientiert, also im Interesse des Patienten handelnd, kann auch bedeuten, dass der Patient aufgrund der Schwere der Verletzung schnellstmöglich einer qualifizierten und definitiven Versorgung im Krankenhaus zugeführt werden muss. Hierbei bleiben dann möglicherweise zweitrangige Verletzungen unversorgt oder unberücksichtigt, zugunsten einer schnellen Rettung und der Versorgung im OP.

Auch die Mechanismen der Verletzung / Kollision müssen in der Patientenbeurteilung berücksichtigt werden. Die Bewegungsenergie wird in Verformungsenergie umgewandelt – Scherkräfte führen z.B. zu Schäden an Nieren, Leber, Darm und dem Aortenbogen – Druckkräfte deformieren und schädigen die Lunge, das Herz, Zwerchfell und die Harnblase. Selbst schwere Verletzungen sind in der frühen Phase oft gut kompensiert und demaskieren sich dann nach einiger Zeit umso dramatischer.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / BB / SB / TA / CL / HW / MT / BaB / NS / MzN / TNA - BL / PK / KM / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	101	
				von 172	

Vorsichtung nach mSTaRT durch RettAss und NotSan	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK		GL	TNA-BL	GE					

Bei Großschadensereignissen und Katastrophen ist die schnelle Beurteilung des Zustandes der Verletzten eine wesentliche Aufgabe. Die richtige Einschätzung der Verletzungsschwere einer betroffenen Person trägt maßgeblich zum Überleben bei. Im Fall der Ressourcenknappheit besteht die Hauptaufgabe darin, die zur Verfügung stehende Hilfe primär den Patienten zukommen zu lassen, die hieran am meisten profitieren. Eine möglichst rasche und genaue Sichtung ermöglicht hier den fokussierten Einsatz von Material und Kräften und trägt nachweislich zum Überleben der Betroffenen bei. Bei einer großen Anzahl von Verletzten und Betroffenen kann die Aufgabe der Sichtung nicht von einer Person zeitnah wahrgenommen werden. Das System der „Vorsichtung“ durch speziell geschulte Rettungsassistenten, bzw. Notfallsanitäter trägt dem Rechnung. Als Ausbildungsgrundlage bietet sich das mSTART System an.

STaRT-Schema: Simple Triage and Rapid Treatment

Geprüft wird die Gehfähigkeit, Respiration (Atmung), Perfusion (Durchblutung) und Mentaler Status nach dem STaRT-System (Simple Triage and Rapid Treatment) ohne besondere Hilfsmittel:

1. Zuerst werden alle gehfähigen Patienten aufgefordert, sich an einen Sammelpunkt zu begeben. Diese Patienten, die sich selbst aus der Gefahrenzone retten können („walking wounded“, engl. für „gehfähige Verletzte“), werden in die Sichtungskategorie S3 („minor“) eingeteilt. Einige davon, die der Helfer für geeignet hält, werden im weiteren Verlauf zur Mithilfe angeleitet.
2. Ein Patient mit Atemstillstand, selbst nach dem Freimachen der Atemwege, gilt als verstorben („deceased“).
3. Prüfen der Respiration (Atmung): Eine Atemfrequenz über 30/min. wird als dringend bewertet, der Patient wird in die Sichtungskategorie S1 („immediate“) eingeteilt.
4. Prüfen der Perfusion (Durchblutung): Bei einer starken Blutung wird ein Helfer zur Blutstillung angeleitet (Druckverband / Tourniquet). Mit der Nagelbettprobe wird die Rekapillarisierungszeit gemessen. Beträgt sie mehr als 2 Sekunden, ist das ein Hinweis auf eine Mangeldurchblutung (Blutdruck < 90 mmHG), der Patient wird in die Sichtungskategorie S1 („immediate“) eingeteilt.

Dem deutschen mSTaRT-Algorithmus folgend, wird zur Beurteilung der Kreislaufsituation das Vorhandensein bzw. Fehlen des Pulses am Handgelenk genutzt.

Das heißt: kein Puls am Handgelenk tastbar → S1 (Immediate),

Puls am Handgelenk tastbar → weiter zur Prüfung des mentalen Status)

5. Prüfen des mentalen Status: bei Bewusstlosigkeit oder inadäquater Reaktion bei Ansprache wird der Patient in die Sichtungskategorie S1 („immediate“) eingeteilt.
6. Alle anderen Patienten werden in die Sichtungskategorie S2 („delayed“) eingeteilt.

Die Rettung aus dem Gefahrengebiet geschieht dann in der Reihenfolge

1. S3 / "minor" (da diese selbst weggehen können)
2. S1 / "immediate"
3. S2 / "delayed"
4. Tot / "deceased"

Diese strukturierte Vorgehensweise benötigt maximal 60 Sekunden pro Patient und ermöglicht dennoch eine umfassende und relativ genaue Evaluation.

Das STaRT-Schema ist geeignet zur Anwendung durch geübte Rettungskräfte und medizinisches Personal aller Qualifikationsstufen.

Der Nachteil liegt darin, dass es für Erwachsene konzipiert ist und Besonderheiten bei Kindern außer acht lässt.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Zellerhoff	MZ / GS / SZ / AW / CA / AN / TF / BB / SB / CL / MT / BaB / NS / MzN / TNA - BL / PK / KM	01.01.2025	ungültig	102	
				von 172	

Vorsichtung nach mStaRT durch RettAss und NotSan	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK		GL	TNA-BL	GE					

mStaRT: modifiziertes STaRT

Das modifizierte STaRT-Schema verbindet die Erkenntnisse aus dem JumpSTaRT und dem originalen STaRT-Schema zu einem umfassenden Prozess, der sowohl für Erwachsene als auch Kinder geeignet ist.

In Deutschland wurde es 2004 von der Berufsfeuerwehr München in Zusammenarbeit mit der Ludwig-Maximilians-Universität München auf deutsche Verhältnisse adaptiert und auf einem Kongress vorgestellt. Eine entsprechende Dienstanweisung „Einsatzstandard Massenanfall von Verletzten – Sichtung“ gilt seit dem Jahr 2005 für den Rettungsdienst aller Organisationen im gesamten Rettungsdienstbereich München (Landeshauptstadt und Landkreis München). Die Berufsfeuerwehr München bildete ihre Rettungssanitäter und Rettungsassistenten entsprechend aus und sorgte für die Verbreitung in München und Umgebung. Dieses Konzept wurde im Rahmen der Vorbereitungen zur Fußball-WM 2006 auch im Bayerischen Roten Kreuz und den anderen bayerischen Hilfsorganisationen verbreitet und ist nach Stellungnahme des Bayerischen Innenministeriums seit November 2007 für ganz Bayern umgesetzt.

Praktische Umsetzung

Um zu vermeiden, dass Notärzte in dieser kritischen Phase Zeit durch die Untersuchung minder schwerer oder sogar unverletzter Betroffener verlieren, sollte eine „Vorsichtung“ stattfinden mit dem Ziel, die von Notärzten schnellstens zu sichtenden Patienten zu identifizieren und als solche zu kennzeichnen.

Die Aufgabe der Vorsichtung sollte den RettAss / NotSan zugeordnet werden, da sie in der Regel schneller und in größerer Zahl als Notärzte an der Einsatzstelle zur Verfügung stehen. Gleichzeitig werden damit die notärztlichen Ressourcen für den eigentlichen Sichtungs- und Behandlungsprozess frei. Die Vorsichtung trifft hierbei keinerlei Aussagen zur Diagnose oder gar zur Prognose, sondern schafft lediglich die Verknüpfung zwischen Betroffenen und nachrückenden Einsatzkräften.

Diese Vorsichtung ersetzt nicht die ärztliche Sichtung. Sinn ist es, Patienten der Sichtungskategorie I (Rot) für die nachrückenden Rettungskräfte sichtbar zu machen, um eine umgehende Rettung und Behandlung zu ermöglichen.

RKN	HS	DU
-----	----	----

Vorsichtung ist eine verantwortungsvolle Aufgabe die den Personal- und Materialeinsatz nachfolgender Kräfte durch Identifizierung der Patienten, die von einer frühzeitigen Behandlung oder ggf. Transport am meisten profitieren, kanalisiert.

Zur schnellen Durchführung und auch zur forensischen Unterscheidung von der ärztlichen Sichtung mit einer Patientenanhängeretasche (PAT) erfolgt die Vorsichtung mittels abreibbaren Kennzeichnungsbändern in den Farben ROT und WEISS.

Im Rahmen der Vorsichtung werden alle Patienten der Sichtungskategorie I und EX (Rot / Schwarz) mit einem roten Band an gut sichtbarer Stelle (i.d.R. am Oberarm) markiert. Alle anderen Patienten, die gesichtet wurden und nicht der Sichtungskategorie I (Rot) zugeordnet wurden, erhalten ein weißes Band zur Kennzeichnung.

Patienten die sich selbstständig zum Sammelplatz für gehfähige Patienten begeben haben, müssen zunächst nicht gekennzeichnet werden.

Die zur Vorsichtung autorisierten RettAss / NotSan sind nach dem mStart-Algorithmus geschult worden. Die erfolgreiche Ausbildung wurde im Rahmen der Zertifizierung geprüft. Zur Aufrechterhaltung des Wissens und der Anwendung sind regelmäßige Überprüfungen vorgesehen.

Kreis Mettmann
Ennepe - Ruhr - Kreis

REK

ME / EN: Im Rahmen der Vorsichtung werden alle Patienten der Sichtungskategorie I und EX (rot / schwarz) mit der roten Einstekkkarte der Patientenanhängekarte markiert.

REK: Im Rahmen der Vorsichtung werden alle Patienten der Sichtungskategorie I (rot) mit der roten Einstekkkarte der Patientenanhängekarte markiert.

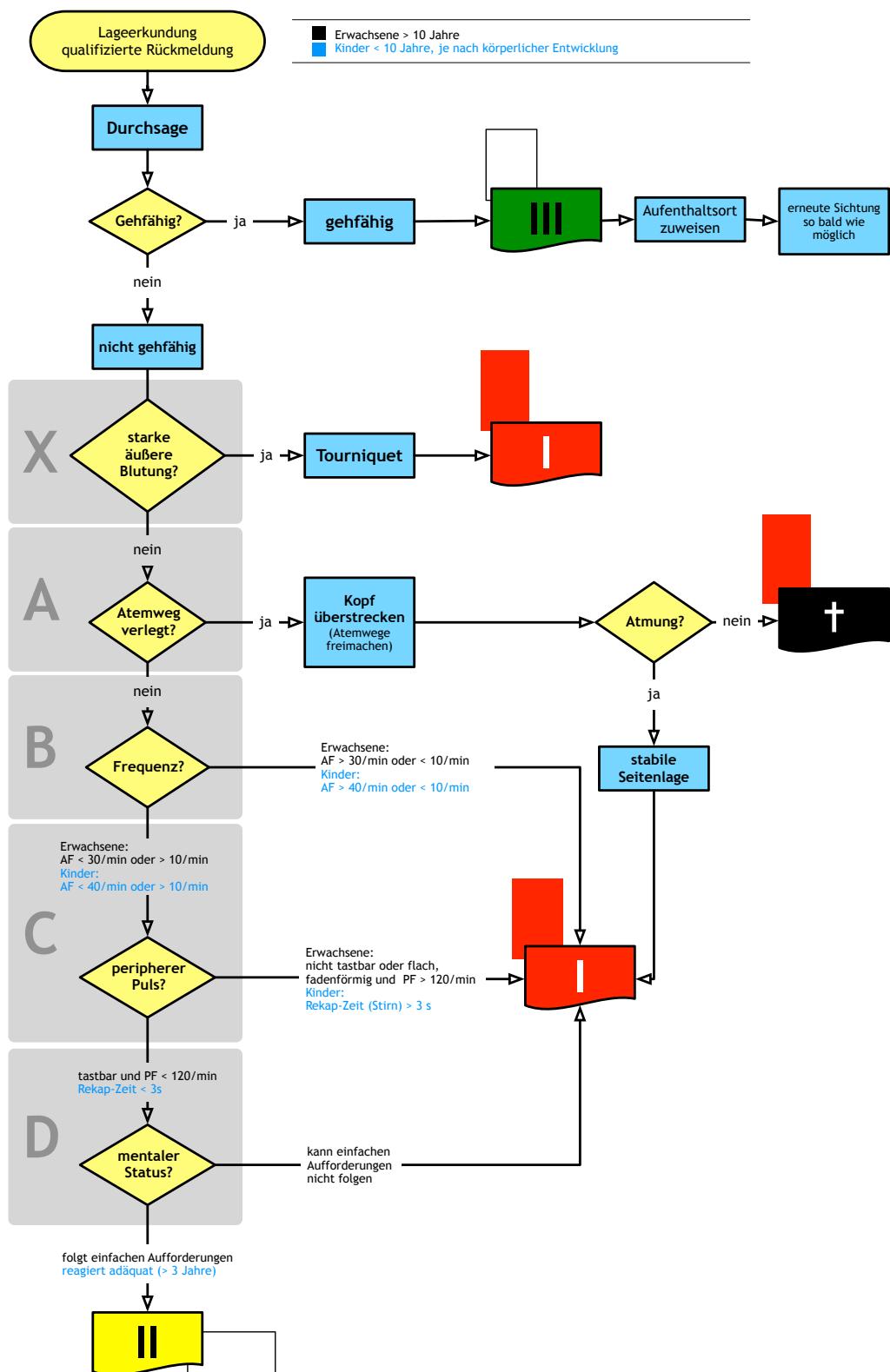
Zur Unterscheidung von der ärztlichen Sichtung wird die rote Einstekkkarte nur mit der unteren Hälfte in die PAT gesteckt und dann geknickt.

Alle anderen Patienten, die gesichtet wurden und nicht der Sichtungskategorie I / EX (ME / EN) oder I (REK) zugeordnet wurden, erhalten nur die PAT (weiß) zur Kennzeichnung.



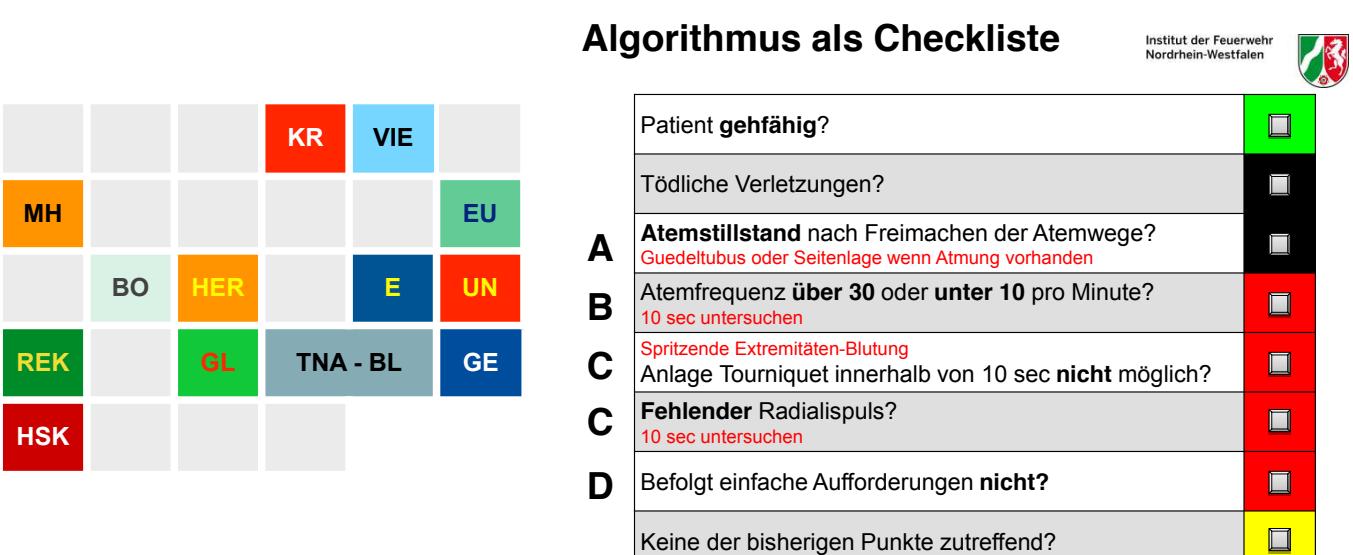
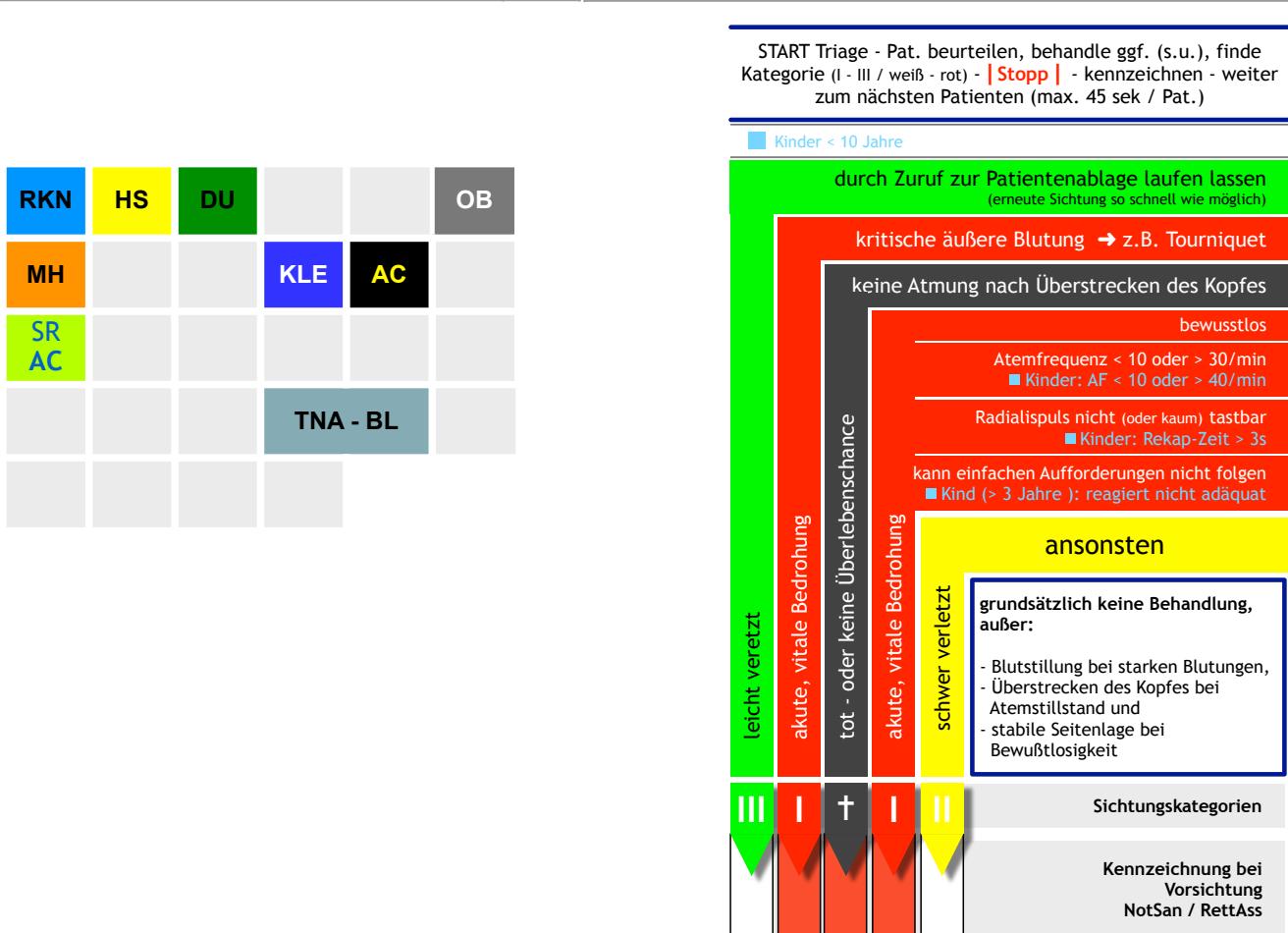
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Zellerhoff	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / BB / SB / CL / JW / MT / BaB / NS / MzN / FB / TNA - BL / PK / KM	01.01.2025	ungültig	103	
				von 172	

Vorsichtung nach mSTARe durch RettAss und NotSan	gültig für	RKN	HS	DU	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL					



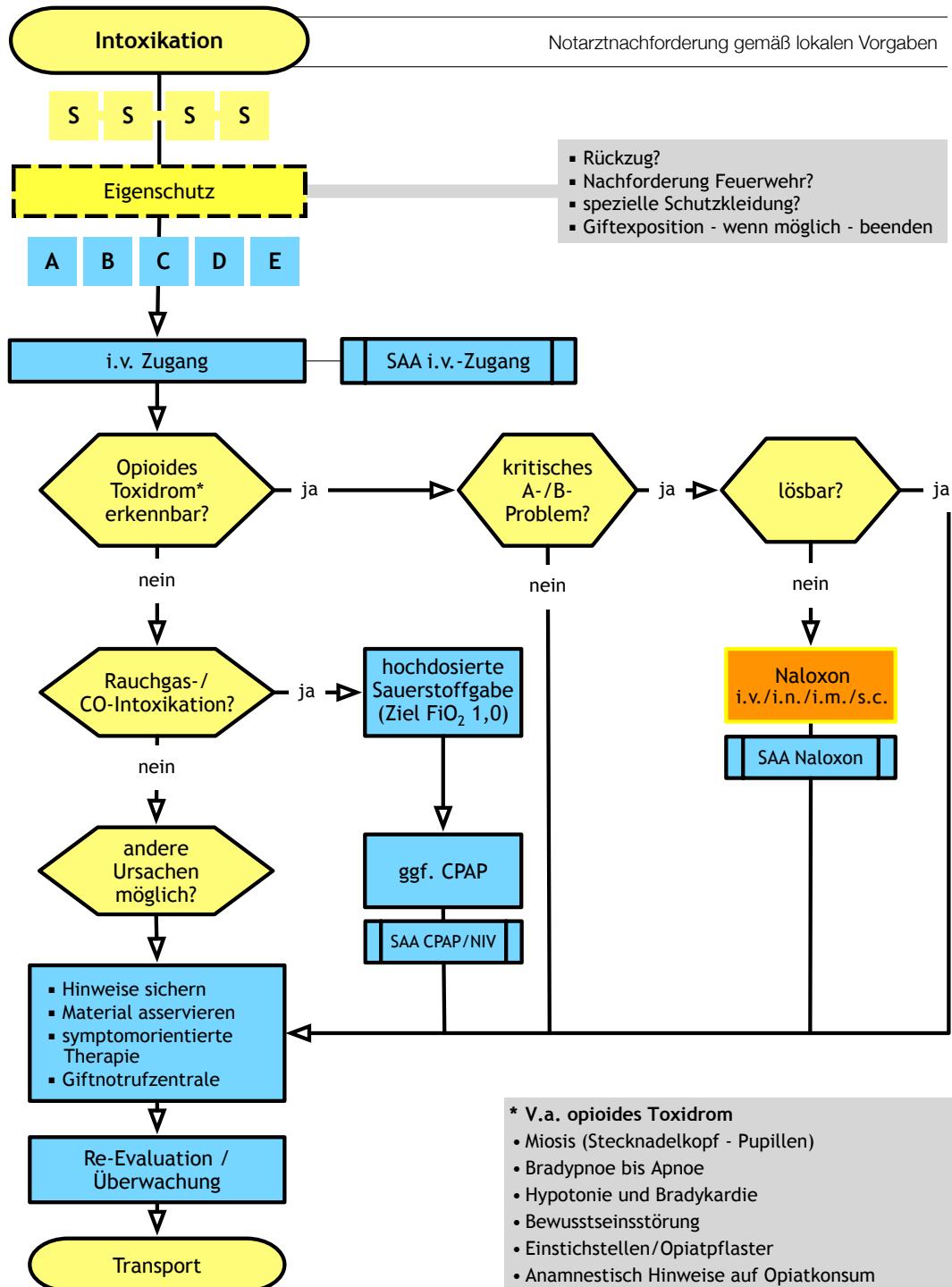
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / BB / SB / CL / JW / MT / BaB / NS / MzN / FB / TNA - BL / PK / KM	01.01.2025	ungültig	104	
				von 172	

Merkhilfe Vorsichtung nach mSTaRT					gültig für	i
--------------------------------------	--	--	--	--	---------------	----------



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw IdF / Grömer	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	105	
				von 172	

Intoxikation	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK			HA	HAM



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	106
				von 172

Intoxikation	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK	HA		HA	HAM

Naloxon i.v.

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:

fraktionierte Gabe in 0,1 mg Schritten bis Schutzreflexe / suffiziente Spontanatmung wieder vorhanden ist

RKN	NotSan	HS	NotSan	DU	Notarzt	KR	NotSan*	VIE	NotSan**	OB	NotSan
MH	NotSan ►	MG	NotSan	DN	NotSan	KLE	Notarzt	AC	NotSan ★	EU	NotSan
SR AC	NotSan	BO	NotSan	HER	TNA / NA	BOT	NotSan	E	RettAss	UN	NotSan
REK	NotSan	DO	NotSan	GL	NotSan ★	TNA - Bergisches Land			NotSan	GE	TNA / NA
HSK	NotSan ★			HA	NotSan	HAM	NotSan ★				

*KR: vorabdelegiert nach erfolgreich abgeschlossener Zusatzzertifizierung
**VIE: ausschließlich bei Erwachsenen

Nyxoid 1,8 mg Nasenspray

Erwachsene und Kinder > 14 Jahre:

bis Schutzreflexe / suffiziente Spontanatmung wieder vorhanden ist

	HS	►	DU			VIE		
MH	MG	NotSan			KLE			EU
			HER	► RettAss		E		
					HAM			

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	107	
				von 172	

Kohlenstoffmonoxid	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	CL	TNA-BL	GE	HSK		HA	HAM	

Kohlenstoffmonoxid (gebräuchlich Kohlenmonoxid) ist eine chemische Verbindung aus Kohlenstoff und Sauerstoff mit der Summenformel CO. Kohlenstoffmonoxid ist ein farb-, geruch- und geschmackloses sowie giftiges Gas. Es entsteht unter anderem bei der unvollständigen Verbrennung von kohlenstoffhaltigen Stoffen und führt beim Einatmen zu unspezifischen Vergiftungsscheinungen (Kopfschmerzen, Übelkeit, Vigilanzminderung).

Kohlenstoffmonoxid bindet etwa 250 bis 325-mal stärker an den roten Blutfarbstoff Hämoglobin und unterbindet so den Sauerstofftransport. Die Eliminationshalbwertszeit des Kohlenstoffmonoxids aus dem Blut beträgt 2 bis 6,5 Stunden, abhängig von der aufgenommenen Menge an Kohlenstoffmonoxid und der Ventilationsrate des betroffenen Menschen.

Die Kohlenstoffmonoxidintoxikation ist eine häufige Art einer Rauchgasvergiftung und kann innerhalb kurzer Zeit zum Tod durch Ersticken führen.

Symptome einer leichten Vergiftung sind Kopfschmerzen, Schwindel und grippeähnliche Symptome. Höhere Dosen wirken signifikant toxisch auf das Zentralnervensystem und das Herz. Kohlenstoffmonoxid gilt als Ursache für mehr als die Hälfte aller tödlichen Vergiftungen weltweit.

In den Vereinigten Staaten starben laut einer Studie zwischen 1979 und 1988 über 56.000 Menschen an einer Kohlenstoffmonoxidvergiftung, wobei in mehr als 25.000 Fällen die Vergiftung in Selbstmordabsicht erfolgte. Über 15.000 Fälle standen in Zusammenhang mit Bränden, und in mehr als 11.000 Fällen handelte es sich um unbeabsichtigte, nicht mit Bränden zusammenhängende Todesfälle.

In Deutschland gibt es seit dem 1. August 1990 eine Meldepflicht für Kohlenstoffmonoxidvergiftungen. Von diesem Stichtag bis zum 31. Dezember 2008 wurden dem Bundesinstitut für Risikobewertung über 57.000 ärztliche Mitteilungen zu Vergiftungen oder Verdachtsfällen gemeldet, also etwa 3000 pro Jahr.

Der prozentuale Anteil des im Blut mit Kohlenstoffmonoxid belegten Hämoglobins wird auch als COHb abgekürzt (Kohlenstoffmonoxid-Hämoglobin).

Etwa 85 % des eingeatmeten Kohlenstoffmonoxids sind im Blut gebunden, die restlichen 15 % sind im Myoglobin als kirschrotes Carboxymyoglobin gebunden. Rote Schleimhäute oder kirschrote Totenflecken sind aber keine spezifischen Zeichen und können fehlen.

Die individuelle Kohlenstoffmonoxidtoleranz wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, wie die ausgeführte Tätigkeit, die Atemfrequenz, Vorschädigungen oder Erkrankungen. Besonderes Augenmerk ist auf die Behandlung von Kindern, Schwangeren und kardiovaskulären Risikopatienten zu legen.

Bereits Werte von 2 – 5 % COHb können zu ersten Symptomen führen. Bei COHb-Werten von unter 20 % treten Müdigkeit, Kopfschmerzen, Herzrasen und Sehstörungen auf. Im Bereich von 20 bis 30 % sind Symptome wie Benommenheit, Schwindel und Muskelschwäche bekannt. Im Bereich von 30 bis 50 % COHb treten Übelkeit, Erbrechen, Konzentrationsstörungen, Ohrensausen, Bewusstseinsverlust und Kreislaufkollaps auf. Ab einem COHb-Wert von 50 % tritt eine tiefe Bewusstlosigkeit ein, begleitet von Krämpfen und Atemstörungen. Es herrscht dann akute Lebensgefahr. Der Tod tritt bei COHb-Werten von 60 bis 70 % ein.

Durch die Bindung des Kohlenstoffmonoxids an Hämoglobin werden konventionelle Pulsoxymeter getäuscht und geben fälschlich hohe Sauerstoffsättigungsrationen an. Mit neueren 7-Wellenlängen-Pulsoxymetern kann jedoch auch der CO-sättigte Anteil des Hämoglobins detektiert werden. Dennoch ist die Messung von vielen Faktoren abhängig und kann falsch positive und falsch negative Ergebnisse liefern. Die Messung des COHb an der Einsatzstelle mittels Pulsoxymetrie dient dem Screening. Im Zweifel sollte eine erneute Evaluation in der Klinik angestrebt werden.

Das Prinzip der kausalen Therapie einer CO-Vergiftung beruht auf einer möglichst raschen Unterbrechung der Giftzufuhr (Lüftungsmaßnahmen, technische Rettung) und der Elimination der Noxe aus dem Körper. Die Gabe von reinem Sauerstoff führt zu einer Verdrängung und beschleunigten Abatmung des CO. Durch den Einsatz von unterstützenden Atemhilfen (CPAP), invasiver Beatmung, oder erhöhten Umgebungsdruckverhältnissen (hyperbare Oxygenierung) wird die Elimination weiter beschleunigt.

Neben der Behandlung des Patienten, ist der Eigenschutz des eingesetzten Personals und die Identifikation der Ursache wichtig. Durch den Einsatz von CO-Warngeräten können gefährliche Einsatzsituationen frühzeitig erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Zellerhoff	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	108	
				von 172	

Kohlenstoffmonoxid	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK		HA	HAM	

Einsatztaktisch ist zwischen Situationen, in denen eine Patientenversorgung ohne Eigengefährdung möglich ist, von solchen in denen die Einsatzstelle nur mit Atemschutz betreten werden darf, zu unterscheiden.

In jedem Fall ist bei dem Verdacht auf CO die Feuerwehr nachzualarmieren.

Nach den Empfehlungen Giftinformationszentrale Nord in Zusammenarbeit mit der Universität Göttingen sollen die CO-Warngeräte im Rettungsdienst mit mindestens zwei Alarmgrenzen ausgerüstet sein. Der erste Alarm (Warnschwelle) zeigt dem Rettungsdienst das Vorhandensein von CO an, ohne dass aktuell eine relevante Eigengefährdung vorliegt. Die Patientenversorgung kann fortgesetzt werden.

Der 2. Alarm (Rückzugschwelle) zeigt eine Konzentration an, bei der ohne Atemschutz eine Gesundheitsgefährdung auftreten kann. Im Sinne des Eigenschutzes muss sich der Rettungsdienst unmittelbar aus der Einsatzstelle zurückziehen.

Sollte es ohne Zeitverzug möglich sein den Patienten zu retten, so ist dies anzustreben, ansonsten wird der Patient durch die Feuerwehr gerettet und erst dann vom Rettungsdienst versorgt.

Neben der Versorgung der CO-Intoxikation ist stets an das mögliche Vorhandensein von weiteren Noxen zu denken. Gerade bei Wohnungsbränden treten eine Vielzahl von Rauchgasen auf. In enger Abstimmung mit der Feuerwehr ist zu erwägen, ob eine weiterführende Behandlung (z.B. Cyanid-Intoxikation) notwendig ist.

Die Exposition von Rettungsdienstpersonal mit CO soll erfasst und dokumentiert werden. Gerade bei hohen CO-Konzentrationen (über 200 ppm) kann eine Intoxikation nicht ausgeschlossen werden.

Konzentration	klinisch - toxikologische Risikobewertung
30 ppm (Arbeitsplatzgrenzwert)	Es besteht keine Gefährdung des ungeschützten Rettungspersonals
60 ppm (Kurzzeitgrenzwert)	Es besteht keine Gefährdung des ungeschützten Rettungspersonals bei kurzzeitiger Exposition (< 1 Stunde)
200 ppm	Nach 30 Minuten Exposition sind leichte Vergiftungssymptome möglich
500 ppm (Messbereichsgrenze vieler CO-Warngeräte)	Nach 10 Minuten Exposition sind leichte, nach 30 Minuten mittelschwere Vergiftungssymptome möglich
1000 ppm	Nach wenigen Minuten sind mittelschwere Vergiftungssymptome, potenziell tödlich nach Stunden
3000 ppm	Nach wenigen Minuten sind schwere Vergiftungssymptome möglich, potenziell tödlich nach 30 Minuten
10.000 ppm	Potenziell tödlich innerhalb weniger Minuten

aus: Hinweise und Empfehlungen zur Handhabung von Kohlenstoffmonoxidwarngeräten im Rettungsdienst / Giftinformationszentrum-Nord (GIZ-Nord) und Universitätsmedizin Göttingen

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Zellerhoff	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	109	
				von 172	

Kohlenstoff-monoxid	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	GL	TNA-BL	GE	HSK		HA	HAM	

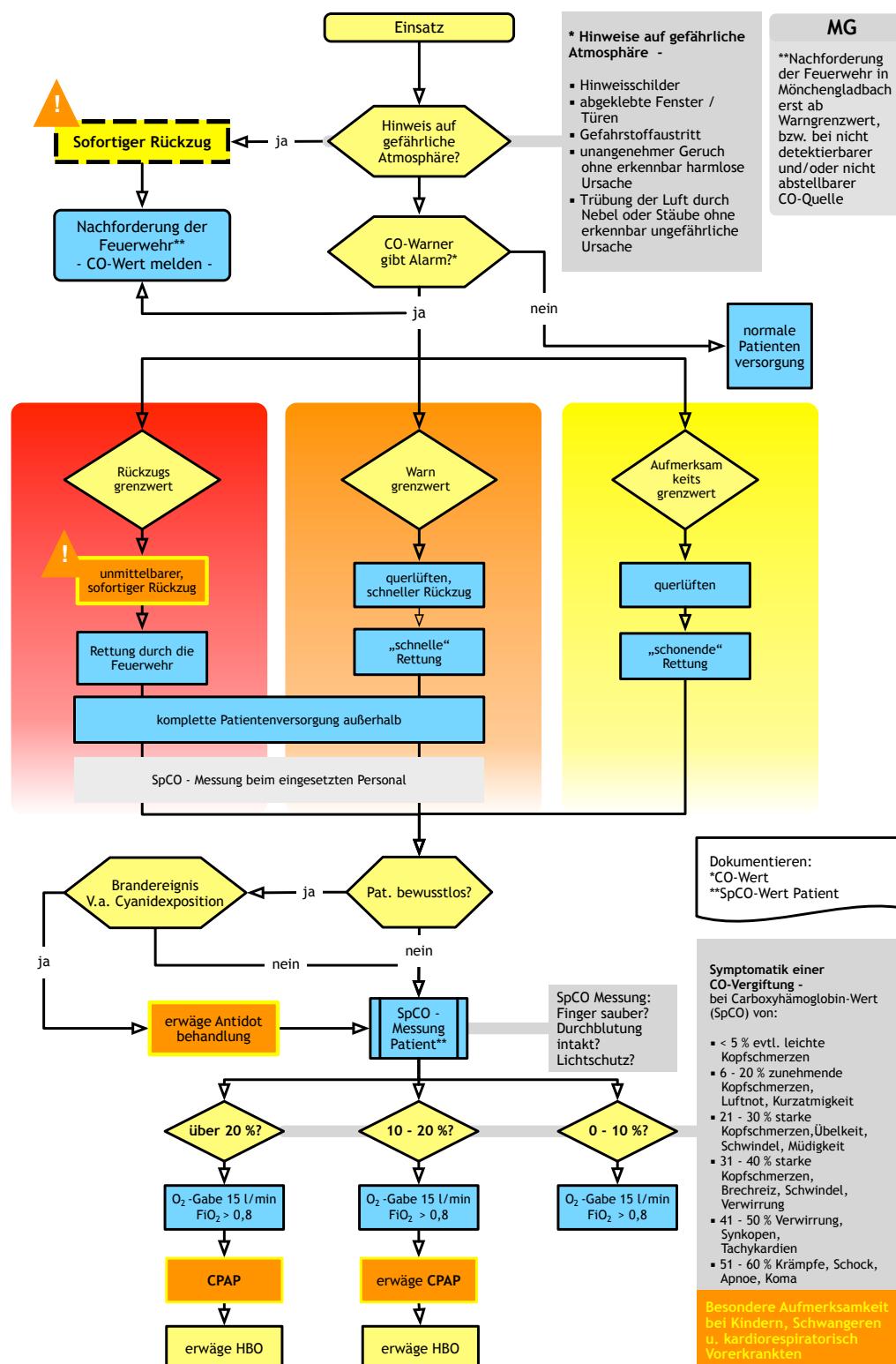
CO-Konz.	empfohlenes Verhalten im Rettungsdiensteinsatz
Aufmerksamkeitsschwelle	
> 20 ppm	<p>Achtung: CO vorhanden!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fenster / Türen öffnen - Einsatztätigkeit ohne Unterbrechung durchführen → schonende Rettung - CO-Quelle identifizieren und weitere Freisetzung unterbinden, falls das ohne Eigengefährdung möglich ist - wenn die Quelle nicht zu ermitteln, bzw. abzustellen ist, Fachkräfte (je nach Lage z.B. Feuerwehr, Störungsdienst, Schornsteinfeger) informieren
Gefährdungsschwelle	
> 60 ppm	<p>Achtung: CO in erhöhter Konzentration vorhanden!</p> <ul style="list-style-type: none"> - zuerst Maßnahmen zur Belüftung des Raums ergreifen! - wenn effektive Belüftung nicht möglich ist, Patient aus dem Gefahrenbereich bringen (dabei Aufenthaltsdauer im Gefahrenbereich minimieren, Richtwert: unter 15 min) → schnelle Rettung unter Beachtung des Eigenschutzes - erst danach medizinische Versorgung durchführen - Feuerwehr alarmieren (falls noch nicht initial geschehen)
Rückzugsschwelle	
> 200 ppm	<p>Achtung: CO in gefährlicher Konzentration vorhanden!</p> <ul style="list-style-type: none"> - Feuerwehr alarmieren (falls noch nicht initial geschehen) - Betroffenen Bereich räumen und für Absenken der CO-Konzentration sorgen (z.B. großzügiges Querlüften) → sofortige Rettung unter Beachtung des Eigenschutzes - weitere Maßnahmen danach unter umluftunabhängigem Atemschutz bzw. geeignetem CO-Filtergerät durchführen - Messwertanzeige des CO-Warngeräts laufend beobachten und Lage ständig neu bewerten
> 500 ppm	<p>Achtung: akute Gefährdung durch CO!</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle Maßnahmen nur unter umluftunabhängigem Atemschutz durchführen

Quelle: DGUV / Fachbereich Feuerwehren Hilfeleistungen Brandschutz
 Einsatz von Kohlenmonoxidwarngeräten bei Feuerwehren und Hilfeleistungsorganisationen
 Stand: 29.04.2024

vgl. neue S2k - Leitlinie CO (AWMF Registernummer 040 - 012: Diagnostik und Therapie der Kohlenmonoxidvergiftung 11 / 2021)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Zellerhoff	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	110	
				von 172	

Kohlenstoff-monoxid	gültig für	RKN	HS	DU	KR	VIE	OB	MH	MG	DN	KLE	AC	EU	SR AC	BO
		HER	BOT	E	UN	REK	DO	CL	TNA-BL	GE	HSK	HA		HAM	

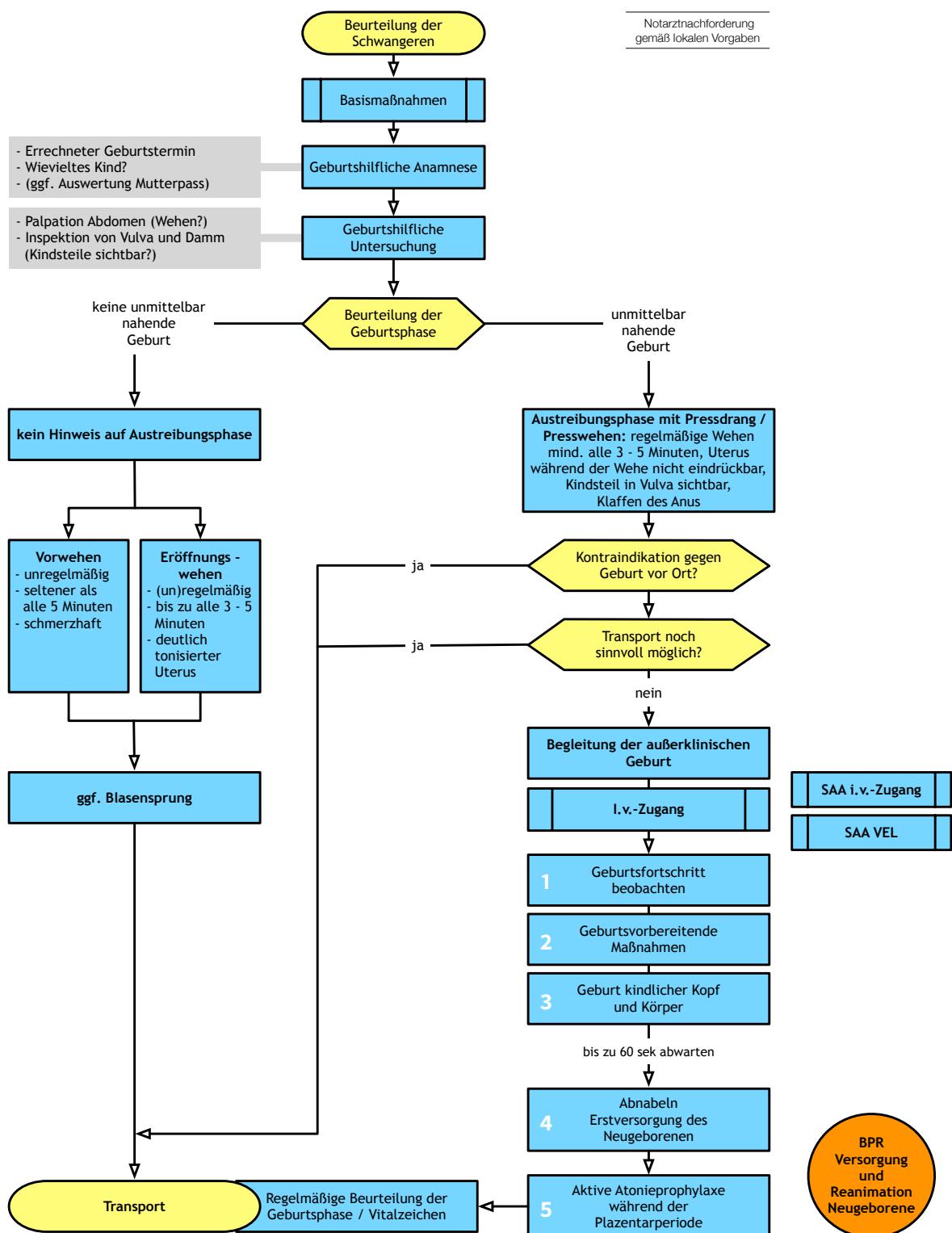


Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / Mzn / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	111	
				von 172	

**Geburtsbegleitung
(ungeplant, außerklinisch)**

gültig
für

alle



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	112	
				von 172	

Geburtsbegleitung (ungeplant, außerklinisch)	gültig für	alle
---	---------------	------

Erläuterungen

keine unmittelbar nahende Geburt

- ein vorzeitiger Blasensprung stellt **kein sicheres** Zeichen der unmittelbar nahenden Geburt dar

Transport der nicht-entbundenen Schwangeren

- Liegendtransport sinnvoll (Studienlage zur Prävention eines Nabelschnurvorfalls durch durchgängiges Liegen der Kreißenden uneinheitlich)
- (Links-) Seitenlagerung
- regelmäßige Prüfung auf Zeichen der Austreibungsphase

Kontraindikation für eine Geburt vor Ort

- vaginale Geburt nicht möglich
 - u.a. Querlage, Placenta praevia, Missverhältnis Kopf / Becken
- außerklinisch nicht beherrschbare Komplikationen
 - u.a. vital bedrohliche Blutung, Vorfall fetaler Extremitäten, Uterusruptur

Begleitung der außerklinischen Geburt (wenn möglich unter Hinzuziehung einer Hebamme)

1. Geburtsfortschritt beobachten

- keine vaginale Untersuchung ("die Notfallgeburt wird gesehen und nicht getastet")

2. geburtsvorbereitende Maßnahmen

- Umfeldbedingungen optimieren (Wärme, Licht, Intimität, Ruhe, Beruhigung)
- Lagerung: Steinschnittlage ("Platz für die Geburt schaffen") - Gesäß unterpolstern
- (warme) Tücher bereitlegen (z.B. Verbandtücher)
- Abnabelungsbesteck (ggf. Material zur Neugeborenenversorgung inkl. Reanimation) bereitlegen
- i.v.-Zugang legen

3. Geburt kindlicher Kopf und Körper

- Dammschutz (= Kopfbremse)
- Entwicklung des Kindes
 - a) Unterstützung der Wehentätigkeit der Mutter durch Pressen (aktive Anleitung)
 - b) seitliches Fassen des Kopfes mit je einer flachen Hand und Senken des Kopfes parallel zur Vulva nach dorsal (ohne Zug) → Entwicklung der vorderen Schulter unter der Symphyse
 - c) Heben des Kopfes parallel zur Vulva nach ventral → Entwicklung der hinteren Schulter, Körper folgt nach
 - d) kein Zug an Kindsteilen, kein Dammschnitt

4. Abnabeln

- Abwarten einer Minute nach Geburt
- 15 - 20 cm vom Nabel entfernt

5. Aktive Leitung der Plazentarperiode

- Säugling anlegen (Auslösen Uterus-Kontraktion)
- regelmäßige Prüfung des uterinen Kontraktionszustandes (abdominelle Palpation der Fundushöhe)
- regelmäßige Prüfung auf Blutung
- bei uteriner Atonie (Blutung): transabdominales Halten und Anreiben der Gebärmutter, Harnblase entleeren
- Geburt der Plazenta nicht vor Ort abwarten
- Oxytocin (3 - 5 I.E. i.v.) durch Notarzt

Dokumentation

- Zeitpunkt, Ort, Umstände der Entbindung (ggf. Plazentageburt), Neugeborenenversorgung

Transport nach Entbindung

- regelmäßige Prüfung auf Blutung und der Uterus-Kontraktion (abdominale Palpation)
- Plazenta sichern (falls prähospital geboren)

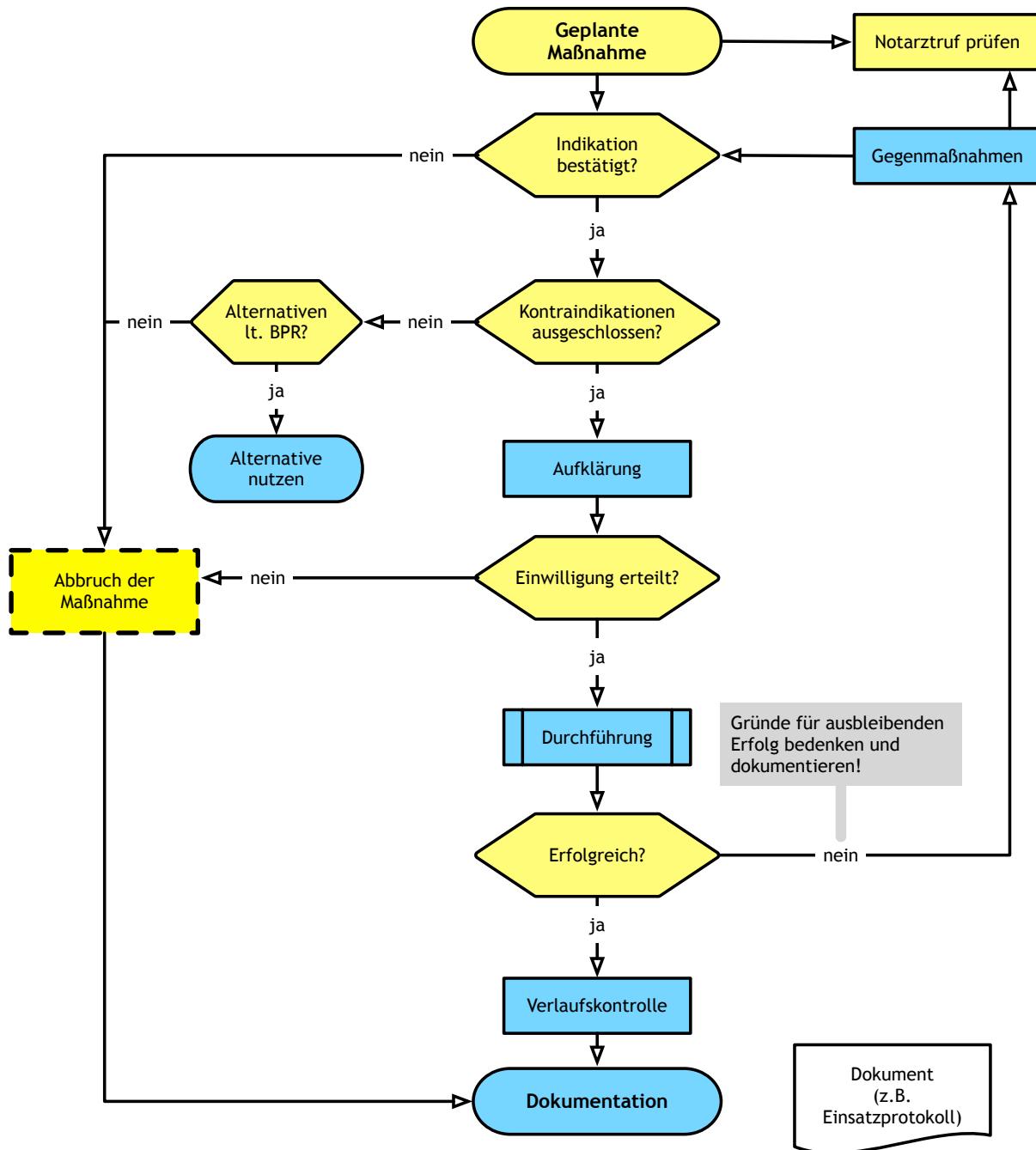
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L - AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	113	
				von 172	

Kapitel 4	gültig für	alle
------------------	---------------	-------------

4

Standard- arbeits- anweisungen

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	114	
				von 172	



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	115	
				von 172	

SAA invasive Maßnahme Intravenöser Zugang – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- Infusion erforderlich (medizinische Indikation)
- (zu erwartende) Medikamentengabe i.v. erforderlich

Notarztruf

 gemäß lokalem
 NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Infektion an der Punktionsstelle
- Dialyse-Shunt / Z. n. axillärer Lymphknotenentfernung
- paretische Extremität
- verletzte oder (vor-)geschädigte Extremität

Alternativen:

- intranasal, buccal, sublingual, rektal, oral
- intramuskulär
- intraossärer Zugang
- Verzicht auf Maßnahme bis zum Eintreffen Notarzt

Aufklärung / Risiken:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- Nichtgelingen / Fehllage / Hämatom / Entzündung
- akzidentelle Nerven- / Arterienverletzung

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- geeignete Punktionsstelle suchen (von peripher nach zentral), Ellenbeuge möglichst vermeiden
- Reinigung und Desinfektion der Punktionsstelle
- Venenstau
- erneute Hautdesinfektion
- Punktion der Vene
- Blut in Kammer des Mandrins → Zurückziehen des Mandrins
- Vorschieben der Kunststoffkanüle
- Aufheben des Venenstaus
- Entfernen des Stahlmandrins
- Anschließen der Infusion / Probeinjektion
- sichere Fixierung

Erfolgsprüfung:

- ggf. Rücklaufprobe
- frei fließende Infusion
- ggf. Probeinjektion von NaCl oder Aqua ad inj.
- keine Schwellung proximal der Punktionsstelle

Gegenmaßnahmen:

- Kanüle nicht nutzen, ggf. entfernen
- ggf. Druckverband
- Pflaster

Verlaufskontrolle:

- frei fließende Infusion
- pharmakologischer Effekt verabreichter Medikamente
- keine Schwellung

RKN · RS ★	HS · RS ★	DU · RS	KR · RS ★	VIE · RS	OB · RS
MH · RS	MG · RS ★	DN · RS	KLE · NotSan ★	AC · RS ★	EU · RS ★
SR AC · RettAss ★	BO · RS	HER · RS	BOT · RS ★	E · RS	UN · RS ★
REK · RS ★	DO · RS ★	GL · RS	TNA - Bergisches Land · RettAss ★	GE · RS	
HSK · RS ★	D · RettAss ★	HA ·	HAM · RettAss ★		* KR und DO: RS ausschließlich bei Reanimationen

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	116 von 172

<p>SAA invasive Maßnahme i.o.-Zugang - EZ-IO® / Cook® / BIG®</p> <p>– ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023</p> <p>Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025</p>	<p>gültig für</p>	<p>alle</p>
---	-----------------------	--------------------

Indikationen / Symptome:

- Herz-Kreislauf-Stillstand
- lebensbedrohliche Situation mit zwingender Indikation für parenteralen Zugang **und** Unmöglichkeit eines peripheren i.v.-Zugangs

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Fraktur der entsprechenden Tibia
- vorheriger Punktionsversuch am selben Knochen
- Infektion, Endoprothese oder Implantat an der Punktionsstelle
- massive Weichteilschäden an der Punktionsstelle

Alternativen:

- Verzicht auf Maßnahme bis zum Eintreffen Notarzt

Aufklärung / Risiken:

- Nichtgelingen / Fehllage / Hämatom / Entzündung
- Gefäß- / Nervenverletzung
- Weichteilschäden

Einwilligung:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

Punktionsort: proximale Tibia medial der Tuberossitas tibiae

- geeignete Nadel wählen
- Punktionsort ausreichend reinigen und desinfizieren, ggf. rasieren
- Verlängerungsschlauch und Dreiwegehahn mit kristalloider Lösung füllen
- Nadel aus Verpackung entnehmen
- Durchstechen der Haut senkrecht zur Knochenoberfläche bis Knochenkontakt spürbar
- Einbohren (EZ-IO®; Cook®) der Nadel bis Widerstandsverlust; Platzieren der BIG®; Herstellerangaben beachten
- Nadel fixieren und Trokar entfernen
- Aspiration von Blut bzw. Knochenmark
- Anschließen einer Verlängerung,
- keine Lidocaingabe durch NotSan
- Spülen mit ca. 10 ml kristalloider Lösung und Infusion anschließen
- Nadel sicher fixieren

Erfolgsprüfung:

- sicher platzierte und fest sitzende Nadel / keine Schwellung an der Punktionsstelle
- Aspiration von Blut bzw. Knochenmark, Blut in der Trokarspritze
- nach Bolusgabe leichtgängiges Injizieren der Lösung
- gewünschte pharmakologische Wirkung verabreichter Medikamente

Gegenmaßnahmen:

- Abbruch bei Komplikationen / Kanüle entfernen
- ggf. Druckverband

Verlaufskontrolle:

- frei fließende Infusion / keine Schwellung
- pharmakologischer Effekt verabreichter Medikamente

Anmerkungen:

- je nach Fabrikat Herstellerangaben beachten

RKN · NotSan	HS · RettAss	DU · NotSan	KR · RettAss	VIE · NotSan	OB · NotSan
MH · RettAss	MG · NotSan	DN · RettAss	KLE · NotSan ★	AC · RS	EU · RettAss
SR AC · NotSan	BO · NotSan	HER · NotSan	BOT · NotSan	E · RettAss	UN · RettAss
REK · NotSan	DO · NotSan	GL · NotSan	TNA - Bergisches Land · NotSan		
HSK · NotSan	D · NotSan	HA ·	HAM · NotSan		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / Bab / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	117 von 172

SAA invasive Maßnahme Extralglottischer Atemweg – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- Herz-Kreislauf-Stillstand
- Ateminsuffizienz mit Bewusstlosigkeit und fehlenden Schutzreflexen

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- erhaltene Schutzreflexe
- komplette Verlegung der oberen Atemwege

Alternativen:

- Beutel-Masken-Beatmung, ggf. mit Guedel- oder Wendl-Tubus
- anderes extralglottisches Atemwegssicherungsverfahren (sofern vorhanden)

Aufklärung / Risiken:

- Nichtgelingen
- Fehllage / Dislokation
- Magendilatation / Aspiration
- Weichteilschäden / Weichteilschwellungen

Einwilligung:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- SAA Extralglottischer Atemweg – LTS-D (Larynxtubus mit Drainagekanal)
- SAA Extralglottischer Atemweg – LMA-D (Larynxmaske mit Drainagekanal 2. Generation)
- SAA Extralglottischer Atemweg – i-gel®

Erfolgsprüfung:

- SAA Extralglottischer Atemweg – LTS-D (Larynxtubus mit Drainagekanal)
- SAA Extralglottischer Atemweg – LMA-D (Larynxmaske mit Drainagekanal 2. Generation)
- SAA Extralglottischer Atemweg – i-gel®

Gegenmaßnahmen:

- SAA Extralglottischer Atemweg – LTS-D (Larynxtubus mit Drainagekanal)
- SAA Extralglottischer Atemweg – LMA-D (Larynxmaske mit Drainagekanal 2. Generation)
- SAA Extralglottischer Atemweg – i-gel®

Verlaufskontrolle:

- Beatmung
- Kapnometrie / Kapnographie
- SpO₂

Anmerkungen:

- je nach Fabrikat Herstellerangaben beachten
- Altersbegrenzung zur Anwendung durch Notfallsanitäter:
Larynxtubus (LTS-D) für Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder nicht empfohlen

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	118 von 172

SAA invasive Maßnahme Extralglottischer Atemweg - LTS-D® – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
---	---------------	-------------

Durchführung:

- Auswahl der richtigen Tubusgröße (siehe Tabelle unten)
- Ventilöffner entfernen, Sicht- und Funktionskontrolle (Cuffs prüfen)
- Vorbereitung: Cuffs entlüften, ggfs. Tubus gleitfähig machen
- Kopf in Neutralposition, Mund möglichst weit öffnen, ggf. Erbrochenes / Fremdkörper entfernen
- Kinn anheben, Tubus vorsichtig mittig am harten Gaumen entlang einführen
- Zunge darf dabei nicht nach hinten fallen, ggf. Daumen und Zeigefinger als „Schienung“ nutzen
- Vorschieben bis zur oberen Zahnmarkierung oder bis Widerstand spürbar
- Blocken der Cuffs mittels farbcodierter Spritze, Cuffdruckmessung, Cuffdruck maximal 60 cm H₂O
- Anschluss des Beatmungsbeutels, beatmen
- Magensonde in Drainagekanal einführen (max. Größe 18 Fr)
- Lagekontrolle: siehe Erfolgsprüfung, ggf. Korrektur, Neupositionierung erforderlich
- Fixierung des Tubus nach Standard
- Beatmungsdruck < 25 mbar

Erfolgsprüfung:

- sichtbare, atemzugsynchrone Thoraxbewegungen
- Kapnometrie, Kapnographie
- Auskultation der Lungen
- keine (geringe) Atemnebengeräusche im Rachen
- lässt sich die Magensonde nicht vorschieben, weist dies auf Fehllage oder Abknickung der Tubusspitze hin

Gegenmaßnahmen:

- Prüfung der Einfürtiefe (Zahnmarkierung)
- ggf. innerhalb der drei Zahnmarkierungen zurückziehen
- ggf. Tubus neu platzieren
- Magensonde entfernen
- Cuff komplett entlüften
- Lagerung des Kopfes, Kinn anheben
- Wechsel der Tubusgröße
- Entfernen des Tubus, Beutel-Masken-Beatmung
- endotracheale Intubation: Ultima ratio, wenn beherrscht oder durch Notarzt

Farbcodes LTS-D / Größen Erwachsene

< 155 cm	3	gelb
155 - 180 cm	4	rot
> 180 cm	5	lila

		DU · RS	KR · RS	OB · RettAss
MH · RS	MG · RS	DN · RS		
SR AC · RS	BO · RS	HER · RS		
REK · RS	DO · RS		TNA - Bergisches Land · RS*	GE · RS
D · RettAss		HA ·	HAM · RettAss ★	*ME > 30kg KG

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	119 von 172

SAA invasive Maßnahme Larynxmaske mit Drainagekanal (2. Generation) – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Durchführung:

- Auswahl der richtigen Größe (größtmögliche Maskengröße wählen)
- Sicht- und Funktionskontrolle (Cuff prüfen)
- Cuff komplett faltenfrei entlüften, gleitfähig machen (Cuffspitze)
- Kopf in Neutralposition (oder leichte Schnüffelposition), Mund möglichst weit öffnen
- ggf. Erbrochenes / Fremdkörper entfernen
- Larynxmaske vorsichtig mittig am harten Gaumen entlang einführen, hinter der Zunge der Gaumenwölbung folgen, ggf. Daumen und Zeigefinger als "Schienung" nutzen
- freie Hand kann zur Unterstützung unter dem Kopf des Patienten platziert werden
- Vorschieben der Maske bis deutlicher Widerstand spürbar
- Verifizieren der Lage
- Blocken des Cuffs, maximales Cuffvolumen darf nicht überschritten werden
- Cuffdruckmessung, maximaler Cuffdruck 60 cm H₂O
- Anschluss des Beatmungsbeutels, beatmen
- Magensonde (OG-Tubus) in Drainagesystem einführen (maximale Größe beachten)
- Lagekontrolle: siehe Erfolgsprüfung
- ggf. Korrektur, Neupositionierung erforderlich
- ggf. Fixierung mittels Pflasterstreifen (Fixierlasche bei LMA Supreme®)
- Beatmungsdruck < 25 mbar

Erfolgsprüfung:

- sichtbare, atemzugsynchrone Thoraxbewegungen Kapnometrie, Kapnographie
- Auskultation der Lungen
- keine (geringe) Atemnebengeräusche im Rachen
- Drainagekanal mit einem Tropfen Gel verschließen:
 - "Bubble Test"
 - "Suprasternal Notch Test"
- Magensonde lässt sich problemlos einführen
- LMA Supreme®:
 - Abstand Fixierlasche zur Oberlippe > 2,5 cm → LMA zu groß gewählt
 - Abstand Fixierlasche zur Oberlippe < 1,0 cm → LMA zu klein gewählt
- Ambu AuraGain®: Zahnmarkierungen

Gegenmaßnahmen (z.B.):

- Prüfung der Einfürtiefe (siehe Erfolgsprüfung)
- ggf. Lagekorrektur oder Neuplatzierung (Magensonde entfernen, Cuff entleeren, Larynxmaske neu platzieren)
- Lagerung des Kopfes
- Larynxmaske anderer Größe nutzen
- Entfernen der Larynxmaske, Beutel-Masken-Beatmung
- anderes Mittel zur extraglottischen Atemwegssicherung
- endotracheale Intubation: Ultima ratio, wenn beherrscht oder durch Notarzt

LMA Supreme™

Größe der Maske	Größe des Patienten	max. Cuffvolumen
1	Neugeborene/Säuglinge bis 5 kg	5 ml
1,5	Kleinkinder 5 – 10 kg	8 ml
2	Kleinkinder 10 – 20 kg	12 ml
2,5	Kinder 20 – 30 kg	20 ml
3	Kinder 30 – 50 kg	30 ml
4	Erwachsene 50 – 70 kg	45 ml
5	Erwachsene 70 – 100 kg	45 ml

Ambu® AuraGain™

Maskengröße	Patientengewicht	max. Cuffvolumen	max. Cuffinnendruck
# 1	< 5 kg	4 ml	
# 1,5	5 – 10 kg	7 ml	
# 2	10 – 20 kg	10 ml	
# 2,5	20 – 30 kg	14 ml	
# 3	30 – 50 kg	20 ml	
# 4	50 – 70 kg	30 ml	
# 5	70 – 100 kg	40 ml	
# 6	> 100 kg	50 ml	60 cm H ₂ O

DU · Notarzt	KR · ▶	OB · RS
DN · RS	KLE ·	AC · RS
BO · TNA / NA	BOT ·	E · RS
REK · NotSan	GL · RS	TNA - Bergisches Land · RS*
D · Notarzt	HA ·	GE · RS

*ME < 30 kg KG

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	120 von 172

SAA invasive Maßnahme Extralglottischer Atemweg - i-gel® – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
---	---------------	-------------

Durchführung:

- Auswahl der richtigen Größe (siehe Abbildung unten)
- Sicht- und Funktionskontrolle
- mit wasserbasiertem Gleitmittel gleitfähig machen
- Kopf leicht überstrecken, Kinn sanft herunterdrücken
- ggf. Erbrochenes / Fremdkörper entfernen
- zum Einführen keine Finger in den Mund des Patienten mit kontinuierlichem, sanften Druck am harten Gaumen entlang einführen, falls erforderlich mit „tiefer Rotation“ Vorschieben bis Widerstand spürbar
- beatmen
- Lagekontrolle: siehe Erfolgsprüfung
- ggf. Korrektur mit Esmarch-Handgriff
- Fixierung mit Pflasterstreifen
- Beatmungsdruck \leq 40 mbar
- Eingang des gastrischen Absaugkanals mit etwas Gleitmittel versehen, Magensonde einführen und absaugen; dauerhaften Sog vermeiden

Erfolgsprüfung:

- sichtbare, atemzugsynchrone Thoraxbewegungen
- Kapnometrie, Kapnographie
- Auskultation der Lungen
- keine (geringe) Atemnebengeräusche im Rachen

Gegenmaßnahmen (z.B.):

- Prüfung der Einfürtiefe (Schneidezähne ruhen auf Beißkeil- Markierung)
- ggf. Lagekorrektur oder Neuplatzierung
- Lagerung des Kopfes
- Wechsel der Größe (cave: i-gel®-Cuff erscheint kleiner als Cuff von traditionellem EGA mit gleicher Größenzuordnung)
- Entfernen der i-gel®-Maske, Beutel-Masken-Beatmung
- anderes Mittel zur extralglottischen Atemwegssicherung
- endotracheale Intubation: Ultima ratio, wenn beherrscht oder durch Notarzt

Farbcode i-gel®

Erwachsene groß +	5	90+ kg	Kinder groß 2,5 25-35 kg		
Erwachsene medium	4	50-90 kg	Kinder klein	2	10-25 kg
Erwachsene klein	3	30-60 kg	Babys	1,5	5-12 kg
			Neugeborene	1	2-5 kg

RKN · RS	HS · RS	DU · RS	VIE · RS	
			KLE · RettAss ★	
SR AC · NotSan		HER · RS	BOT · RS	UN · RS
			TNA - Bergisches Land · RS	

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	121 von 172

<p style="text-align: center;">SAA invasive Maßnahme Laryngoskopie / Magillzange</p> <p style="text-align: center;">– ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025</p>	<p>gültig für</p>	<p>alle</p>
--	-----------------------	--------------------

Indikationen / Symptome:

- Bolus-Suche und Entfernung bei (sub-)totaler Atemwegsverlegung / Bolusgeschehen

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- blinde Manipulation im Bereich der oberen Atemwege ohne Sicht
- Manipulation bei Gegenwehr aufgrund von Schutzreflexen (Gefahr Erbrechen / Laryngospasmus)

Alternativen:

- manuelle Entfernung sichtbarer Fremdkörper
- Entfernung nur mit Magillzange
- Fremdkörper durch Absaugung mit großlumigem Katheter entfernbare
- Fremdkörper bei ausreichender Spontanatmung belassen, wenn nicht zu bergen
- Thoraxdruck erhöhen: z. B. Valsalva, Rückenschläge, Heimlich-Manöver

Aufklärung / Risiken:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- Risiken (Bsp.): Verletzung Mund-Rachenraum
- Zahnschäden, Aspiration, Glottiskrampf, Laryngospasmus, Vagusreiz mit Bradykardie

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Maßnahme sowohl in direkter als auch indirekter (Videolaryngoskop) Laryngoskopie möglich
- Beatmungsmöglichkeiten (Beutel, Sauerstoffanschluss) und Absaugung bereithalten
- korrekte Lagerung (cave: HWS-Verletzung)
- Mund öffnen, Rachenraum inspizieren, sichtbare Fremdkörper entfernen
- Laryngoskop vom rechten Mundwinkel einführen, Zahnkontakt vermeiden
- Vorschlieben Laryngoskop, Verlagern der Zunge nach links, Vorschub unter Sicht
- sobald Kehldeckel sichtbar wird: ggf. leichter Zug (nicht hebeln), dadurch Anheben des Zungengrundes
- Inspektion des Hypopharynx und Larynx auf Fremdkörper
- Fremdkörper mit Magillzange fassen und entfernen, nochmalige Sichtkontrolle
- vorsichtiges Zurückziehen des Laryngoskops
- niemals blindes Vorschlieben / Manipulieren mit Laryngoskop / Magillzange
- Atemwegssicherung nach Zustand und Bewusstseinslage

Erfolgsprüfung:

- entfernter Fremdkörper, verbesserte Oxygenierung
- verbesserte Atemmechanik
- Rückbildung eventueller Atemnebengeräusche (z. B. Stridor)

Gegenmaßnahmen:

- Prüfung der korrekten Lagerung zur Laryngoskopie
- Absaugen von Sekreten / Blut (z. B. bei Schleimhautverletzungen)

Verlaufskontrolle:

- Überwachung der Atemtätigkeit, Prüfung auf Atemnebengeräusche
- klinisches und apparatives Monitoring, insbesondere SpO₂

RKN · NotSan	HS · RettAss	DU · NotSan	KR · RettAss	VIE · RS	OB · NotSan
MH · RettAss	MG · RettAss	DN · NotSan	KLE · NotSan ★	AC · RettAss	EU · RettAss
SR AC · NotSan	BO · RettAss	HER · NotSan	BOT · NotSan	E · RS	UN · RettAss
REK · RettAss	DO · RettAss	GL · RettAss	TNA - Bergisches Land · NotSan		GE · RettAss
HSK · RettAss	D · RettAss	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / Bab / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	122 von 172

SAA invasive Maßnahme Nichtinvasives CPAP / NIV – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- schwere respiratorische Partial- und Global-Insuffizienz
- Kohlenmonoxid-Intoxikation

Notarztruf

 gemäß lokalem
 Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bewusstloser oder unkooperativer Patient, Intoleranz der Maske
- fehlende Spontanatmung oder Schnappatmung
- Spannungspneumothorax
- Atemwegsverlegung, Erbrechen, akute gastrointestinale Blutung, Ileus
- Gesichtsverletzung mit Blutungen in den Atemwegen, Frakturen, Deformitäten
- hämodynamische Instabilität / Schock / Hypotonie mit $RR_{syst} < 90$ mmHg

Alternativen:

- hochdosierte Sauerstoffgabe (cave COPD)
- assistierte Beatmung über Beutel / Maske
- invasive Beatmung / extraglottische Atemwegssicherung

Aufklärung / Risiken:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- zwingend ausführliche Erläuterung der Maßnahme zum Abbau von Ängsten (unabdingbar für Toleranz der Maßnahme)

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll notwendig

Durchführung:

- Patienten über Durchführung der Maßnahme (Ablauf) ausführlich informieren
- Erfassung von Atemfrequenz, Herzfrequenz, Blutdruck, Sauerstoffsättigung
- Auswahl und Vorbereitung der korrekten Maskengröße
- zunächst manuelle Anpassung und Halten der Maske (bessere Toleranz)
- Einstellung von PEEP und inspiratorischer Druckunterstützung (PS) abhängig vom Krankheitsbild
- regelmäßige Kontrolle Beatmungsparameter und Alarmgrenzen
- Maske mit Haltebändern fixieren, sobald tolerabel
- Abbruchkriterien beachten

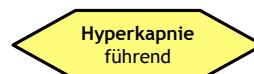
Starteinstellungen je nach Krankheitsbild:

 hochdosierte O_2 - Gabe

- F_iO_2 : 1,0
 - PEEP: 5 mbar
 - PS: 0 mbar
- initial Steigerung PEEP


 hochdosierte O_2 - Gabe

- F_iO_2 : 1,0
- PEEP: 5 mbar
- PS: 5 mbar


 angepasste O_2 - Gabe

- F_iO_2 : 0,4 - 1,0
 - PEEP: 3 mbar
 - PS: 5 mbar
- initial Steigerung PS

Grundsätzlich mit niedrigen Werten beginnen und je nach Pat.-Zustand steigern.

 PEEP: Starteinstellung → Steigerung auf 7 und 10 mbar nach SpO_2

PS: Starteinstellung → Steigerung auf 5, 8 und 12 mbar entsprechend Tidalvolumen

Erfolgsprüfung:

- Verbesserung der respiratorischen Situation / Atemarbeit / Atemmechanik
- Verbesserung der Sauerstoffsättigung

Gegenmaßnahmen:

- Maßnahme beenden und Alternativen verwenden, wenn Abbruchkriterien vorliegen

Verlaufskontrolle:

- Überwachung der Atemtätigkeit, Prüfung auf Atemnebengeräusche, Monitor: AF, TV, AMV, CO_2
- klinisches und apparatives Monitoring, insbesondere SpO_2 und $etCO_2$, soweit möglich

Abbruchkriterien:

- zunehmende respiratorische Erschöpfung
- zunehmende Kreislaufdepression
- zunehmende Bewusstseinstrübung
- Intoleranz gegenüber der Maßnahme

RKN · NotSan	HS · RettAss	DU · NotSan	KR · NotSan	VIE · NotSan	OB · NotSan
MH · NotSan	MG · NotSan	DN · NotSan	KLE · NotSan ★	AC · NotSan ★	EU · NotSan
SR AC · NotSan	BO · NotSan	HER · NotSan	BOT · NotSan	E · RettAss	UN · NotSan
REK · NotSan	DO · NotSan	GL · NotSan	TNA - Bergisches Land · NotSan		GE · NotSan
HSK · NotSan	D · NotSan	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / Bab / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	123 von 172

SAA invasive Maßnahme Tourniquet / pneumatische Blutsperre – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
---	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- lebensgefährliche Blutungen / multiple Blutungsquellen an einer Extremität
- Nichterreichbarkeit der eigentlichen Verletzung
- mehrere Verletzungen mit Blutungen
- schwere Blutung der Extremitäten bei gleichzeitigem kritischen A-, B- oder C-Problem
- Unmöglichkeit der Blutstillung durch andere Maßnahmen
- schwere Blutungen an Extremitäten bei Zeitdruck unter Gefahrensituationen

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Blutstillung mit anderen Mitteln zu erreichen
- absolute Intoleranz durch den Patienten trotz adäquater Schmerztherapie

Alternativen:

- Blutstillung durch Abdrücken, Druckverband, Hämostyptika
- Blutstillung durch manuelle Kompression der Wunde

Aufklärung / Risiken:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- Schmerzen
- Haut- / Gewebe- / Nervenschaden durch Drucknekrosen oder Gewebsischämie
- ggf. Kompartmentsyndrom / Reperfusionssyndrom
- evtl. Lungenembolie nach Öffnen des Tourniquets

Einwilligung:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Anlage ca. 5 – 10 cm proximal (körpernah) der Blutungsquelle (wenn möglich)
- nicht in Höhe Fibulaköpfchen am Unterschenkel anlegen (Gefahr direkte Schädigung d. Nervus peronaeus)
- nicht auf Kleidung anlegen (Gefahr Lockerung / Verrutschen)
- Anziehen des Knebels bis zur Blutstillung, dann Knebel fixieren
- Blutfluss muss komplett gestoppt werden, sonst venöse Stauung und damit Verstärkung der Blutung
- Uhrzeit der Anlage notieren
- limitierte Anlagedauer, Belassen bis zu 2 Stunden möglich, aber keine Öffnung im Rettungsdienst
- ggf. Analgesie bei starken Schmerzen

Erfolgsprüfung:

- Sistieren der Blutung

Gegenmaßnahmen:

- Analgesie bei starken Schmerzen
- bei Ineffektivität ggf. Anlage eines 2. Tourniquets oberhalb des ersten
- ggf. zusätzlich Versuch mit Druckverband, manueller Kompression / Hämostyptika
- bei Unmöglichkeit zeitkritischer Transport

Verlaufskontrolle:

- Erfolg der Blutstillung regelmäßig in kurzen Zeitabständen reevaluieren

Anmerkungen:

- bei Explosionsverletzungen ggf. primär körperstammnahe Anlage
- wenn bei unzugänglichem Blutungsort zur Erstversorgung ein Tourniquet angelegt wurde, sollte, nachdem der Pat. gerettet wurde und die Situation es erlaubt, die Fortsetzung der Maßnahme und ein möglicher Verfahrenswechsel kritisch geprüft werden

RKN · RS	HS · RS	DU · RS	KR · RS	VIE · RS	OB · RS
MH · RS	MG · RS	DN · RS	KLE · NotSan ★	AC · RS ★	EU · RS
SR AC · RettAss	BO · RS	HER · RS	BOT · RS	E · RS	UN · RS
REK · RS	DO · RS	GL · RS	TNA - Bergisches Land · RS		GE · RS
HSK · RS	D · RettAss	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / Mzn / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	124 von 172

<p>SAA invasive Maßnahme Trochanterorschlinge (Beckenschlinge)</p> <p>– ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023</p> <p>Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025</p>	<p>gültig für</p>	<p>alle</p>
---	-----------------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- initiale Stabilisierung bei Verdacht auf komplexe Beckenverletzungen (z. B. Beckenfraktur)

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- technische Unmöglichkeit der Anlage
- absolute Intoleranz durch den Patienten trotz adäquater Schmerztherapie

Alternativen:

- andere Stabilisierungsmöglichkeiten
- schneller Transport als Ultima Ratio

Aufklärung / Risiken:

- Schmerzen
- Gefäß- / Nervenverletzungen
- Weichteilschäden
- Risiko des weiteren unkontrollierten Blutverlustes bei Unterlassen

Einwilligung

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Anlage durch 2 oder 3 Helfer gemäß jeweiliger Bedienungsanleitung
- Fixierung der Beine (Knie), möglichst etwas innenrotiert
- Kompression / Stabilisierung in Höhe des Trochanter major beidseits
- Kompression des Beckens durch definierten Zug oder pneumatischen Druck (systemabhängig)
- Dokumentation der Anlagezeit
- bedarfsgerechte Analgesie

IMMER:

- Prüfung und Dokumentation der neurologischen und der Gefäßsituation vor und nach der Anlage
- regelmäßige Überprüfung im Verlauf
- keine Öffnung der Beckenschlinge im Rettungsdienst

Erfolgsprüfung:

- sichere und feste Anlage der Beckenschlinge
- akzeptable Schmerzsituation

Gegenmaßnahmen:

- bedarfsgerechte Analgesie bei starken Schmerzen
- kurzfristiges Öffnen bei Anlage über mehrere Stunden (in präklinischer Notfallrettung nicht zu erwarten)

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Reevaluation des Patientenzustandes
- Schmerzkontrolle
- komplettes Monitoring der kardiorespiratorischen Situation
- regelmäßige Prüfung der korrekten Lage und Kompressionswirkung

Anmerkungen:

- Herstellerangaben beachten
- Beckenschlinge wird auch als Trochanterorschlinge bezeichnet

RKN · NotSan	HS · RettAss	DU · RS	KR · RettAss	VIE · RS	OB · RS
MH · RS	MG · RettAss	DN · RettAss	KLE · NotSan ★	AC · RS ★	EU · RS
SR AC · RettAss	BO · RS	HER · RS	BOT · RS	E · RS	UN · RettAss
REK · RettAss	DO · RS	GL · RettAss	TNA - Bergisches Land · RettAss		GE · RS
HSK · NotSan ★	D · RettAss	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / Bab / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	125 von 172

SAA invasive Maßnahme Achsengerechte Immobilisation / Extension – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- dislozierte Frakturen mit Gefahr der weiteren Folgeschäden durch Fehlstellung / Durchblutungsstörung / Gewebsspannung

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- absolute Intoleranz durch den Patienten

Alternativen:

- Verzicht auf Maßnahme bis Eintreffen Notarzt

Aufklärung / Risiken:

- Schmerzen
- Gefäß- / Nervenverletzungen
- Weichteilschäden
- Funktionseinschränkungen / Wundheilungsstörungen
- Durchblutungsstörungen
- Arthrosen / Pseudarthrosen

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Extension durch Zug am körperfernen Frakturanteil
- Wiederherstellen eines achsengerechten Standes der Frakturanteile
- gegensinniger Bewegungsablauf zum Traumamechanismus
- peripherer (distaler) Abschnitt wird reponiert (Bewegung) im Bezug zum fixierten zentralen (proximalen) Abschnitt des Frakturbereichs
- ggf. Fixieren / Gegenhalten Körperstammnah durch 2. Person erforderlich
- möglichst in schneller, nicht unterbrochener Bewegung ausführen
- konsequente Immobilisation ggf. unter Aufrechterhaltung einer Extension

IMMER:

- Prüfung und Dokumentation der neurologischen, motorischen und der Gefäßsituation vor und nach der Anlage
- regelmäßige Überprüfung im Verlauf (DMS-Prüfung)

Erfolgsprüfung:

- achsengerechter Stand der Frakturanteile
- Verbesserung von Durchblutung / Motorik / Sensibilität
- akzeptable Schmerzsituation
- Verminderung der Weichteilspannung im Frakturbereich

Gegenmaßnahmen:

- bedarfsgerechte Analgesie bei zu starken Schmerzen

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Reevaluation des Patientenzustandes und von Durchblutung / Motorik / Sensibilität unterhalb des Frakturbereichs
- Schmerzkontrolle
- regelmäßige Prüfung der korrekten Immobilisation

RKN · NotSan ★	HS · RettAss	DU · RS	KR · RettAss	VIE · NotSan	OB · RS
MH · RS	MG · RettAss	DN · RettAss	KLE · RettAss ★	AC · RettAss ★	EU · NotSan ★
SR AC · RettAss	BO · RettAss	HER · RettAss	BOT · RettAss	E · RS	UN · NotSan ★
REK · NotSan ★	DO · RS	GL · RettAss	TNA - Bergisches Land · RettAss ★		GE · RS
HSK · NotSan ★	D · NotSan ★	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	126 von 172

<p style="text-align: center;">SAA invasive Maßnahme Thoraxentlastungspunktion</p> <p style="text-align: center;">– ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 31.03.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025</p>	<p style="margin: 0;">gültig</p> <p style="margin: 0;">für</p>	<p style="margin: 0;">alle</p>
--	--	--------------------------------

Indikationen / Symptome:

- Spannungspneumothorax mit rasch zunehmender hämodynamischer und respiratorischer Instabilität

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bei korrekter Indikation und korrektem Punktionsort: keine

Alternativen:

- bei eindeutiger Indikation: keine

Aufklärung / Risiken:

- Schmerzen, Gefäß- / Nervenverletzungen, Blutung, Weichteilschaden
- Risiko der Verletzung von Thoraxorganen (Monaldi- + Bülau-Position)
- Risiko der Verletzung von Abdominalorganen (Bülau-Position)

Einwilligung:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Aufsuchen der Punktionsstelle: 2. ICR Medioclavicularlinie (Monaldi-Position) oder alternativ 4. ICR vordere Axillarlinie (Bülau-Position)
- Kanülenlänge mindestens > 8 cm, möglichst großlumig
- Hautdesinfektion
- Aufsetzen einer halb mit NaCl 0,9 % / Aqua dest. gefüllten Spritze auf die Punktionskanüle
- Punktionsam Oberrand der Rippe senkrecht zur Thoraxwand
- **Monaldi: Cave** Verletzungsgefahr A. thoracica interna bei zu medialem Punktionsort
- **Bülau: Cave** Gefahr von Organverletzungen bei zu caudalem Punktionsort
- bei Aspiration von Luft ist der Pleuraspalt erreicht
- Kunststoffkanüle weiter vorschieben und Stahlmandrin entfernen
- bei Kanülen mit Federmechanik (nach Veres): Kanüle bis zur Markierung weiter vorschieben
- Sicherung gegen Abknicken und Dislokation, sterile Abdeckung

Erfolgsprüfung:

- Entweichen von Luft über die Kanüle
- Rückbildung der Schocksymptomatik / Kreislaufinsuffizienz; Rückbildung einer Halsvenenstauung
- Verbesserung von Atemmechanik und Oxygenierung

Gegenmaßnahmen:

- ggf. längere Kanüle bei adipösen Patienten (sofern vorhanden)
- 2. Thoraxentlastungspunktion bei ausbleibendem Erfolg bzw. bei erneuter Symptomatik eines Spannungspneu durch Abknickung / Verstopfung / Dislokation der Kanüle → dann ggf. am alternativen Punktionsort
- ggf. bedarfsgerechte Analgesie bei starken Schmerzen

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Reevaluation des Patientenzustandes bzgl. effektiver Entlastung sowie Schmerzeinschätzung
- komplettes Monitoring der kardiorespiratorischen Situation

Anmerkungen:

- Cave: Belassen der Kunststoffkanüle garantiert nicht die dauerhaft effektive Entlastung
- die Thoraxentlastungspunktion ist eine überbrückende Notfallmaßnahme bis zur unverzüglichen Anlage einer Thoraxdrainage durch einen Arzt

RKN · NotSan	HS · NotSan	DU · NotSan	KR · NotSan	VIE · NotSan	OB · NotSan
MH · NotSan	MG · NotSan	DN · NotSan	KLE · NotSan ★	AC · NotSan	EU · NotSan
SR AC · NotSan	BO · NotSan	HER · NotSan	BOT · NotSan	E · Notarzt	UN · NotSan
REK · NotSan	DO · RettAss	GL · NotSan	TNA - Bergisches Land · NotSan	GE · Notsan	
HSK · NotSan	D · NotSan	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / Mzn / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	125 von 172

SAA invasive Maßnahme Manuelle Defibrillation – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- Herz-Kreislauf-Stillstand bei Kammerflimmern
- Herz-Kreislauf-Stillstand bei pulsloser ventrikulärer Tachykardie

Notarztruf

gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- alle EKG-Rhythmen außer Kammerflimmern und pulsloser ventrikulärer Tachykardie

Alternativen:

- keine

Aufklärung / Risiken:

- keine Aufklärung möglich
- Verbrennungen / Hautläsionen
- Verletzungen

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:
gemäß Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Reanimation ALS bzw. PLS

- möglichst Verwendung von Klebeeletroden
- Kinder: möglichst Verwendung von (speziellen) Kinder-Klebeeletroden
- Anbringen der Klebeeletroden nach Standard
- Anwählen des manuellen Modus
- Identifikation der Rhythmusstörung
- Energiewahl: gerätespezifische Energieabgabe gemäß Herstellerangabe
- Aufladen des Defibrillators
- Warnung über bevorstehende Schockabgabe, auch weitere Personen (z.B. Angehörige, Passanten,..) beachten
- Auslösen des Schocks
- nach Schockabgabe sofortiger Beginn der Herzdruckmassage
- Fortführen gemäß BPR Reanimation ALS / PLS

Erfolgsprüfung:

- ROSC
- Terminierung des Kammerflimmerns, bzw. der Kammertachykardie

Gegenmaßnahmen:

- keine

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation des ROSC
- EKG-Monitoring

Anmerkungen:

- Beachtung von Sicherheitsabständen zu sauerstoffführenden Gerätschaften

RKN · NotSan	HS · RettAss	DU · RS	KR · NotSan	VIE · RS	OB · NotSan
MH · RettAss	MG · NotSan	DN · NotSan	KLE · NotSan ★	AC · RS	EU · RettAss
SR AC · NotSan	BO · NotSan	HER · TNA / NA	BOT · TNA / NA	E · RettAss	UN · Notarzt
REK · RettAss	DO · RettAss	GL · RettAss	TNA - Bergisches Land · NotSan		GE · NotSan
HSK · NotSan	D · RettAss	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / Mzn / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	128 von 172

<p style="margin: 0;">SAA invasive Maßnahme Kardioversion (Tachykardie mit Bewusstlosigkeit)</p> <p style="margin: 0;">– ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023</p> <p style="margin: 0;">Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025</p>	<p style="margin: 0;">gültig für</p>	<p style="margin: 0;">alle</p>
--	--	---------------------------------------

Indikationen / Symptome:

- Tachykardie mit hämodynamischer Instabilität und Bewusstlosigkeit

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- fehlende Bewusstlosigkeit

Alternativen:

- keine

Aufklärung / Risiken:

- keine Aufklärung möglich
- Verbrennungen / Hautläsionen
- Verletzungen

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

gemäß Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Reanimation ALS

- EKG - Ableitung über EKG-Elektroden und Monitorkabel
- Kinder: möglichst Verwendung von (speziellen) Kinder-Klebeeletroden
- Anbringen der Klebeeletroden nach Standard
- Identifikation der Rhythmusstörung
- ggf. Ausschalten der AED-Funktion
- Anwählen des synchronisierten Modus
- beachte Markierung der QRS-Komplexe
- Erwachsene: Energie auf 150 J einstellen
- Aufladen des Defibrillators
- Warnung über bevorstehende Schockabgabe, auch weitere Personen (z.B. Angehörige, Passanten,...) beachten
- Auslösen des Schocks (Hinweis: ggf. kurze Verzögerung möglich)
- nach Schockabgabe Rhythmuskontrolle, Pulskontrolle
- ggf. zweimalige Wiederholung der Kardioversion
- ggf. Beginn von CPR-Maßnahmen gemäß BPR Reanimation ALS

Erfolgsprüfung:

- Terminierung der Tachykardie
- Verbesserung der hämodynamischen Situation
- Wiedererlangen des Bewusstseins

Gegenmaßnahmen:

- Wiederholung der Kardioversion

Verlaufskontrolle:

- EKG-Monitoring
- Kreislaufüberwachung

Anmerkungen:

- Beachtung von Sicherheitsabständen zu sauerstoffführenden Gerätschaften
- gerätespezifische Besonderheiten beachten
- bei sehr breiten QRS-Komplexen möglicherweise keine Erkennung von QRS-Komplexen im Sync-Modus, dann ggf. manuelle Schockauslösung
- eine Kardioversionsindikation bei Kindern ist extrem unwahrscheinlich

RKN · NotSan	HS · NotSan	DU · NotSan	KR · NotSan	VIE · NotSan	OB · NotSan
MH · NotSan	MG · NotSan	DN · NotSan	KLE · Notarzt	AC · NotSan	EU · NotSan
SR AC · NotSan	BO · TNA / NA	HER · TNA / NA	BOT · TNA / NA	E · RettAss	UN · NotSan
REK · NotSan	DO · NotSan	GL · NotSan	TNA - Bergisches Land · NotSan	GE · TNA / NA	
HSK · NotSan ★	D · NotSan	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	129 von 172

SAA invasive Maßnahme Externe Schrittmacheranlage – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
--	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- Bradykardie mit hämodynamischer Instabilität und Bewusstlosigkeit

Notarztruf
 gemäß lokalem
 Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- technische Unmöglichkeit der Anlage
- absolute Intoleranz durch den Patienten
- bewusstseinsklarer Patient mit klinischer Stabilität trotz Bradykardie

Alternativen:

- bei vital bedrohlicher Bradykardie ggf. CPR notwendig

Aufklärung / Risiken:

- bei korrekter Indikation keine vorherige Aufklärung möglich

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Brustkorb sauber, trocken und haarfrei im Elektrodenbereich
- Inspektion auf evtl. implantierten Schrittmacher / ICD (Abstand wahren)
- Elektroden in anterior-posterior Position oder rechts-pectoral-apical kleben
- möglichst Demand-Modus verwenden
- Frequenzeinstellung 70/min.
- Stimulationsenergie zu Beginn 25 mA (Milliampere)
- Steigerung der Stimulationsenergie um jeweils 5 – 10 mA, bis jede Stimulation mit einer Herzaktion beantwortet wird (durchgehende Captures im EKG und tastbare Pulswelle)
- gerätespezifische Besonderheiten beachten

Erfolgsprüfung:

- sicheres Auslösen von Captures, Anstieg der Herzfrequenz
- tastbare Pulse analog zu Captures
- verbesserte Hämodynamik und neurologische Situation
- akzeptable Schmerzsituation

Gegenmaßnahmen:

- Überprüfung und ggf. Wechsel der Elektrodenposition bei ineffektiven Stimulationsversuchen

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Re-Evaluation des Patientenzustandes
- Schmerzkontrolle
- komplettes Monitoring der kardiorespiratorischen Situation
- dauerhafte EKG-Überwachung der Stimulationsantwort (Captures + Puls)

Anmerkungen:

- Captures: elektrische Stimulation durch Schrittmacher wird durch elektrische Herzaktion beantwortet
- immer Prüfung der Auswurfleistung

RKN · NotSan	HS · NotSan	DU · NotSan	KR · NotSan	VIE · NotSan	OB · NotSan
MH · NotSan	MG · NotSan	DN · NotSan	KLE · NotSan ★	AC · NotSan	EU · NotSan
SR AC · NotSan	BO · NotSan	HER · NotSan	BOT · NotSan	E · Notarzt	UN · TNA / NA
REK · NotSan	DO · NotSan	GL · NotSan	TNA - Bergisches Land · NotSan		GE · TNA / NA
HSK · NotSan	D · NotSan	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	130 von 172

SAA invasive Maßnahme Endobronchiales Absaugen – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
---	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:
akute respiratorische Insuffizienz

- symptomatische Verlegung der Atemwege durch Sekrete z.B. Blut / Schleim / Eiter

Notarztruf
 gemäß lokalem
 Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- keine

Alternativen:

- Verzicht bei ausreichender Oxygenierung und akzeptabler Atemmechanik

Aufklärung / Risiken:

- Erläuterung / Erklärung jedes einzelnen Schrittes und jeder Maßnahme

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Präoxygenierung
- steriles Arbeiten unerlässlich
- Händedesinfektion / sterile Handschuhe / sterile Absaugkatheter
- Monitoring (cave Bradykardie bei Vagusreiz)
- vorher Absaugen von Mund / Rachen- und evtl. Nasenbereich, um Aspirationen zu vermeiden
- mit steriles Absaugkatheter ohne Sog in der Inspirationsphase tracheal in die Atemwege eingehen, bei leichtem Widerstand ca. 1 cm zurückziehen
- häufig Hustenreiz als (positive) Reaktion bei korrekter Katheterlage
- mittels Fingertip Sog aufbauen und Katheter vorsichtig zurückziehen
- bei weiterhin bestehendem Sekretverhalt Vorgang ggf. wiederholen mit steriles Absaugkatheter
- analoges Vorgehen auch über Tracheostoma oder Endotrachealtubus als Zugangsweg möglich

Erfolgsprüfung:

- freie Atemwege ohne relevante Nebengeräusche
- Beatmungsdruck prüfen

Gegenmaßnahmen:

- Abbruch / kurzfristige Unterbrechung bei relevanter symptomatischer Reflexbradykardie, ggf. Atropingabe
- Abbruch / kurzfristige Unterbrechung bei reflektorischem Bronchospasmus

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Reevaluation
- Monitoring der Vitalparameter, insbesondere SpO₂

RKN · RS	HS · RettAss	DU · RS	KR · RS ★	VIE · RS	OB · RS
MH · NotSan	MG · RS	DN · NotSan	KLE · NotSan ★	AC · RS ★	EU · RS ★
SR AC · NotSan	BO · RettAss	HER · RettAss	BOT · NotSan	E · RS	UN · RS ★
REK · RettAss	DO · RettAss	GL · NotSan	TNA - Bergisches Land · RettAss ★	GE · RS	
HSK · NotSan ★	D · NotSan ★	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	131 von 172

SAA invasive Maßnahme Intramuskuläre Injektion – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
---	---------------	-------------

Indikationen / Symptome:

- notwendige Epinephringabe i.m. bei anaphylaktischen Reaktionen
- Glucagongabe bei Hypoglykämie

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Kreislaufstillstand oder manifester Schock anderer Genese
- Infektion oder eingeschränkte Durchblutung an der Punktionsstelle
- paretische, verletzte oder (vor-)geschädigte Extremität
- Therapie mit Antikoagulantien und Blutungsneigung anderer Genese

Alternativen:

- intravenös (Achtung: angepasste Dosierung)
- intraossär (Achtung: angepasste Dosierung)
- Verzicht auf Maßnahme bis Eintreffen Notarzt

Komplikationen / Risiken:

- Versehentliche intravasale / subkutane Injektion
- Blutung
- Hämatom / Entzündung
- Gefäß- / Nervenverletzungen
- Weichteilschäden

Einwilligung:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- Einwilligung gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- Aufsuchen der Punktionsstelle: mittleres Drittel lateraler Oberschenkel, ggf. Oberarm
- Punktionsort ausreichend reinigen und desinfizieren
- Spannen der Haut am Einstichareal / Pat. soll Muskel nicht anspannen
- Punktionsrichtung senkrecht
- Aspiration – falls Blut aspiriert: Abbruch und erneute Punktionsrichtung
- langsame Injektion – bei Widerstand (z.B. Knochen) – Nadel zurückziehen und erneute Aspiration
- nach Injektion: rasches Herausziehen und Kompression der Einstichstelle mit steriler Komresse
- Pflasterverband

Erfolgsprüfung:

- keine Schwellung
- keine Blutung
- keine Dysästhesien
- gewünschte pharmakologische Wirkung verabreichter Medikamente

Gegenmaßnahmen:

- Abbruch bei Komplikationen
- ggf. Druckverband

Verlaufskontrolle:

- pharmakologischer Effekt verabreichter Medikamente
- keine Schwellung

Anmerkungen:

Geeignete Größen von Einmalkanülen:

- Stärke: 18 G / 19 G / 21 G / 22 G
- Länge: 25 bis 70 mm

RKN · RettAss	HS · RettAss	DU · RS	KR · RettAss	VIE · RettAss	OB · NotSan
MH · RettAss	MG · RettAss	DN · NotSan	KLE · NotSan ★	AC · RS ★	EU · RettAss
SR.AC · NotSan	BO · RettAss	HER · NotSan	BOT · NotSan	E · RettAss	UN · RS
REK · RettAss	DO · RettAss	GL · RettAss	TNA - Bergisches Land · RettAss		GE · RettAss
HSK · RS	D · RettAss	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	132 von 172

<p>SAA invasive Maßnahme Intranasale Medikamentengabe – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 15.05.2023 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025</p>	<p>gültig für</p>	<p>alle</p>
--	-----------------------	--------------------

Indikationen / Symptome:

- Durchbrechung des Status epilepticus

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Verletzung der Nase
- Nasenbluten, übermäßige Schleimbildung

Alternativen:

- buccal, rektal
- intravenös
- intraossär
- Verzicht auf Maßnahme bis Eintreffen Notarzt

Aufklärung / Risiken:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- Brennen nach Anwendung an Nasenschleimhaut

Einwilligung:

- gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Patientenwillen
- kein schriftliches Einverständnis erforderlich
- Dokumentation im Einsatzprotokoll erforderlich

Durchführung:

- höchstkonzentrierte Lösung, kleinstes Volumen des Medikaments wählen
- benötigtes Medikamentenvolumen in Spritze aufziehen
- Zerstäuber an Luer-Lock-Anschluss des Spritzenkonus verbinden
- Luft eliminieren und sicherstellen, dass Spritze das gewünschte Medikamentenvolumen enthält
- mit der freien Hand den Hinterkopf des Patienten halten
- Zerstäuber fest auf Nasenloch aufsetzen
- Ausrichtung Stempel nach oben und zur Seite
- Spritzenstempel zügig vorschieben
- max. Gesamtvolumen 1 ml pro Nasenloch

Erfolgsprüfung:

- gewünschte pharmakologische Wirkung verabreichter Medikamente

Gegenmaßnahmen:

- Abbruch bei Komplikationen

Verlaufskontrolle:

- pharmakologischer Effekt verabreichter Medikamente

Anmerkungen:

- Zur Applikation wird ein Spritzenaufsatz zur Zerstäubung eines Medikamentes, welches über die Nasenschleimhäute resorbiert wird, benötigt.

RKN · RettAss	HS · RettAss ★	DU · RettAss	KR · RettAss	VIE · RettAss	OB · NotSan
MH · RettAss	MG · RS ★	DN · RettAss	KLE · NotSan ★	AC · RS ★	EU · RettAss
SR.AC · RettAss	BO · RettAss	HER · RettAss	BOT · NotSan	E · RettAss	UN · RettAss
REK · RettAss	DO · RettAss	GL · NotSan	TNA - Bergisches Land · RettAss	GE · RettAss	
HSK · RS	D · NotSan	HA ·	HAM ·		

erstellt:	geprüft / freigegeben	gültig ab:	gültig bis:	Seite
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	133 von 172

SAA invasive Maßnahmen Allgemeine Erläuterungen Medikamentengabe – ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST – Stand: 31.03.2021 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025	gültig für	alle
---	---------------	-------------

Die Inhalte der SAA Medikamente stellen den fachlichen Konsens in der beauftragten Arbeitsgruppe der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst auf wissenschaftlicher Basis dar und können sich in verschiedenen Angaben und Empfehlungen von der jeweiligen Fachinformation / Leitlinie unterscheiden, um eine hohe Anwender- und Patientensicherheit zu gewährleisten.

Abgrenzung der SAA Medikamente für nichtärztliches Rettungsdienstfachpersonal von Leitlinien und Fachinformationen

Im Pyramidenprozess galt es in enger Abstimmung mit den Fachgesellschaften, die im Wesentlichen für ärztliches Handeln in klinischen Settings verfassten Leitlinien so zu interpretieren und in Behandlungspfade Rettungsdienst zu „übersetzen“, dass auch Rettungsfachpersonal unter rettungsdienstlichen Bedingungen die Inhalte sicher und effektiv anwenden kann. Um diesem Umstand gerecht werden zu können, wurden u.a. Indikationen, Kontraindikationen, Altersbeschränkungen und Dosierungsempfehlungen in den SAA zu Medikamenten unter dem Aspekt der Patientensicherheit für die Anwendung durch nichtärztliches Rettungsdienstfachpersonal angepasst. Grundlage für die Anwendung von Medikamenten durch Notfallsanitäter ist die sich aus dem jeweiligen Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) ergebende Indikation. Dabei ist zu beachten, dass die aufgeführten Kontraindikationen als absolute Kontraindikationen zu verstehen sind, solange Notfallsanitäter ohne notärztliche – ggf. telenotärztliche – Unterstützung vor Ort tätig werden.

Off-Label-Use Problematik

Die bei einigen Medikamenten für Notärzte und rettungsdienstliches Fachpersonal bestehende „Off-Label-Use“-Problematik wurde vom BV ÄLRD unter juristischer Beratung bearbeitet. Demnach ist die Durchführung entsprechender Maßnahmen durch Notfallsanitäter möglich, wenn die Ärztliche Leitung Rettungsdienst in spezifischen und eindeutigen Verfahrensanweisungen den Anwendungsbereich im Rettungsdienst vorgibt und damit den Entscheidungsprozess vorwegnimmt.

SAA Medikamente ersetzen weder Fachbuch noch Pharmakologie-Unterricht

Die SAA Medikamente erheben weder Anspruch auf Vollständigkeit in Bezug auf pharmakologische Daten noch können sie die umfassende Darstellung und Didaktik eines Fachbuches ersetzen. Sie eignen sich nicht als Ersatz von Fachinformationen. Die SAA Medikamente sind als zentrale Unterrichtsbestandteile in den NotSan-Schulen nicht zur alleinigen pharmakologischen Schulung der einzelnen Notfallmedikamente gedacht, sondern es bedarf immer auch eines Fachbuches und der zusätzlichen Erläuterung von Grundlagen der Pharmakologie durch das Lehrpersonal.

Standardvorgehen bei Medikamentenapplikation

Den Standard-Arbeitsanweisungen zu einzelnen Medikamenten wird ein Algorithmus vorangestellt, der das grundsätzliche Standardvorgehen bei Medikamentenapplikation festlegt. Hier wurden insbesondere auch Aspekte der Medikationssicherheit aufgenommen, die bei Medikamentengabe immer Anwendung finden sollen: Anwendung der 6-R-Regel

Spritzen mit aufgezogenen Medikamenten müssen eindeutig gekennzeichnet werden (DIVI ISO Aufkleber)

Anwendung des „4-Augen-Prinzips“:

Doppelkontrolle bei der Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten

Kommunikation: Anordnungen werden von der ausführenden Person mündlich wiederholt („Read back“)

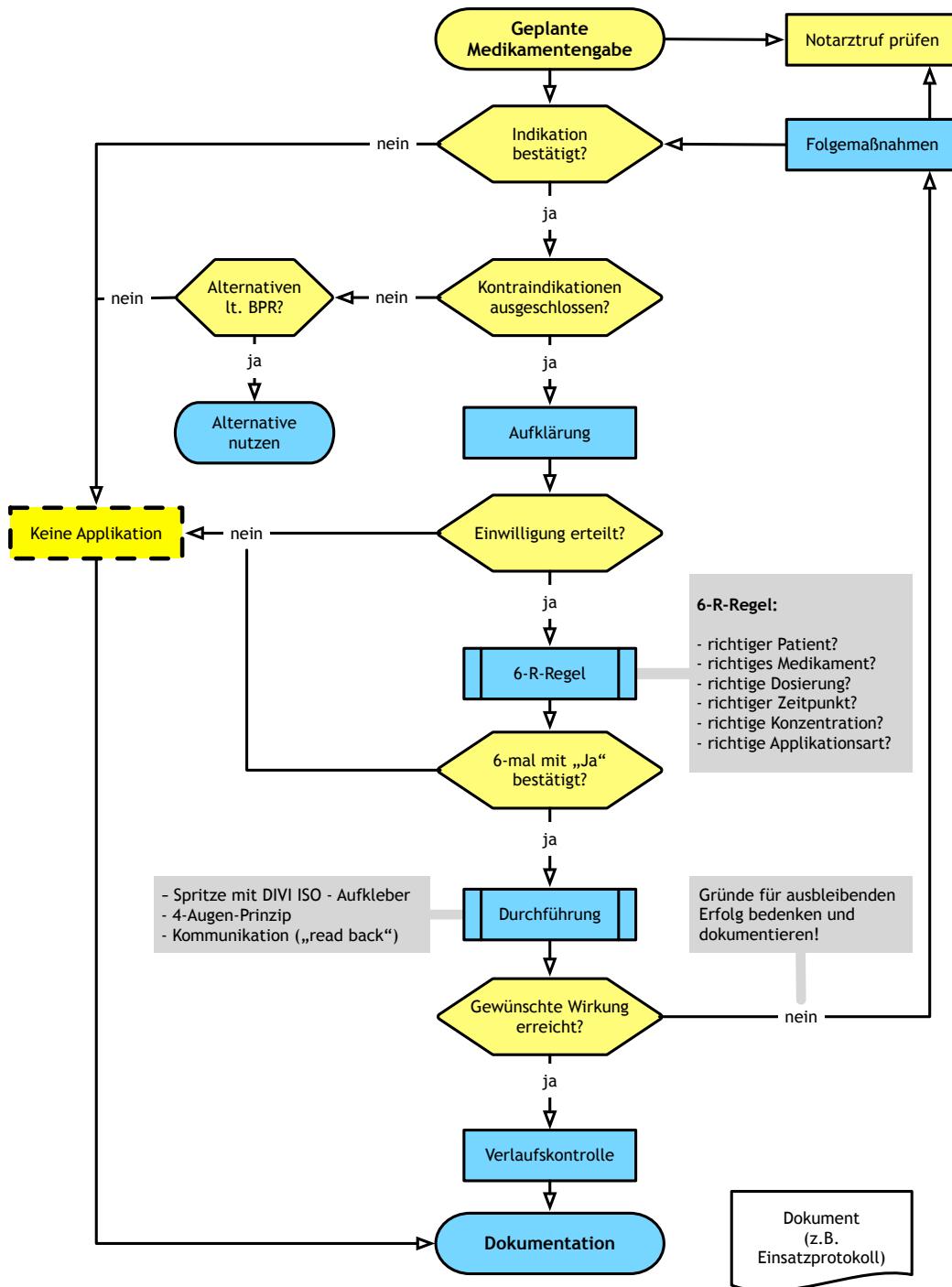
Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	134	
				von 172	

SAA invasive Maßnahmen
Standardvorgehen bei Medikamentengabe

– ÄLRD in BW, BB, MV, NW, SN u. ST –
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2025

gültig
für

alle



Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	135	
				von 172	

Acetylsalicylsäure	gültig für	alle	Acetylsalicylsäure _____ mg/ml
---------------------------	------------	------	--

Wirkstoff: Acetylsalicylsäure

Konzentration: 500 mg Trockensubstanz + 5 ml Lösungsmittel, diverse orale Darreichungsformen

Arzneimittelgruppe: Thrombozytenaggregationshemmer

Indikationen:

- Akutes Coronarsyndrom, Myokardinfarkt

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit gegen ASS und andere NSAR
- aktuell bestehende innere Blutung
- Trauma mit Gefahr einer nicht komprimierbaren Blutung
- Blutungsneigung / hämorrhagische Diathese
- aktuelles Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni
- V. a. akutes Aortensyndrom
- Asthmaanfall
- schwere Leber- und Nierenfunktionsstörungen
- Schwangerschaft (insbesondere Gravidität im letzten Schwangerschaftsdrittel)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 18 Jahren

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- allergische Reaktion / Unverträglichkeitsreaktion
- Bronchospasmus, Auslösung eines Asthmaanfalls
- Blutungsgefahr
- gastrointestinale Beschwerden (Übelkeit, Erbrechen)
- Hämolyse und hämolytische Anämie bei Pat. mit schwerem Glucose-6-Phosphat-Dehydrogenasemangel

Durchführung / Dosierung:

- 250 mg ASS langsam i.v., alternativ orale Darreichungsform
- keine Repetition

Erfolgsprüfung:

- im Rettungsdienst nicht möglich

Folgemaßnahmen:

- lt. BPR „Akutes Coronarsyndrom“, Heparin 5000 I.E. i.v.

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- auf Anzeichen für Blutung achten

Besonderheiten:

- Wirkbeginn: nach 10 – 15 Min.
- Wirkdauer: Tage (Lebensdauer der Thrombozyten)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	136 von 172	

Amiodaron	gültig für	alle	
------------------	------------	------	---

Wirkstoff: Amiodaron

Konzentration: 50 mg/ml (Amp. 150 mg / 3 ml)

Arzneimittelgruppe: Antiarrhythmikum (Klasse 3)

Indikationen:

- Reanimation: refraktäres Kammerflimmern, pulslose ventrikuläre Tachykardie
- **lebensbedrohliche ventrikuläre Tachykardie***

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Unverträglichkeit des Wirkstoffs, bekannte Jod-Allergie

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Säuglingen / Kindern < 3 J. (Gehalt an Benzylalkohol)

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Bradykardie, Überleitungsstörungen, Hypotonie
- u.a. Schilddrüsenfunktionsstörungen

Durchführung / Dosierung:

Reanimation:

- langsame i.v.-Injektion als Bolusgabe unter laufender Infusion
- mit Vollelektrolytlösung nachspülen

Gabe nach der 3. Defibrillation

- Kinder: 5 mg/kgKG (max. 300 mg)
- Erwachsene: 300 mg

Repetition nach der 5. Defibrillation

- Kinder: 5 mg/kgKG (max. 150 mg)
- Erwachsene 150 mg

lebensbedrohliche ventrikuläre Tachykardie:

- 300 mg Amiodaron in einer Kurzinfusion über ca. 20 Minuten*

Erfolgsprüfung:

- Terminierung von Kammerflimmern bzw. pulsloser ventrikulärer Tachykardie nach Defibrillation
- Abnahme der Herzfrequenz

Folgemaßnahmen:

- Fortsetzung qualitativ hochwertiger CPR
- Defibrillation lt. ERC-Algorithmus

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Kontrolle des Herzrhythmus
- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- bei Anwendung über Perfusor (z.B. im Rahmen der notärztlichen Therapie von tachykarden Herzrhythmusstörungen außerhalb einer Reanimationssituation) Verdünnung mit Glucose 5 %

* Text in blau: Indikation "lebensbedrohliche ventrikuläre Tachykardie" findet sich nicht in den SAA / BPR der 6L-AG 2023, sondern nur im Gemeinsamen Rettungsdienstkompendium

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG GemRDKomP	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	137	
				von 172	

Atropinsulfat	gültig für	alle	Atropin 0,5 mg/ml
----------------------	------------	------	------------------------------

Wirkstoff: Atropinsulfat

Konzentration: 0,5 mg/ml (Amp. 0,5 mg / 1 ml) oder 1 mg/ml (Amp. 1 mg / 1 ml)

Arzneimittelgruppe: Parasympatholytikum

Indikationen:

- instabile Bradykardie, HF bei Erwachsenen < 40 /min.

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Unverträglichkeit
- Engwinkelglaukom

Altersbegrenzung: Anwendung durch NotSan im Rahmen o.g. Indikation nur bei Erwachsenen

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Tachykardie, Arrhythmie
- Mydriasis, Sehstörungen, Auslösung eines Glaukomanfalls
- Mundtrockenheit
- Hautrötung
- Miktionssstörungen
- Unruhe- und Erregungszustände, Verwirrtheitszustände

Durchführung / Dosierung:

Instabile Bradykardie

- Einzeldosis 0,5 mg i.v.
- bei nachweisbarer, aber nicht ausreichender Wirkung Repetition nach 3 – 5 Min. bis adäquater Anstieg der Herzfrequenz. (max. Gesamtdosis 3 mg)
- wenn wirkungslos, dann keine weitere Gabe → Wechsel auf Epinephrin

Erfolgsprüfung:

- adäquater Anstieg der Herzfrequenz

Folgemaßnahmen:

- Wechsel auf Epinephrin bei persistierender instabiler Bradykardie
- ggf. externe Schrittmacheranlage bei Bewusstlosigkeit (SAA externe Schrittmacheranlage)

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Kontrolle des Herzrhythmus
- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

Cave: bei Myasthenie, Ileus (relativ kontraindiziert)
Cave: unterschiedliche Konzentrationen verfügbar

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	138	
				von 172	

Butylscopolamin	gültig für	alle	Butylscopolamin _____ mg/ml
------------------------	---------------	------	---------------------------------------

Wirkstoff: Butylscopolamin

Konzentration: 20 mg/ml (Amp. 20 mg / 1 ml)

Arzneimittelgruppe: Parasympatholytikum

Indikationen:

- starke kolikartige abdominelle Schmerzen

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Überempfindlichkeit gegen Butylscopolamin, ggf. enthaltene Konservierungsmittel
- Tachykardie, Tachyarrhythmie
- Engwinkelglaukom
- Ileus, Mechanische Stenosen im Magen-Darmtrakt
- Myasthenia gravis
- Schwangerschaft, Stillzeit

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 Jahren

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- allergische Haut- und Schleimhautreaktionen, Anaphylaxie
- Tachykardie, Blutdruckabfall
- Mydriasis, Sehstörungen, Auslösung eines Glaukomanfalls
- Mundtrockenheit
- Miktionstörungen
- Schwindel

Durchführung / Dosierung:

- 0,3 mg/kgKG langsam i.v.
- max. 20 mg
- sofern Maximaldosis **nicht** erreicht → Repetition nach 5 Minuten möglich

Erfolgsprüfung:

- Verminderung kolikartiger Schmerzen

Folgemaßnahmen:

- Paracetamol / Ibuprofen

Verlaufskontrolle:

- Schmerzskala (NRS)
- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- Cave bei bekannter KHK und hochgradigen Herzklappenstenosen
Wirkbeginn nach ca. 15 Minuten, Wirkdauer ca. 5 Stunden
Interaktionen: Verstärkung anticholinriger UAW anderer Wirkstoffe (einige Antidepressiva, Neuroleptika, Antihistaminiaka)
bei Nierenkoliken laut Leitlinie (AWMF 043-025) **nicht** mehr angezeigt

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	139	
				von 172	

Dimenhydrinat	gültig für	alle	dimenhydrinat mg/ml
----------------------	---------------	------	------------------------

Wirkstoff: Dimenhydrinat

Konzentration: 6,2 mg/ml (Amp. 62 mg / 10 ml) oder 40 mg Supp.

Arzneimittelgruppe: Antihistaminikum (H₁-Rezeptor-Antagonist), Antiemetikum

Indikationen:

- Übelkeit und Erbrechen mit Aspirationsgefahr

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Unverträglichkeit bzw. Allergie
- akute Bronchialobstruktion (Asthma / COPD)
- Engwinkelglaukom
- Krampfanfälle (Epilepsie, Eklampsie)
- bekannte Porphyrie
- bekanntes Long-QT-Syndrom
- Schwangerschaft und Stillzeit

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 1 Jahr

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- ZNS-Dämpfung mit Sedierung, Müdigkeit (verstärkt unter Alkoholeinfluss)
- paradoxe Reaktionen möglich (Unruhe, Erregung)
- Tachykardie
- Mydriasis, Sehstörungen
- Mundtrockenheit, Miktionsstörungen, gastrointestinale Beschwerden

Durchführung / Dosierung:

Erwachsene und Kinder > 14 Jahre

- 62 mg langsam i.v.

Kinder ≤ 14 Jahre

- 40 mg rectal (Suppositorium)

Erfolgsprüfung:

- Reduktion von Übelkeit und Erbrechen
- Müdigkeit

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- Cave: unterschiedliche Konzentrationen verfügbar
- Cave: bei Herzrhythmusstörungen und KHK
- Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit und Reaktionsfähigkeit

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	140	
				von 172	

Dimetinden	gültig für	alle	Dimetinden _____ mg/ml
-------------------	------------	------	----------------------------------

Wirkstoff: Dimetindenmaleat

Konzentration: 1 mg/ml (Amp. 4 mg / 4 ml)

Arzneimittelgruppe: Antihistaminikum (H₁-Rezeptor-Antagonist)

Indikationen:

- Anaphylaxie

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit
- Glaukom
- Schwangerschaft / Stillzeit (ärztliche Nutzen-Risiko-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. ≤ 12 Jahre

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- ZNS-Dämpfung mit Sedierung, Müdigkeit (verstärkt unter Alkoholeinfluss)
- Erregungszustand möglich
- Mydriasis, Sehstörungen
- Mundtrockenheit
- gastrointestinale Beschwerden

Durchführung / Dosierung:

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre

- 4 - 8 mg (0,1 mg/kgKG, max. 8 mg) langsam i.v.
- keine Repetition

Erfolgsprüfung:

- Reduktion der Symptome

Folgemaßnahmen:

- erneute Gabe von Epinephrin i.m.
- Prednisolongabe, falls noch nicht erfolgt

Verlaufskontrolle:

- Symptome und klinische Zeichen der Anaphylaxie
- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

Cave: Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit und Reaktionsfähigkeit

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	141	
				von 172	

Epinephrin	gültig für	alle	EPINEPHrin
			_____ mg/ml

Wirkstoff: Epinephrin (Adrenalin)

Konzentration: 1 mg/ml (Amp. 1mg / 1 ml, Stechamp. 25 mg / 25 ml)

Arzneimittelgruppe: Katecholamin

Indikationen:

- Reanimation
- instabile Bradykardie
- Anaphylaxie ab Stadium II mit Atemstörung oder Schock
- Pseudokrupp
- obere Atemwegsobstruktion durch Schleimhautschwellung

Notarztruf

gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- aufgrund vitaler Gefährdung keine

Altersbegrenzung: keine

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Angina pectoris (erhöhter myokardialer O₂-Bedarf)
- Hypertonie
- Tachykardie / Herzrhythmusstörungen
- Durchblutungsstörungen / Nekrosen im Bereich der Akren
- Unruhe, Angst, Kopfschmerzen, Tremor, Palpitationen, Mydriasis, Hyperglykämie

Durchführung / Dosierung:

Reanimation

- Erwachsene: 1 mg i.v. / i.o.
- Kinder: 0,01 mg/kgKG i.v. / i.o.

bei VF: nach dritter Defibrillation, danach alle 4 Min.

bei Asystolie / PEA: so früh wie möglich, danach alle 4 Min.

Instabile Bradykardie

- 1 mg Epinephrin in 100 ml NaCl 0,9 % verdünnen (0,01 mg/ml)
- 0,5 ml (5 µg) bolusweise jede Minute i.v. bis adäquater Herzfrequenzanstieg

Anaphylaxie Stadium II mit Kreislaufbeteiligung und Stadium III (Schock)

- Erwachsene und Kinder > 12 Jahre: 0,5 mg i.m.
- Kinder 6 - 12 Jahre: 0,3 mg i.m.
- Kinder < 6 Jahre: 0,15 mg i.m.

Obere Atemwegsobstruktion durch Schleimhautschwellung, Anaphylaxie mit A- oder B-Problem, Pseudokrupp

- 2 mg Epinephrin + 2 ml NaCl 0,9% mit 6 - 8 l O₂ vernebeln
- Repetition nach 10 Min. möglich

Erfolgsprüfung:

- je nach Indikation: ROSC / Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck / Reduktion der Symptome

Folgemaßnahmen:

- Repetition nach entsprechendem BPR

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- vollständiges Monitoring

Besonderheiten:

- sehr kurze Halbwertszeit
- Interaktionen: Abschwächung der Epinephrin-Wirkung durch NaHCO₃
- nicht gleichzeitig mit NaHCO₃ über einen Zugang geben

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	142	
				von 172	

Esketamin	gültig für	alle	esKETAmi mg/ml
------------------	------------	------	--------------------------

Wirkstoff: Esketamin

Konzentration: 5 mg/ml (Amp. 25 mg / 5 ml),
25 mg/ml (Amp. 50 mg / 2 ml, 250 mg / 10 ml)

Arzneimittelgruppe: Analgetikum, Narkotikum (dosisabhängig)

Indikationen:

- starker Schmerz (NRS ≥ 6), entsprechend dem BPR „Starke Schmerzen“

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Bewusstseinstörung (GCS < 12)
- Intoxikation mit psychoaktiven Substanzen, Alkohol, Opioiden
- gesteigerter Hirndruck (ohne adäquate Beatmung)
- ACS, Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz mit kardialer Dekompensation
- schwere hypertensive Entgleisung, hypertensiver Notfall
- RR syst. < 100 mmHg bei Volumenmangelschock
- Schwangerschaft, insbesondere bei Eklampsie / Präeklampsie

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 30 kg KG

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Aufwachreaktionen, Albträume, Unruhe, Schwindel
- Euphorie, Dysphorie, Panikattacken
- Bewusstseinstrübung
- Ateminsuffizienz (dosisabhängig)
- Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz
- Zunahme des intraokularen Drucks (Cave: Glaukom)
- Speichelbluss, Übelkeit, Erbrechen

Durchführung / Dosierung:

Kombination von Midazolam und Esketamin zwingend erforderlich → zuerst Applikation von Midazolam entsprechend der SAA Midazolam

- initial langsam 0,125 mg/kgKG Esketamin i.v.
- Wartezeit 4 Min.
- falls NRS weiter ≥ 6: einmalige Repetition 0,125 mg/kgKG langsam i.v.
- Maximaldosis 0,25 mg/kgKG

Erfolgsprüfung:

- analgetische Wirkung (Reduktion NRS)

Folgemaßnahmen:

- nach BPR „Starke Schmerzen“

Verlaufskontrolle:

- Schmerzskala (NRS)
- Re-Evaluation ABCDE, vollständiges Monitoring

Besonderheiten:

- Cave: Amp. mit unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar
- Wirkeintritt: nach ca. 1 Min., HWZ 10 – 15 Min., Wirkdauer: ca. 20 Min.
- Interaktionen: Wirkungsverstärkung durch zentral dämpfende Mittel, psychotrope Substanzen und Alkohol

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	143	
				von 172	

Wirkstoff: Fentanyl (Fentanylcitrat bzw. Fentanyldihydrogencitrat)**Konzentration:** 0,05 mg/ml (Ampulle 0,1 mg / 2 ml und 0,5 mg / 10 ml)**Arzneimittelgruppe:** μ -Opioidrezeptoragonist, BtM**Indikationen:**

- starke und stärkste Schmerzen NRS \geq 6

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog**Kontraindikationen:**

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Schwangerschaft
- Vigilanzstörung (z.B. SHT mit Risiko eines erhöhten intrakraniellen Drucks)
- Atemdepression

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 30 kg KG**Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit:** gemäß BPR "Aufklärung"**Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:**

- Übelkeit, Erbrechen, Obstipation
- Atemdepression, Hypoventilation
- Blutdruckabfall, Bradykardie
- Benommenheit, Schwindel, Euphorisierung
- Miosis
- Muskelsteifheit, insbesondere Thoraxrigidität bei schneller Applikation

Durchführung / Dosierung:

fraktionierte, langsame Gabe intravenös im Abstand von 3 – 4 Minuten in 0,05 mg-Schritten
Maximaldosis 2 μ g/kgKG

Überdosierung - Gegenmaßnahmen:

- Atemdepression, Atemstillstand, Bewusstseinsverlust
→ Kommandoatmung anwenden
→ bei Abfall der SpO₂: Sauerstoff applizieren
→ assistierte Beatmung (Beutel-Masken-Beatmung): BPR Atemwegsmanagement
→ Ultima ratio: Naloxon titrieren: SAA Naloxon
- bei Übelkeit und Erbrechen: SAA Dimenhydrinat

Erfolgsprüfung:

- Schmerzlinderung, Stressreduktion

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE, fortgesetztes Monitoring, Kapnografie
- Schmerzmessung (NRS)

Besonderheiten:

- im Vergleich zur Referenzsubstanz Morphin etwa 100fach stärkere Wirkung
- Cave: besonders vorsichtige Titration bei alten und multimorbidien Patienten
- Cave: Wirkungsverstärkung und erhöhtes Risiko von Atemdepression in Kombination mit Alkohol- / Drogenkonsum / zentral dämpfenden Medikamenten (Benzodiazepine o.ä.)
- Cave: bei Opioidabhängigkeit / Substitution mit Methadon, strenge Indikationsstellung

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	144	
				von 172	

Furosemid	gültig für	alle	fUROsemid _____ mg/ml
------------------	------------	------	---------------------------------

Wirkstoff: Furosemid

Konzentration: 10 mg/ml (Amp. 20 mg / 2 ml); Amp. 40 mg / 4 ml

Arzneimittelgruppe: Diuretikum

Indikationen:

- kardiales Lungenödem

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie, Unverträglichkeit
- Hypovolämie, schwergradige Dehydratation
- $RR_{syst} < 120$ mmHg
- Nierenversagen und Anurie
- Leberversagen mit Bewusstseinsstörung (Praecoma / Coma hepaticum)
- Hypokaliämie, Hyponatriämie (sofern präklinisch bekannt)
- Schwangerschaft, (Stillzeit)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 J.

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- allergische Haut- und Schleimhautreaktionen
- Blutdruckabfall, Hypotonie, Orthostase
- Elektrolytstörungen (Hypokaliämie, Hyponatriämie)
- Hörstörungen
- Gastrointestinale Beschwerden (z.B. Übelkeit)

Durchführung / Dosierung:

- 20 mg Furosemid langsam i.v.
- einmalige Repetition nach 15 Minuten möglich

Erfolgsprüfung:

- Steigerung der Diurese (oft erst in der Klinik festzustellen)
- klinische Besserung (in der Regel auch aufgrund weiterer Maßnahmen lt. BPR „Lungenödem“)

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

Cave: Inkompatibilitäten (pH) → keine Mischung u./o. gleichzeitige Injektion mit anderen Substanzen
Wirkeintritt: nach 2 - 15 Minuten

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	145	
				von 172	

Glucagon	gültig für	alle	Glucagon _____ mg/ml
-----------------	------------	------	--------------------------------

Wirkstoff: Glucagon

Konzentration: 1 mg/ml (Pulver zur Herstellung der Injektionslösung)

Arzneimittelgruppe: Hormon zur Therapie der Hypoglykämie

Indikationen:

- Hypoglykämie < 60 mg/dl oder 3,3 mmol/l (Fremdhilfe erforderlich)

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Phäochromocytom

Altersbegrenzung:

keine

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Übelkeit / Erbrechen

Durchführung / Dosierung:

- Erwachsene und Kinder über 25 kg KG (ca. 8 Jahre): **1 mg i.m.**
- Kinder unter 25 kg KG: **0,5 mg i.m.**
- **Erwachsene und Kinder > 4 Jahre: 3 mg Glucagon (Baqsimi®) i.n.***

Erfolgsprüfung:

- Verbesserung der Vigilanz, Anstieg des Blutzuckerwertes auf über 90 mg/dl oder 5,0 mmol/l

Folgemaßnahmen:

- bei nicht adäquatem Blutzuckeranstieg: Glukose i.v. gem. BPR „Hypoglykämie“

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- GlucaGen® HypoKit Fertigspritzen als Bedarfseigenmedikation verfügbar
- Glucagon zur nasalen Applikation verfügbar ([z.B. Baqsimi®](#))

* Text in blau: intranasale Gucagongabe / Baqsimi® findet sich nicht in den SAA / BPR der 6L-AG 2023, sondern nur im Gemeinsamen Rettungsdienstkompendium

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / JW / HW / MT / Bab / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	146	
				von 172	

Glucose	gültig für	alle	Glucose _____ % _____ mg/ml
----------------	------------	------	--------------------------------

Wirkstoff: Glucose

Konzentration: 10 %, 20 %, 40 %, und weitere Konzentrationen verfügbar

Arzneimittelgruppe: Monosaccharid (Einfachzucker)

Indikationen:

- Hypoglykämie (BZ < 60 mg/dl bzw. < 3,3 mmol/l)

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- keine

Altersbegrenzung: keine

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Venenreizung, Nekrosen bei paravasaler Gabe
- Hyperglykämie
- Hypokaliämie

Durchführung / Dosierung:

- auf sichere intravasale Lage des Venenzugangs achten
- höherkonz. Lösungen verdünnen, max. 20 %ige Glucose i.v., Herstellervorgaben beachten
- Glucose i.v. immer zusammen mit einlaufender Vollelektrolytlösung applizieren

Erwachsene und Kinder > 30 kg KG

- Einzeldosis 8 – 10 g Glucose i.v.

Kinder

- 10 – 12 kg KG: 2,6 g Glucose i.v.
- 13 – 15 kg KG: 3,2 g Glucose i.v.
- 16 – 19 kg KG: 4,0 g Glucose i.v.
- 20 – 24 kg KG: 5,0 g Glucose i.v.
- 25 – 30 kg KG: 8,0 g Glucose i.v.

Bei wachen Patienten mit erhaltenen Schutzreflexen und Schluckfähigkeit soll die Gabe von Glucose per os erfolgen

Erfolgsprüfung:

- adäquater Anstieg des Blutzuckerwertes (Zielwert lt. BPR)

Folgemaßnahmen:

- Repetition bis BZ-Zielwert erreicht
- wache Patienten mit erhaltenem Schluckreflex sollen glucosehaltige Getränke trinken und langwirksame Kohlenhydrate (z.B. Brot, Kartoffeln ...) essen

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Blutzuckerkontrolle
- Re-Evaluation ABCDE, insbesondere Vigilanzkontrolle

Besonderheiten:

Cave: unterschiedliche Konzentrationen verfügbar
Alternativen lt. BPR „Hypoglykämie“ prüfen (orale Gabe, Glucagon)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	147	
				von 172	

Glyceroltrinitrat	gültig für	alle	GlycerolTriNitrat mg/ml
--------------------------	------------	------	-----------------------------------

Wirkstoff: Glyceroltrinitrat

Konzentration: 0,4 mg / Hub oder 0,8 mg Zerbeißkapsel

Arzneimittelgruppe: Organisches Nitrat, Vasodilatator / Antianginosum

Indikationen:

- hypertensiver Notfall mit kardialer Symptomatik
- akute Linksherzinsuffizienz mit kardialem Lungenödem
- Myokardinfarkt (keine routinemäßige Gabe)

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Schock jeder Genese (auch kardiogener Schock)
- Kollaps, Hypotonie, $RR_{syst} \leq 120$ mmHg
- inferioren Infarkt mit rechtsventrikulärer Beteiligung
- gleichzeitige Einnahme von Phosphodiesterase-5-Hemmern (z.B.: Viagra: 24 Std., Levitra: 24 Std., Cialis: 72 Std.)
- schwere stenosierende Herzklappenfehler
- bekannte HOCM (hypertrophe obstruktive Cardiomyopathie)
- V.a. Erhöhung des intrakraniellen Drucks, z.B. bei intrakranieller Blutung
- Schwangerschaft (ärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 Jahren

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit:

gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Kreislaufdysregulation: Blutdruckabfall, Tachykardie
- Flush, Schwindel
- Kopfschmerzen
- Anstieg des intrakraniellen Druckes

Durchführung / Dosierung:

- Anlage eines sicheren i.v.-Zugangs vor Gabe von Glyceroltrinitrat
- Spray nicht schütteln
- Dosierung: 1 x 0,4 mg (1 Hub) sublingual
- einmalige Repetition nach 5 Minuten möglich

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Blutdruckkontrolle (alle 5 Min.)
- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- Interaktionen: verstärkter Blutdruckabfall bei Vormedikation mit Antihypertensiva möglich
- Sofortmaßnahmen bei RR-Abfall: Flachlagerung, Infusion von Vollelektrolytlösung
- Cave: Reflextachykardie

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	148	
				von 172	

Heparin	gültig für	alle	Heparin 5.000 I.E./ml
----------------	------------	------	---------------------------------

Wirkstoff: Heparin - Natrium

Konzentration: 25.000 IE/ml (Amp. 5.000 IE / 0,2 ml), 5.000 IE/ml (Amp. 25.000 IE / 5 ml, Amp. 5.000 IE / 1 ml)

Arzneimittelgruppe: Antikoagulanz

Indikationen:

- akutes Coronarsyndrom
- Lungenembolie (nach Wells-Score lt. BPR)
- akuter peripherer arterieller Verschluss

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Z.n. bekannter Heparin-induzierter Thrombozytopenie (HIT)
- erhöhte Blutungsgefahr (z.B. schwere Leberinsuffizienz, hochgradige Niereninsuffizienz, schwere Thrombozytopenie)
- Z.n. großem operativem Eingriff oder schwerem Trauma in den letzten 4 Wochen
- akute zerebraler oder zerebrovaskulärer Prozess (z.B. ICB)
- gastrointestinale oder urogenitale Blutung
- aktuelles Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni
- aktuelle Beschwerden durch Nieren- oder Harnleitersteine
- akutes Aortensyndrom
- hypertensive Krise bzw. unkontrollierbare schwergradige Hypertonie
- Einnahme oraler Antikoagulanzien (außer ASS)
- Schwangerschaft (ärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 Jahre

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- allergische Reaktion
- Blutungsgefahr
- Heparin-induzierte Thrombozytopenie

Durchführung / Dosierung:

- 5.000 IE i.v.
- keine Repetition

Erfolgsprüfung:

- Bestimmung von Gerinnungsparametern, präklinisch meist nicht möglich

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- auf Blutungen achten

Besonderheiten:

- Cave: unterschiedliche Konzentrationen verfügbar
- erhöhte Blutungsgefahr bei Kombination mit anderen Antikoagulanzien

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	149	
				von 172	

Ibuprofen	gültig für	alle	Ibuprofen mg/ml
-----------	------------	------	--------------------

Wirkstoff: Ibuprofen

Konzentration: 20 mg/ml und 40 mg/ml (Saft / Suspension)
Suppositorium u.a. 75 mg, 125 mg, 150 mg, 250 mg

Arzneimittelgruppe: Nichtopioide-Analgetikum

Indikationen:

- Schmerzen, NRS ≥ 3
- Fiebersenkung beim Kind mit Krampfanfall / Fieberkrampf

Notarztruf

gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Asthma bronchiale, Atemnot in Zusammenhang mit der Einnahme von NSAR
- erhöhte Blutungsgefahr, aktive Blutung
- SHT, V.a. intrakranielle Blutung
- akutes Coronarsyndrom, dekompensierte Herzinsuffizienz
- Niereninsuffizienz, Leberinsuffizienz
- Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni
- schwergradige Dehydratation
- ungeklärte Blutbildungsstörungen
- Schwangerschaft

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 6 Monate / < 7 kg KG

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- allergische Reaktion, schwere Hautreaktionen
- Magen-Darm-Beschwerden
- Kopfschmerz, Schwindel, Tinnitus, Reizbarkeit
- Verschlechterung einer Herzinsuffizienz, Ödeme
- Leber- und Nierenfunktionsstörung
- Blutbildungsstörungen

Durchführung / Dosierung:

Applikation p.o. als Suspension

- 7 - 9 kg KG	6 - 11 Monate	50 mg
- 10 - 15 kg KG	1 - 3 Jahre	100 mg
- 16 - 19 kg KG	4 - 5 Jahre	150 mg
- 20 - 39 kg KG	6 - 11 Jahre	200 mg
- > 40 kg KG	> 12 Jahre	10 mg/kgKG

keine Repetititon

bei Kleinkindern alternativ Gabe als Suppositorium

Erfolgsprüfung (je nach Indikation):

- Schmerzlinderung
- Fiebersenkung

Folgemaßnahmen:

- entsprechend dem BPR "Schmerzen"

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE / NRS

Besonderheiten:

- Cave: Präparate mit unterschiedlichen Konzentrationen, bzw. Wirkstoffmengen verfügbar
- Cave: Zeitabstand > 6 h zu letzter Gabe beachten

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	150	
				von 172	

Ipratropiumbromid	gültig für	alle	Ipratropiumbromid mg/ml
-------------------	------------	------	----------------------------

Wirkstoff: Ipratropiumbromid

Konzentration: 250 µg und 500 µg / 2 ml Inhalationslösung (Präparate mit anderen Konzentrationen verfügbar)

Arzneimittelgruppe: inhalatives Parasympatholytikum

Indikationen:

Bronchialobstruktion:

- Asthmaanfall
- Exacerbation COPD

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- symptomatische Tachykardie / Tachyarrhythmie
- bekanntes Engwinkelglaukom
- Schwangerschaft / Stillzeit (ärztliche Nutzen-Risiko-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 Jahre

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- anaphylaktische Reaktion (u.a. Hautausschlag, selten Urtikaria)
- Tachykardie, Tachyarrhythmie
- Mydriasis, Sehstörungen, Auslösung eines Glaukomanfalls
- Mundtrockenheit, Reizung des Rachens
- Miktionssstörungen
- gastrointestinale Motilitätsstörungen, Übelkeit
- Kopfschmerzen, Schwindel, Unruhe

Durchführung / Dosierung:

- die vernebelte Lösung darf nicht in die Augen gelangen, auf festen Sitz der Maske achten
- Erwachsene und Jugendliche > 12 Jahre: 0,5 mg (500 µg) Inhalation
- **Kinder 6 – 12 Jahre: 0,25 mg (250 µg) Inhalation***
- mit 6 – 8 l O₂/min vernebeln
- Repetition nach 30 Minuten möglich

Erfolgsprüfung:

- Reduktion der Bronchospastik, Besserung der Atemnot

Folgemaßnahmen:

- Prednisolongabe
- ggf. CPAP lt. BPR "Bronchialobstruktion"

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- Auskultation

Besonderheiten:

Cave: Zubereitungen mit unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar

* Text in blau: Ipratropiumbromid 250 µg für Kinder 6 - 12 Jahre findet sich nicht in den SAA / BPR der 6L-AG 2023, sondern nur im Gemeinsamen Rettungsdienstkompendium

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA - BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / BK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	151	
				von 172	

Ketamin	gültig für	alle	KETAmi mg/ml
----------------	------------	------	------------------------

Wirkstoff: Ketamin

Konzentration: 50 mg/ml (Amp. 100 mg / 2 ml)

Arzneimittelgruppe: Analgetikum, Narkotikum (dosisabhängig)

Indikationen:

- starker Schmerz (NRS ≥ 6), entsprechend dem BPR „Starke Schmerzen“

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Bewusstseinstörung (GCS < 12)
- Intoxikation mit psychoaktiven Substanzen, Alkohol, Opioiden
- gesteigerter Hirndruck (ohne adäquate Beatmung)
- ACS, Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz mit kardialer Dekompensation
- schwere hypertensive Entgleisung, hypertensiver Notfall
- RR syst. < 100 mmHg bei Volumenmangelschock
- Schwangerschaft, insbesondere bei Eklampsie / Präeklampsie

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 30 kg KG

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Aufwachreaktionen, Albträume, Unruhe, Schwindel
- Euphorie, Dysphorie, Panikattacken
- Bewusstseinstrübung
- Ateminsuffizienz (dosisabhängig)
- Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz
- Zunahme des intraokularen Drucks (Cave: Glaukom)
- Speichelblut, Übelkeit, Erbrechen

Durchführung / Dosierung:

Kombination von Midazolam und Ketamin zwingend erforderlich →
zuerst Applikation von Midazolam entsprechend der SAA Midazolam

- initial langsam 0,25 mg/kgKG Ketamin i.v.
- Wartezeit 4 Min.
- falls NRS weiter ≥ 6: einmalige Repetition 0,25 mg/kgKG langsam i.v.
- Maximaldosis 0,5 mg/kg KG

Erfolgsprüfung:

- analgetische Wirkung (Reduktion NRS)

Folgemaßnahmen:

- nach BPR „Starke Schmerzen“

Verlaufskontrolle:

- Schmerzskala (NRS)
- Re-Evaluation ABCDE, vollständiges Monitoring

Besonderheiten:

- Cave: Amp. mit unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar
- Wirkeintritt: nach ca. 1 Min., HWZ 10 – 15 Min., Wirkdauer: ca. 20 Min.
- Interaktionen: Wirkungsverstärkung durch zentral dämpfende Mittel, psychotrope Substanzen und Alkohol

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	152	
				von 172	

Metamizol	gültig für	alle	Metamizol _____ mg/ml
------------------	---------------	------	---------------------------------

Metamizol

Erwachsene:
1000 mg als Kurzinfusion

RKN	Notarzt	HS	Notarzt	DU	Notarzt	KR	Notarzt	VIE	Notarzt	OB	Notarzt
MH	Notarzt	MG	Notarzt	DN	Notarzt	KLE	Notarzt	AC	NotSan ★	EU	TNA / NA
SR	AC	TNA / NA	BO	TNA / NA				E	Notarzt	UN	Notarzt
REK	Notarzt	DO	Notarzt	GL	Notarzt	TNA - Bergisches Land		Notarzt	GE	TNA / NA	
HSK	NotSan ★	D		HA		HAMBURG					

Metamizol

Handelsname: Novalgin®
 Größe / Konzentration: 1 g / 2 ml
 Gruppe / Indikation: Analgetikum / abdominelle Schmerzen NRS > 4
 Wirkung: periphere und zentrale Analgesie, antipyretisch
 Kontraindikationen: Unverträglichkeit / Allergie gegen Metamizol, Schwangerschaft, Stillzeit
 Nebenwirkungen: Hypotonie / Schock, Tachykardie, Anaphylaxie, Agranulocytose
 Dosierung: einmalig 1 g / 2 ml in einer Kurzinfusion über 15 Minuten i.v.
 Wirkeintritt: ca. 5 Minuten
 Wirkdauer: 4 – 5 Stunden

*Die Metamizolgabe bedarf einer vorherigen Risikoauklärung und ist daher nicht mehr Teil der BPR / SAA NRW, siehe hierzu auch:

Ärztekammer Nordrhein „**Metamizol und Agranulozytose – Aufklärungspflicht**“
<https://www.aekno.de/page.asp?pageld=17094&noredir=True>

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS. / TvK	01.01.2025	ungültig	153	
				von 172	

Midazolam

gültig
für

alle

Midazolam
mg/ml

Wirkstoff: Midazolamhydrochlorid

Konzentration: 1 mg/ml (zur i.v.-Gabe); 5 mg/ml (zur i.n. / i.m.-Gabe)
Buccolam® Applikationsspritzen zur buccalen Anwendung 5 mg/ml

Arzneimittelgruppe: Benzodiazepin (Antikonvulsivum, Sedativum)

Indikationen:

- anhaltender Krampfanfall / Fieberkrampf
- Analgosedierung (in Kombination mit Esketamin / Ketamin)

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- akute respiratorische Insuffizienz (hypoxisch bedingter Krampfanfall)
- bekannte Allergie bzw. Überempfindlichkeit
bei Analgosedierung zusätzlich:
- Myasthenia gravis
- obstruktive Schlapapnoe (OSAS)
- Schwangerschaft

**Aufklärung und Prüfung der
Einwilligungsfähigkeit:**
gemäß BPR "Aufklärung"

Altersbegrenzung: keine buccale Applikation bei Kindern < 3 Monate

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Müdigkeit, Schläfrigkeit, Amnesie
- Atemdepression, Atemstillstand
- ggf. Blutdruckabfall
- paradoxe Reaktionen (Erregungszustände)

Durchführung / Dosierung:

Antikonvulsive Therapie (adäquat hohe Dosierung erforderlich, nicht titrieren)

Kinder und Jugendliche

- 3 – 11 Monate: 2,5 mg in 0,5 ml **buccal**; keine Repetition
- 1 – 4 Jahre: 5,0 mg in 1,0 ml **buccal**; keine Repetition
- 5 – 9 Jahre: 7,5 mg in 1,5 ml **buccal**; einmalige Repetition möglich
- 10 – 17 Jahre: 10 mg in 2,0 ml **buccal**; einmalige Repetition möglich

nasal per MAD®:

- ab dem 3. LM – 10 kg KG: 2,5 mg i.n.
- 10 – 20 kg: 5 mg i.n.
- > 20 kg: 10 mg i.n.

Repetiton erst bei Kindern > 10 kg KG

Erwachsene:

0,1 mg/kgKG Midazolam i.v.

10 mg **nasal per MAD®** (1 ml = 5 mg pro Nasenloch)

10 mg in 2 ml **buccal**

einmalige Repetition möglich, **Maximaldosis 20 mg**

Analgosedierung in Kombination mit Esketamin / Ketamin

Kinder > 10 kg KG: 1 mg langsam i.v.

Erwachsene und Jugendliche > 50 kg KG: 2 mg langsam i.v.

Erwachsene > 60 Jahre, < 50 kg KG oder mit einschränkenden chronischen Krankheiten: 1 mg langsam i.v.

Erfolgsprüfung:

- Unterbrechung des Krampfanfalls
- Müdigkeit / Schläfrigkeit bei Analgosedierung

Folgemaßnahmen:

- repetitive Gabe, sofern oben beschrieben
- bei respiratorischer Insuffizienz → Atemanweisungen, ggf. Beutel-Masken-Beatmung

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE, vollständiges Basis-Monitoring

Besonderheiten:

intranasale Gabe von Midazolam ist „Off-label-use“ (s. allg. Erläuterungen zu SAA „Medikamente“)

- Cave: unterschiedliche Konzentrationen verfügbar
- Interaktionen: Wirkungsverstärkung durch Alkohol, zentral dämpfende Med., Opioide u.a.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / Tvk	01.01.2025	ungültig	154	
				von 172	

Morphin	gültig für	alle	Morphin _____ mg/ml
----------------	------------	------	-------------------------------

Wirkstoff: Morphinsulfat

Konzentration: 10 mg/ml (Amp. 10 mg / 1 ml) bzw. 20 mg/ml (20 mg / 1 ml)

Arzneimittelgruppe: μ -Opioidrezeptoragonist, BtM

Indikationen:

- starke und stärkste Schmerzen NRS ≥ 6

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Schwangerschaft
- Vigilanzminderung (z.B. SHT mit Risiko eines erhöhten intrakraniellen Drucks)
- Atemdepression
- Ileus

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Patienten < 30 kg KG

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Übelkeit, Erbrechen, Obstipation
- Atemdepression, Hypoventilation
- Blutdruckabfall
- Benommenheit, Schwindel, Euphorisierung
- Miosis
- Histaminausschüttung

Durchführung / Dosierung:

- fraktionierte, langsame Gabe intravenös in 2 mg-Schritten im Abstand von 3 – 4 Minuten, Maximaldosis 10 mg

Überdosierung - Gegenmaßnahmen:

- Atemdepression, Atemstillstand, Bewusstseinsverlust
→ Kommandoatmung anwenden
→ bei Abfall der SpO₂: Sauerstoff applizieren
→ assistierte Beatmung (Beutel-Maske-Beatmung): BPR Atemwegsmanagement
→ Ultima ratio: Naloxon titrieren: SAA Naloxon
- bei Übelkeit und Erbrechen: SAA Dimenhydrinat

Erfolgsprüfung:

- Schmerzlinderung, Stressreduktion

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE, fortgesetztes Monitoring, Kapnografie
- Schmerzmessung (NRS)

Besonderheiten:

- weltweit Opioid mit der größten Anwendungserfahrung
- Referenzsubstanz zum Vergleich der Wirkstärke unter den Opioiden
- Senkung der Vor- und Nachlast am Herzen
- sedierende Wirkung
- langsame Applikation vermindert Übelkeit
- Cave: Wirkungsverstärkung und erhöhtes Risiko von Atemdepression in Kombination mit Alkohol- / Drogenkonsum / zentral dämpfenden Medikamenten (Benzodiazepine o.ä.)
- Cave: Ampullen mit unterschiedlichen Konzentrationen im Handel
- Cave: bei Opioidabhängigkeit / Substitution mit Methadon strenge Indikationsstellung

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	155	
				von 172	

Wirkstoff: Nalbuphinhydrochlorid**Konzentration:** 10 mg/ml (Am. 20 mg / 2 ml)**Arzneimittelgruppe:** μ -Opioidrezeptor-Partialantagonist / κ -Opioidrezeptoragonist (kein BtM nach BtMG)**Indikationen:**

- starke Schmerzen NRS ≥ 6

Notarztrufgemäß lokalem
NA-Indikationskatalog**Kontraindikationen:**

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Schwangerschaft
- Vigilanzminderung
- schwere Leberschäden und Nierenschäden
- Dauertherapie mit Opioiden (μ -Rezeptoragonisten wie Morphin, Fentanyl, Methadon o.ä.)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Patienten < 30 kg KG

(Cave: besondere Erfahrung bei Kindern notwendig)

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"**Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:**

- Übelkeit, Erbrechen
- Sedierung
- Atemdepression, Hypoventilation

Durchführung / Dosierung:

- Kinder und Erwachsene unter 65 Jahre fraktioniert bis 0,2 mg/kgKG i.v.
- Erwachsene > 65 Jahre fraktioniert bis 0,1 mg/kgKG i.v.
- Kinder < 12 Jahre: falls NRS ≥ 6 – einmalige Repetition von 0,1 mg/kgKG i.v.
- Maximaldosis 20 mg
- i.m. und s.c. möglich (Dosisanpassung)

Überdosierung - Gegenmaßnahmen:

- Atemdepression, Atemstillstand, Bewusstseinsverlust
→ Kommandoatmung anwenden
→ bei Abfall der SpO₂: Sauerstoff applizieren
→ assistierte Beatmung (Beutel-Maske-Beatmung): BPR Atemwegsmanagement
→ Ultima ratio: Naloxon titrieren: SAA Naloxon
- bei Übelkeit und Erbrechen: SAA Dimenhydrinat

Erfolgsprüfung:

- Schmerzlinderung, Stressreduktion

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE, fortgesetztes Monitoring, Kapnografie
- Schmerzmessung (NRS)

Besonderheiten:

- kein BtMG-pflichtiges Opioid, daher keine erweiterte Dokumentationspflicht
- analgetische Wirkung durch Agonismus am κ -Rezeptor
- Antagonismus am μ -Rezeptor (wie Naloxon)
- Wirkstärke im Vergleich zu Morphin ca. 0,7
- **Cave: Ceiling-Effekt beachten – keine Wirkverstärkung bei Dosissteigerung**
- geringes Risiko einer Atemdepression
- **Cave: Risiko einer Entzugsymptomatik bei Opioidabhängigkeit und Methadonsubstitution**
- **Cave: Auftreten starker Schmerzen bei Patienten mit chronischen Schmerzen unter Behandlung mit μ -Rezeptoragonisten möglich**

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	156 von 172	i

Naloxonhydrochlorid	gültig für	alle	Naloxon mg/ml
----------------------------	------------	------	-------------------------

Wirkstoff: Naloxonhydrochlorid

Konzentration: 0,4 mg/ml (Amp. 0,4 mg / 1 ml)

Arzneimittelgruppe: Opioidrezeptorantagonist / Antidot

Indikationen:

- Opioidintoxikation mit nicht lösbarem A- / B-Problem
- Opioid-Überdosierung mit nicht lösbarem A- / B-Problem

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- **keine** bei anders nicht lösbarem A- / B-Problem

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 30 kg KG

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Auslösen eines akuten Entzugssyndroms bei Opioidabhängigkeit
- überschießende Reaktion mit Schwindel, Schwitzen, Tremor, Muskelkrämpfen, Tachykardie, Blutdruckanstieg
- Auftreten von Schmerzen

Durchführung / Dosierung:

- Verdünnung der Ampulle zu 1 ml mit NaCl 0,9% auf 4 ml, so dass 1 ml = 0,1 mg
- fraktionierte, langsame Gabe intravenös in 0,1 mg-Schritten alle 2 Minuten bis suffiziente Spontanatmung und Schutzreflexe vorhanden sind
- intramuskuläre und intranasale Gabe möglich (Dosisanpassung)

Erfolgsprüfung:

- Einsetzen suffizienter Spontanatmung
- Besserung der Vigilanz mit Vorhandensein der Schutzreflexe

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- regelmäßige Evaluation der Schutzreflexe

Besonderheiten:

- Wirkeintritt: schnell, innerhalb von 1 – 2 Minuten,
- die Gabe von Naloxon kann zum akuten Opioid-Entzugssyndrom führen
- Cave: erneute Opiatwirkung nach Abbau von Naloxon möglich → fortgesetzte Überwachung zwingend erforderlich

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	157	
				von 172	

Ondansetron	gültig für	alle	ONDANsetron mg/ml
--------------------	------------	------	-----------------------------

Wirkstoff: Ondansetron

Konzentration: 4 mg / 2 ml

Arzneimittelgruppe: Serotoninantagonist (5-HT₃), Antiemetikum

Indikationen:

- Opiatinduzierte Übelkeit, chemotherapieinduzierte Übelkeit, massives Erbrechen bei Erwachsenen

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Schwangerschaft, Stillzeit
- bekanntes Long-QT-Syndrom,
- V. a. Ileus

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 Jahren

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Flush
- Hypotonie
- Kopfschmerzen, Sehstörungen, Dyskinesien
- QT-Zeit-Verlängerung

Durchführung / Dosierung:

- 4 mg langsam i.v.

Erfolgsprüfung:

- Reduktion von Übelkeit und Erbrechen

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	158 von 172	

Paracetamol	gültig für	alle	Paracetamol _____ mg/ml
--------------------	------------	------	-----------------------------------

Wirkstoff: Paracetamol

Konzentration: 10 mg/ml (Kurzinfusion 1 g / 100 ml)
Supp. 75 mg, 125 mg, 250 mg, 500 mg

Arzneimittelgruppe: Nicht-Opioid-Analgetikum, antipyretisch wirksam

Indikationen:

- Schmerzen NRS ≥ 3
- Fiebersenkung beim Kind mit Krampfanfall / Fieberkrampf

Notarztruf
gemäß lokalem
NA-Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit gegen Paracetamol oder andere nichtsteroidale Antiphlogistika
- kritischer Zeitabstand zu letzter Gabe unterschritten oder Höchstdosis erreicht
- Leberfunktionsstörung (z.B. bei schwerer Mangelernährung, Alkoholabusus)
- hochgradige Niereninsuffizienz, Dialyse
- Schwangerschaft (ärztl. Indikationsstellung)
- bekannter Glukose-6-phosphat-Dehydrogenase-Mangel
- Blutbildungsstörungen angeboren oder erworben

Altersbegrenzung: bei Anwendung durch NotSan: siehe Durchführung / Dosierung

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Verschlechterung einer Leberfunktionsstörung
- allergische Haut- und Schleimhautreaktionen
- selten Hypotonie, Kreislaufkollaps
- Blutbildungsstörungen

Durchführung / Dosierung:

Kinder < 10 Jahre → rektaleApplikation

(Dosierung identisch zur Schmerztherapie und Fiebersenkung)

- Kinder 7 - 12 kg KG / 6 Monate - 2 Jahre: 125 mg
- Kinder 13 - 25 kg KG / 2 - 8 Jahre: 250 mg
- Kinder 26 - 43 kg KG / 8 - 12 Jahre: 500 mg

Erwachsene und Kinder > 10 Jahre → Kurzinfusion

- Pat.: 33 - 50 kg KG: 15 mg/kg KG i.v.
- Pat.: > 50 kg KG: 1000 mg i.v.
- als einmalige Kurzinfusion über 15 Minuten i.v., keine Repetition
- **nicht zu applizierende Menge vor Gabe abziehen und verwerfen**

Erfolgsprüfung (nur bei Schmerz):

- analgetische Wirkung, Reduktion schmerzbedingter Anspannung

Folgemaßnahmen (nur bei Schmerz):

- lt. BPR „Schmerzen“

Verlaufskontrolle (nur bei Schmerz):

- Re-Evaluation ABCDE
- je nach Indikation: Schmerzskala (NRS) oder Temperaturmessung

Besonderheiten:

Cave: Zeitabstand > 6 Stunden zu letzter Gabe beachten

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	159	
				von 172	

Prednisolon	gültig für	alle	
--------------------	------------	------	---

Wirkstoff: Prednisolon

Konzentration: 50 mg/ml (z.B. Amp. 250 mg / 5 ml Lösungsmittel),
Supp. oder Rectalkapsel 100 mg

Arzneimittelgruppe: Glukokortikoid

Indikationen:

- Anaphylaxie mit Atemstörung oder Schock
- Bronchialobstruktion
- Pseudokrupp

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit

Altersbegrenzung: keine

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Hyperglykämie
- Immunsuppression

Durchführung / Dosierung:

Anaphylaxie:

- Erwachsene und Kinder > 12 Jahre 250 mg i.v.
- Kinder < 12 Jahre 100 mg rect.

Bronchialobstruktion:

- Erwachsene und Kinder > 12 Jahre 100 mg i.v.
- Kinder < 12 Jahre 100 mg rect.

Pseudokrupp:

- Kleinkinder 100 mg rect.

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

sofern anstatt von Prednisolon ein anderes Cortison-Präparat vorrätig gehalten wird, ist die anzuwendende Dosis äquivalent zu berechnen

Prednisolon-Äquivalent:

5 mg Prednisolon = 0,75 mg Dexamethason
= 4 mg Methylprednisolon
= 4 mg Triamcinolon

Wirkeintritt: verzögert, unspezifische frühzeitige Effekte nach 10 - 20 Min.

Wirkdauer: 4 - 6 Stunden

i

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	160	
				von 172	

Salbutamol	gültig für	alle	Salbutamol mg/ml
-------------------	------------	------	----------------------------

Wirkstoff: Salbutamol

Konzentration: 1,25 mg / 2,5 ml Fertiginhalat, Zubereitungen mit anderen Konzentrationen verfügbar

Arzneimittelgruppe: β_2 -Sympathomimetikum

Indikationen:

Bronchialobstruktion

- Asthma-Anfall
- Exacerbation COPD
- Inhalationstrauma mit Bronchospastik

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- symptomatische Tachykardie / Tachyarrhythmie
- Überdosierung mit β_2 - Sympathomimetika
- schwere kardiale Vorerkrankungen, akutes Coronarsyndrom, Myokardinfarkt

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 4 Jahre

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Reizung im Mund / Rachenbereich
- Tachykardie, HRST, Extrasystolie
- Unruhe, Schwindel, Tremor
- Wehenhemmung (Cave: kreißende Schwangere)

Durchführung / Dosierung:

- Erwachsene und Kinder > 12 Jahre: **2,5 mg**
- Kinder 4 - 12 Jahre: **1,25 mg**
- mit 6 – 8 l O₂/min vernebeln
- einmalige Repetition nach 10 Minuten möglich

Erfolgsprüfung:

- Reduktion der Bronchospastik, Besserung der Atembeschwerden

Folgemaßnahmen:

- Inhalation von Ipratropiumbromid lt. BPR (nur bei Pat. \geq 12 Jahre)

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- Auskultation

Besonderheiten:

Cave: Zubereitungen mit unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L - AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	161	
				von 172	

Sauerstoff	gültig für	alle
-------------------	------------	------



Wirkstoff: Sauerstoff

Konzentration: 0,5 - 15 l/min, F_iO_2 21 – 100 %, F_iO_2 0,21 – 1,0

Arzneimittelgruppe: medizinisches Gas

Indikationen:

- Hypoxämie
- Intoxikation mit Kohlenmonoxid
- Tauchunfall / Dekompressionskrankheit

Notarztruf

gemäß lokalem Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Hyperoxie

Altersbegrenzung: keine

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Hyperoxie mit Resorptionsatelektasen
- Bildung freier Radikale mit coronarer und cerebraler Vasokonstriktion

Durchführung / Dosierung:

Applikation über Nasenbrille oder Gesichtsmaske

- Nasenbrille: Fluss < 5 l/min
- Gesichtsmaske: Fluss \geq 5 l/min

Startdosis (Voraussetzung: spontan atmender Patient)

Pat. ohne Hyperkapnierisiko \rightarrow Ziel: SpO_2 92 – 96%

Pat. mit Hyperkapnierisiko \rightarrow Ziel: SpO_2 88 – 92%

Erläuterung Hyperkapnierisiko:

Patienten mit COPD, Mukoviszidose (CF), Thoraxdeformitäten, neuromuskulären Erkrankungen, Adipositas per magna (BMI $>$ 40 kg/m²)

Hochdosierte Sauerstoffgabe (15 l/min) ohne Zielwert:

- Patient ohne Pulsoximetriesignal und kritisch krank (z.B. Herzkreislaufstillstand)
- schwere Atemnot
- CO-Intoxikation
- Tauchunfall / Dekompressionskrankheit

Erfolgsprüfung:

- Anstieg SpO_2

Folgemaßnahmen:

- Behandlung der Grunderkrankung

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE, vollständiges Basismonitoring

Besonderheiten:

- **beatmete Patienten: Ziel - SpO_2 92 – 96%**

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	162	
				von 172	

Urapidil	gültig für	alle	Urapidil mg/ml
-----------------	------------	------	--------------------------

Wirkstoff: Urapidil

Konzentration: 5 mg/ml (Amp. 25 mg / 5 ml, Amp. 50 mg / 10 ml)

Arzneimittelgruppe: Antihypertensivum, peripherer α_1 -Rezeptorenblocker mit zusätzlicher zentraler Wirkung

Indikationen:

- hypertensiver Notfall ($RR_{syst} > 220$ mmHg)
- akutes Aortensyndrom mit Hypertonie
- Schlaganfall mit $RR_{syst} > 220$ mmHg oder $RR_{diast} > 120$ mmHg

Notarztruf

gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- bekannte, nicht korrigierte Aortenisthmusstenose
- Schwangerschaft und Stillzeit

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 J.

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR "Aufklärung"

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- überschießender Blutdruck-Abfall
- orthostatische Dysregulation
- Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit
- Übelkeit, Erbrechen

Durchführung / Dosierung:

hypertensiver Notfall / Schlaganfall:

- 5 mg langsam i.v.
- repetitive Gabe, titriert bis $RR_{syst} < 220$ mmHg
- max. Senkung 20 % des Ausgangswertes (RR_{syst})
- Maximaldosis 25 mg

akutes Aortensyndrom:

- 5 mg langsam i.v.
- repetitive Gabe, titriert bis $RR_{syst} < 140$ mmHg
- Maximaldosis 25 mg

Erfolgsprüfung:

- Blutdruck-Senkung
- Reduktion der Symptome

Folgemaßnahmen:

- repetitive Gabe (Zielbereich beachten)

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- engmaschige (3 - 5 minütliche) Blutdruck-Messung

Besonderheiten:

- Cave: bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen
- Wirkungsverstärkung bei gleichzeitiger Medikation mit anderen Antihypertensiva
→ nicht kalkulierbarer Blutdruckabfall möglich

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	163	
				von 172	

Vollelektrolytlösung	gültig für	alle
-----------------------------	------------	------

Vollelektrolytlösung

Erwachsene und Kinder > 12 Jahre:
bedarfsorientiert - abhängig von Ziel und Indikation

RKN RS ★	HS RS ★	DU RettAss	KR RS ★	VIE RS	OB RS
MH RS	MG RS	DN RS	KLE RettAss	AC RS ★	EU RS
SR AC RS ★	BO RS	HER RS	BOT RS	E RS	UN RS ★
REK	DO RS*	GL RettAss	TNA - Bergisches Land	RettAss ★	GE RettAss
HSK RS ★	D RettAss ★	HA	HAM		

*DO: RS ausschließlich bei Reanimationen

Arzneimittelgruppe: kristalloide Infusionslösung, balancierte Vollelektrolytlösung

Indikationen:

Flüssigkeits- und Volumenmangel:

- Blutung / hämorrhagischer Schock (möglichst nach Blutstillung)
- schwergradige Dehydratation (z.B. bei massivem Erbrechen, Diarrhoe)
- Anaphylaxie / anaphylaktischer Schock
- Sepsis / septischer Schock
- thermische Verletzung (z.B. Verbrennungen)
- kritische Hyperglykämie (Erwachsene > 250 mg/dl, Kinder > 200 mg/dl)

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Weitere Indikationen:

- Schlaganfall

Kontraindikationen:

Hypervolämie, z.B. im Rahmen von:

- kardialer Dekompensation, z.B. mit pulmonaler Stauung
- Niereninsuffizienz mit Oligo- / Anurie

Altersbegrenzung:

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit:

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Hyperhydratation (Überwässerung)
- Dilution (Verdünnung und ggf. Verstärkung einer Blutung)

Durchführung / Dosierung:

Flüssigkeits- und Volumenmangel bei Z.n. Blutung, Anaphylaxie, Sepsis, Verbrennung und kritischer Hyperglykämie

- Erwachsene und Kinder > 12 Jahre: 500 – 1000 ml i.v.
 - Kinder < 12 Jahre: 10 ml/kgKG i.v.
- einmalige Repetition möglich

Schlaganfall mit RR syst. < 120 mmHg

- Erwachsene und Kinder > 12 Jahre: 500 – 1000 ml i.v.

Erfolgsprüfung:

- präklinisch nur eingeschränkt möglich: z.B. Besserung der Hämodynamik

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

relativ kurzzeitiger intravasaler Volumeneffekt

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	
SAA / BPR 6L-AG	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	164	
				von 172	

Kapitel 5	gültig für	alle
------------------	---------------	-------------

5

Sonstiges

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / RM / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	165	
				von 172	

Glossar	gültig für	alle
----------------	------------	-------------

Wort	Erklärung
ACLS	Unter Advanced Cardiac Life Support (ACLS) versteht man die in den Richtlinien der Fachgesellschaften European Resuscitation Council (ERC) und American Heart Association (AHA) beschriebenen erweiterten Maßnahmen im Rahmen einer Reanimation
ADP-Antagonist	Arzneimittel, die den „ADP-Rezeptor“ hemmen. Diese werden zur Thrombozytenaggregationshemmung eingesetzt.
Alpha-1-Rezeptor	Rezeptoren des vegetativen Nervensystems, die vorwiegend auf Noradrenalin reagieren und eine Vasokonstriktion an der glatten Muskulatur von Blutgefäßen auslösen.
Aphasia	Sprachstörung
Apraxie	Störung bei der Ausführung willkürlicher Bewegungen
Ataxie	Störung der Bewegungskoordination
AVPU	Das AVPU-Schema ist eine einfache klinische Klassifikation zur initialen Beurteilung der Vigilanz eines Notfallpatienten.
BLS	Basic Life Support
BPR	Behandlungspfad Rettungsdienst
Broselow-Farben	Die Broselow - Farben sind auf einem farbkodiertem Maßband aufgedruckt und werden für pädiatrische Notfälle herangezogen. Anhand der Farben auf dem Lineal wird eine Verbindung der Körpergröße zum ungefähren Körpergewicht generiert, um damit die passenden Medikamentendosierungen, medizinischen Gerätegrößen und Defibrillator - Schockstärken zu ermitteln.
CPAP	Die CPAP-Beatmung (Continuous Positive Airway Pressure) ist eine Beatmungsform, die die Spontanatmung des Patienten mit einem dauerhaften Überdruck (PEEP) kombiniert.
CRM	Crew-Resource-Management
DOAK	Direkte Orale Antikoagulanzien, wie z.B. Eliquis®, Pradaxa® oder Xarelto®
eCPR	Extracorporeale Cardio Pulmonale Reanimation
EMK	Erster Medizinischer Kontakt (FMC – first medical contact) nach ESC-Leitlinien STEMI 2017 soll bei Patienten mit Brustschmerz innerhalb von maximal 10 Minuten ein 12-Kanal-EKG geschrieben und befunden werden
ERC	European Resuscitation Council
ESC	European Society for Cardiology
EtCO ₂	endtidales Kohlenstoffdioxid
EVM	Erweiterte Versorgungsmaßnahmen durch Rettungsfachpersonal.
FAST	Akronym zur Symptomatik bei Apoplexpatienten. Face (Gesicht), Arm, Speech (Sprache) und Time (Zeit)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	166	
				von 172	

Glossar	gültig für	alle
----------------	------------	-------------

Wort	Erklärung
FBAO	FBAO steht für foreign-body airway obstruction (engl.) und bedeutet "Atemwegsverlegung durch einen Fremdkörper".
FiO ₂	Der FiO ₂ bezeichnet den inspiratorischen Sauerstoffanteil eines (beatmeten) Patienten
First-Pass-Effekt	Der First-Pass-Effekt beschreibt die Menge eines Wirkstoffes, die bei der ersten Passage des Leberkreislaufes abgebaut wird und damit keine Wirkung entfalten kann.
GIT-Blutung	Gastrointestinale Blutung Synonyme: GI-Blutung, GIB, Magen-Darm-Blutung
H ₁ - / H ₂ -Antihistaminika	Antihistaminika sind Substanzen, die eine Bindung des Botenstoffs Histamin an die Rezeptoren vom Typ H ₁ bzw. Typ H ₂ blockieren. Diese Arzneimittel werden bei allergischen Reaktionen eingesetzt.
IPPV	IPPV ist eine Form der volumenkontrollierten maschinellen Beatmung, die vollständig automatisch mit Beatmungsgeräten durchgeführt wird.
ITN	Intubationsnarkose
LV ÄL RD NRW	Landesverband der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Nordrhein Westfalen
MAD	Verneblung eines Wirkstoffes in 30µm große Tröpfchen durch Zerstäubung in der Nase. Die Wirksubstanzen werden über das Schleimhautgewebe in den Blutkreislauf resorbiert, wodurch der First-Pass-Effekt (Umwandlung in der Leber) umgangen wird.
MAP (MAD)	Mean Arterial Pressure = Mittlerer arterieller Druck (MAD) $\text{RR}_{\text{diast.}} + (\text{RR}_{\text{syst.}} - \text{RR}_{\text{diast.}}) \div 3$ $(\text{z.B. } 80 \text{ mmHg} + (120 - 80) \div 3 \rightarrow 80 + 40 \div 3 \rightarrow 80 + 13,3 \rightarrow \text{MAP} = 93 \text{ mmHg})$
MAO - Hemmer	Monoaminoxidase-Hemmer sind Arzneimittel aus der Gruppe der Antidepressiva
Mastzelldegranulation	Mastzellen können im Schleimhautgewebe Antikörper auf ihrer Zellmembran binden und bei Kontakt die im Zellinneren gebildeten Granula ausschütten. Die Granulastoffe sind v.a. Histamin, Serotonin und Prostaglandin, sie fördern die allergische Reaktion.
mSTART	Der mSTART-Algorithmus definiert einen Einsatzstandard für einen Massenanfall (MANV) von Verletzten unter Berücksichtigung von medizinischen und organisatorischen Erfordernissen die erste Sichtung
Myasthenia gravis	Myasthenia gravis führt zu einer Muskelerkrankung durch eine fehlgesteuerte Immunreaktion von Antikörpern, die eine Störung der Impulsübertragung zwischen Nerv und Muskel bewirken.
NIPPV	Nicht-invasive, jedoch kontrollierte Überdruckbeatmung
NIV	Die nicht-invasive Beatmung, kurz NIV, ist die mechanische Atemhilfsunterstützung oder Beatmung ohne Intubation.
NSTE-ACS	Akuter Brustschmerz (ACS) ohne persistierende ST-Strecken-Erhöhung

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	167	

Glossar	gültig für	alle
----------------	------------	-------------

Wort	Erklärung
Palpitationen	Palpitationen sind Herzaktionen, die vom Patienten selbst als ungewöhnlich schnell, angestrengt, kräftig oder unregelmäßig wahrgenommen werden.
Paravasat	Ein Paravasat entsteht bei Injektionen oder Infusionen, wenn die Injektions- oder Infusionsflüssigkeit unbeabsichtigt in das Gewebe neben dem punktierten Gefäß gelangt, statt in das Gefäß selbst.
PCI	Perkutane-Katheterintervention bei koronaren Durchblutungsstörungen.
PDE-5-Hemmer	Arzneimittel, die das Enzym „Phosphodiesterase-5“ hemmen. Diese haben einen gefäßweitstellenden Effekt und werden u.a. bei Erektionsproblemen eingesetzt.
PEA	Pulslose elektrische Aktivität
POCUS	Point-of-Care Ultraschall (ultrasound) - ortsungebundene, mobile (am Einsatzort) durchgeführte Sonographie
Positiv chronotrop	Als Chronotropie bezeichnet man die Einflussnahme auf die Geschwindigkeit der Erregungsbildung bzw. die Frequenz der Aktionspotentiale im Sinusknoten des Herzens. Die Chronotropie bestimmt die Schlagfrequenz des Herzens.
Positiv dromotrop	Dromotrop bedeutet "die Erregungsleitung des Herzens beeinflussend"
Positiv inotrop	Als Inotropie bezeichnet man die Beeinflussung der Kontraktionskraft des Herzens. Positive Inotropie bedeutet, dass die Kraft gesteigert wird.
ppm	Der englische Ausdruck parts per million (ppm, zu Deutsch „Teile von einer Million“, Millionstel) steht für die Zahl 10^6
Präduktal	vor der Mündung des Ductus
Präexzitation	Unter Präexzitation versteht man in der Rhythmologie eine vorzeitige Erregung der Herzkammer über eine antegradleitende, angeborene Bahn, die parallel zum AV-Knoten liegt.
Prednisolon-Äquivalent	Prednisolon gehört zur Gruppe der synthetischen, also der künstlich hergestellten Glukokortikoide. Mit dem Begriff „Prednisolon-Äquivalent“ werden chemisch unterschiedliche Kortisonpräparate im Hinblick auf ihre Wirksamkeit und das Nebenwirkungsrisiko vergleichbar gemacht.
Progredient	Progredient bedeutet "fortschreitend". Eine progrediente Erkrankung zeigt einen zunehmendes Fortschreiten einer Krankheit bzw. eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes.
Prostatahyperplasie	Prostatahyperplasie bezeichnet die gutartige Vergrößerung der Vorsteherdrüse (Prostata) durch Zunahme der Zellzahl, die zu einer Einengung der Harnröhre des Mannes führt.
Pulslose VT (pVT)	Pulslose Ventrikuläre Tachykardie
Pyramidenprozess	Arbeitsgruppe des Bundesverbandes der ÄLRD zu den möglichen Kompetenzen von Notfallsanitätern, insbesondere in Bezugnahme auf (invasive) Notfallmaßnahmen und Medikamentengaben.
Qualifizierungslevel	Im „Gemeinsamen Kompendium Rettungsdienst“ werden - abhängig von der Qualifikation der Mitarbeiter - unterschiedliche Zertifizierungsstufen unterteilt. Diese werden als Qualifizierungslevel bezeichnet. Welche Qualifizierungslevel unterschieden werden und welche Maßnahmen jeweils hinterlegt sind, obliegt der jeweiligen Gebietskörperschaft.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	168	
				von 172	

Glossar	gültig für	alle
----------------	------------	-------------

Wort	Erklärung
qSOFA	quick Sepsis Related Organ Failure Assessment
Refraktär	Refraktär bedeutet "unempfindlich" bzw. "nicht beeinflussbar".
Repetition	Repetition beschreibt eine Wiederholung. In der Notfallmedizin z.B. die wiederholte Medikamentengabe.
ROSC	Als Return Of Spontaneous Circulation , kurz ROSC, wird die Rückkehr eines Spontankreislaufs nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand bezeichnet
Sauerstoffsättigung	Die Sauerstoffsättigung (sO_2) gibt an, wie viel Prozent des gesamten Hämoglobins im Blut mit Sauerstoff beladen ist
SAA	Standard - Arbeitsanweisung
SOP	Standard Operating Procedure, auf Deutsch etwa Standardvorgehensweise
sPESI	simplified Pulmonary Embolism Severity Index
β_1 -Rezeptor	Gelegentlich als herzspezifisch bezeichnet, obwohl sie auch in anderen Organen nachweisbar sind.
β_2 -Mimetika	Beta-2-Sympathomimetika sind Arzneimittel, die an den Beta-2-Rezeptoren des sympathischen Nervensystem die Wirkung von Katecholaminen imitieren. Sie werden zur Erweiterung der Bronchien eingesetzt.
Trimenon	Als Trimenon bezeichnet man ein Schwangerschaftsdrittel innerhalb einer Schwangerschaftsphase. Ein Trimenon umfasst jeweils ca. 3 Monate bzw. 13 Wochen.
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung (Nebenwirkung)
Valsalvamanöver	Als Valsalva-Manöver oder Valsalva-Versuch bezeichnet man die forcierte Exspiration gegen die verschlossene Mund- und Nasenöffnung bei gleichzeitigem Einsatz der Bauchpresse.
VF	Ventrikuläres Flimmern (Kammerflimmern / <i>ventricular fibrillation</i>)
VKA	Vitamin-K-Antagonisten, wie z.B. Marcumar®
VKOF	Verbrannte Körperoberfläche
Vorhofmyxom	Gutartiger Tumor in den Vorhöfen (> 80 % im linken Vorhof). Bei Zunahme der Tumormasse werden sie symptomatisch mit z.B. Herzrhythmusstörungen, Dyspnoe und Synkopen. Wenn sich Thromben vom Myxom lösen können sie Lungenembolie, Schlaganfall oder periphere arterielle Verschlüsse verursachen.
V ₂ iSiOn	Akronym - steht für: V asopressor erhalten? / V entilation begonnen? / S ystolischer Blutdruck < 90 mmHg? / O ₂ - Sättigung (SpO_2) unter Raumluft < 90 % / n icht normales Bewusstsein (GCS < 15 Punkte)
WASB	Akronym für die Beurteilung der Vigilanz eines Notfallpatienten. Wach, Reaktion auf Ansprache, Reaktion auf Stimulation und Bewusstlos.

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	169	
				von 172	

Literaturverzeichnis	gültig für	alle
-----------------------------	---------------	-------------

Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie 2024/25
2023, Karow, Lang

Innere Medizin 2023
2023, Herold

Logbuch der Notfallmedizin
Dick, Ahnefeld, Knuth

Springer-Verlag

Medikamente in der Notfallmedizin
Bastigkeit

Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey

Notkompetenz – System
Lechleuthner, Funk

Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey

Die Notkompetenz der Rettungsassistentin und des Rettungsassistenten
Hennes, DRK Rheinland – Pfalz

Reba-Verlag

Qualitätssicherung im Rettungsdienst
Otto, Hennes

Reba-Verlag

Rettungsgesetz Nordrhein – Westfalen

Notfallsanitätergesetz

Notfallmedizin 20, 1994 (40 – 41)

Stellungnahme zur Notkompetenz des Rettungsassistenten, BÄK

ERC 2021
Guidelines

„Rettungsdienst“

Nasale Applikation von Midazolam

Verlagsgesellschaft Stumpf & Kossendey

Algorithmen im Rettungsdienst – die 27 wichtigsten Notfälle

Peters, Runggaldier

Verlag Urban & Fischer

Kursbuch Notfallmedizin

Ellinger K, Osswald PM, Genzwürker H (Hrsg.)

Deutscher Ärzte Verlag

Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Asthma

Deutsche Atemwegsliga

Lehrbuch für präklinische Traumatologie – ITLS®

Campbell

Pearson-Verlag Stuttgart

Clinical Practice Guidelines 2013 - UK Ambulance Services

Joint Royal College Ambulance Liaison Committee

The University of Warwick

Class Professional Publishing, The Exchange

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / MzN / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS / TvK	01.01.2025	ungültig	170	
				von 172	

Literaturverzeichnis	gültig für	alle
-----------------------------	---------------	-------------

Notfallmanagement – Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin
St. Pierre, Hofinger, Buerchaper Springer-Verlag

Präklinisches Traumamanagement; Das PHTLS®-Konzept
Hrsg. NAEMT Elsevier-Verlag

Advanced Medical Life Support – Präklinisches und klinisches Notfallmanagement
Hrsg. NAEMT Elsevier-Verlag

Pediatric Education for Prehospital Professionals
American Academy of Pediatrics Jones and Bartlett Publishers

Algorithmen für professionelle Helfer in präklinischen Notfallsituationen; SMEDRIX 2.0
Swiss medical rescue Comission / SMEDREC

Standardisiertes Vorgehen in der Prähospitalphase des Schlaganfalls
Kessler C, Khaw AV, Nabavi DG, Glahn J, Grond M, Busse O
Deutsches Ärzteblatt; 108; 36, S.585-591

S2e - Leitlinie zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls AWMF-Leitlinien
Registernummer: 030 - 046 Version 5.1 (inkl. Amendment Okt. 22)

Evidenzbasierte Triage von verletzten Patienten am Unfallort
Trentzsch H, Urban B, Huber-Wagner S
Notfall Rettungsmed 2012 15:709-713, Springer- Verlag Berlin
Heidelberg

Risikomanagement und Human Factor in der Akutmedizin
Burghofer, K, Lackner CK - Notfall Rettungsmed 2012 15:9-15 DOI 10.1007/s10049-011-1493-1,
Springer- Verlag Berlin

The Better the Team, the Safer the World - Golden Rules of Group Interaction in High Risk Environments
Gottlieb Daimler und Karl Benz Foundation - Swiss Re Centre for Global Dialogue - Ladenburg and Rüschlikon, 2004

Handbuch Notfallmedizin 3.0 (2019) -
Notfallmedizinisches Kompendium der Arbeitsgemeinschaft Notärzte NRW (AGNNW)

Leitlinie zu Akuttherapie und Management der Anaphylaxie - Update 2021 AWMF-Leitlinien Registernummer: 061 - 025
Allergo J Int 2021; 30: 1 – 25

Hinweise und Empfehlungen zur Handhabung von Kohlenstoffmonoxidwarngeräten im Rettungsdienst
Giftinformationszentrum-Nord (GIZ-Nord) und Universitätsmedizin Göttingen UMG
http://www.giz-nord.de/cms/stories/Science/PCYAN/CO-Gaswarner_RD_130219.pdf

DBRD Muster - Algorithmen zur Umsetzung des Pyramidenprozesses im Rahmen des NotSanG
Version 8.0/2023

Algorithmen für den Rettungsdienst im Land Schleswig-Holstein gem. §12 Abs. 2 DVO-RDG
Herausgegeben von den Trägern des Rettungsdienstes in Schleswig - Holstein

Behandlungspfade und Standardarbeitsanweisungen im Rettungsdienst 2023
Landesverbände der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Baden - Württemberg, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt (6L-AG)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
Graw	MZ / GS / SZ / AW / JI / CA / AN / TF / MD / DS / BB / SB / TA / CL / JW / HW / MT / BaB / NS / HT / KS / FB / TNA - BL / PK / KM / AB / CS	01.01.2025	ungültig	171	
				von 172	

	gültig für	alle
--	---------------	------

Webseiten

European Resuscitation Council:	www.erc.edu
German Resuscitation Council:	www.grc-org.de
AWMF Arbeitsgemeinschaft d. Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.:	www.awmf.org
DBRD:	www.dbrd.de
AGNNW:	www.agnnw.de
Rettungsdienst Rhein-Kreis Neuss	www.rettungsdienst-rheinkreisneuss.de
NERDfallmedizin	
kurzweilige Videos aus der Notfallmedizin, Artikel aus internationaler und nationaler Notfallmedizin-Szene:	https://nerdfallmedizin.blog
Telegram-Kanal Nerd़fallmedizin:	https://t.me/nerdfallmedizin
News Papers Blogs zu aktuellen notfallmedizinischen Publikationen:	http://news-papers.eu

Begleitheft Medikamente



Übersicht der SAA - relevanten Medikamente aus dem **Gemeinsamen Kompendium Rettungsdienst 24** und den **SAA und BPR 2023** (Juli 2023) der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst BW, BB, MV, NW, SN und ST (6L-AG)

Erstellt:	Geprüft / freigegeben	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite	i
		01.01.2025	ungültig	172	
				von 172	