

Standardarbeitsanweisungen und Behandlungspfade im Rettungsdienst

Ärztliche Leitungen Rettungsdienst

Baden-Württemberg
Mecklenburg-Vorpommern
Nordrhein-Westfalen
Sachsen
Sachsen-Anhalt

Stand: Juli 2021

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der 5-Länder Arbeitsgruppe

Name	Vorname	Stadt / Kreis	Land
Afflerbach	Christian	Oberhausen	NW
Böhm	Bianca	Kreis Kleve	NW
Bohn	Andreas	Münster	NW
Christiansen	Ingo	Kreis Paderborn	NW
Fischer	Daniel	Kreis Lippe	NW
Fischer	Lutz	Kreis Vorpommern-Greifswald	MV
Fritsch	Jörg	Kreis Mittelsachsen	SN
Höpken	Frank	Kreis Wesel	NW
Kamysek	Svend	Kreis Rostock	MV
Lechleuthner	Alex	Köln	NW
Matthes	Norbert	Kreis Vorpommern-Rügen	MV
Milz	Hans-Peter	Bielefeld	NW
Pott	Claudia	LK Nordsachsen	SN
Rudzki	Mathias	Kreis Mansfeld Südharz	ST
Schiffner	Jens	Kreis Görlitz	SN
Schonlau	Hans-Georg	Kreis Coesfeld	NW
Strickmann	Bernd	Kreis Gütersloh	NW
Zellerhoff	Marc	Rhein-Kreis-Neuss	NW
zur Nieden	Martin	RP Freiburg	BW
zur Nieden	Karsten	Halle (Saale)	ST

Vorwort und Erläuterung

- Vorwort und Hinweise zum Gebrauch 7
- Farb- und Formenlehre 9

Grundlagen

- Aufklärung 11
- Erläuterungen zur Einwilligungsfähigkeit 13
- Behandlungs-, Transportverweigerung durch Patienten 14

STANDARDARBEITSANWEISUNGEN (SAA) invasive Maßnahmen

- Standardvorgehen bei invasiven Maßnahmen 17
- Nr. 1 i.v.-Zugang 18
- Nr. 2 i.o.-Zugang (EZ-IO, Cook, BIG) 19
i.o.-Zugang (FAST-1) 20
- Nr. 3 Extraglottischer Atemweg 21
Extraglottischer Atemweg (LTS-D) 22
Extraglottischer Atemweg (LMA 2.Gen.) 23
Extraglottischer Atemweg (i-gel) 24
- Nr. 4 Laryngoskopie / Magillzange 25
- Nr. 5 Nichtinvasives CPAP 26
- Nr. 6 Tourniquet / pneumatische Blutsperre 27
- Nr. 7 Beckenschlinge 28
- Nr. 8 Achsengerechte Immobilisation / Extension 29
- Nr. 9 Thoraxentlastungspunktion 30
- Nr. 10 Manuelle Defibrillation 31
- Nr. 11 Kardioversion (Tachykardie mit Bewusstlosigkeit) 32
- Nr. 12 Externe Schrittmacheranlage 33
- Nr. 13 Geburtsbegleitung 34
- Nr. 14 Trachealkanüle 35
- Nr. 15 Endobronchiales Absaugen 36
- Nr. 16 i.m.-Injektion 37
- Nr. 17 Intranasale Gabe 38

STANDARDARBEITSANWEISUNGEN (SAA) Medikamente

- Erläuterungen Medikamentengabe 40
- Standardvorgehen bei Medikamentengabe 41
- Acetylsalicylsäure 42

• Amiodaron	43
• Atropin	44
• Butylscopolamin	45
• Dimenhydrinat	46
• Dimetinden	47
• Epinephrin	48
• Esketamin	49
• Furosemid	50
• Glucagon	51
• Glucose	52
• Glyceroltrinitrat	53
• Heparin	54
• Ibuprofen	55
• Ipratropiumbromid	56
• Lidocain	57
• Midazolam	58
• Naloxon	59
• Paracetamol	60
• Prednisolon	61
• Salbutamol	62
• Urapidil	63
• Vollelektrolytlösung (VEL)	64

BEHANDLUNGSPFADE RETTUNGSDIENST (BPR)

Herangehensweise

• Basismaßnahmen	67
• <c>ABCDE – Herangehensweise	69
• <c>ABCDE – Instabilitäten	70
• Beurteilung der Bewusstseinslage „WASB“ und GCS (Kinder / Erwachsene)	71
• Erfassung der Situation - Abfrageschema „SAMPLER“	72
• Erfassung der akuten Symptomatik - Abfrageschema „OPQRST“	73
• Atemwegsmanagement	74
• Handreichung Patientenmeldung	76

Kreislaufstillstand

• Reanimation Erwachsene - BLS	78
• Reanimation Erwachsene - ALS mit manueller Defibrillation	80
• Reanimation Erwachsene - ALS mit AED	82
• Reanimation Kinder - PLS	84
• Versorgung und Reanimation Neugeborene - NBLS	86
• Checkliste Postreanimationstherapie - Post-ROSC	88

Leitsymptome

• Dyspnoe	91
• Kritische Blutung	93
• Kurzzeitige Bewusstlosigkeit	95
• Nichttraumatischer Brustschmerz	97
• Schock	99
• Starke Schmerzen	101
• Zentrales neurologisches Defizit	103

Krankheitsbilder

• A-Problem beim Erwachsenen	106
• A-Problem bei Fremdkörperaspiration	107
• Akutes Aortensyndrom	109
• Akutes Koronarsyndrom	111
• Anaphylaxie	113
• Atemwegsobstruktion Säugling / Kleinkind	115
• Bronchialobstruktion	116
• Dehydratation	118
• Hyperglykämie	120
• Hypertensiver Notfall	122
• Hypoglykämie	123
• Hypothermie	125
• Instabile Bradykardie	127
• Instabile Tachykardie	129
• Intoxikation	131
• Kardiales Lungenödem	133
• Krampfanfall	134
• Lungenarterienembolie	136
• Polytrauma	138
• Schlaganfall	139
• Sepsis	141
• Stromunfall	143
• Thermische Verletzung	145

Vorwort und Erläuterung

Vorwort und Hinweise zum Gebrauch

Wir freuen uns, die überarbeitete Version 2022 der Standard-Arbeitsanweisungen (SAA) und Behandlungspfade Rettungsdienst (BPR) als Algorithmen für die Durchführung von invasiven Maßnahmen und Gabe von Medikamenten durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter bei Notfällen mit akuter Lebensbedrohung herausgeben zu können. Für die zahlreichen Hinweise und Rückmeldungen, die uns auf unterschiedlichen Wegen erreicht haben, bedanken wir uns an dieser Stelle ausdrücklich und hoffen auch zukünftig auf konstruktive Kritik, die gezielt unter www.aelrd-nrw.de abgegeben werden kann.

Diese Dokumente wurden in einer Arbeitsgruppe von Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst aus fünf Bundesländern (Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt) ausgearbeitet. Bei der Erstellung sowie bei den Überarbeitungen und Ergänzungen fließen auch neue wissenschaftliche Erkenntnisse regelmäßig ein.

Als Basis dienen die Kataloge aus dem Pyramidenprozess I der Jahre 2013 und 2014. Unter Federführung des Bundesverbandes der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst (BV ÄLRD) sind verschiedene medizinische Fachgesellschaften, rettungsdienstliche Fachverbände und Ausbildungseinrichtungen zu der Auffassung gekommen, dass diese Maßnahmen und Medikamente im Rahmen der 3-jährigen Notfallsanitäter-Ausbildung soweit erlernbar sind, dass sie im Einsatz beherrscht werden können. Zusätzlich liegen den Behandlungspfaden Rettungsdienst u. a. die Notfall-Krankheitsbilder zu Grunde, die im Jahr 2016 im Rahmen des Pyramidenprozesses II in Zusammenarbeit mit den bereits im Pyramidenprozess I beteiligten Verbänden, Gesellschaften und Organisationen konsentiert wurden. In diesem Zusammenhang wurden immer da, wo aktuelle Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften existieren, diese zu Grunde gelegt. Dabei 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. auch Dosierungsempfehlungen, Indikationen, Kontraindikationen etc. entsprechend angepasst. Dabei ist zu beachten, dass die aufgeführten Kontraindikationen als absolute Kontraindikationen zu verstehen sind, solange Notfallsanitäter ohne notärztliche – auch telenotärztliche – Unterstützung am Patienten tätig werden.

Die Inhalte stellen auf wissenschaftlicher Basis den fachlichen Konsens der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst aus den o. g. Bundesländern dar und können sich in verschiedenen Angaben und Empfehlungen von der jeweiligen Fachinformation / Leitlinie unterscheiden, um eine hohe Anwender- und Patientensicherheit zu gewährleisten.

Die Verfasser weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei den SAA und BPR um standardisierte Arbeitsanweisungen und Behandlungspfade in Ausführung zu § 4 Absatz 2 Nr. 1c und 2c NotSanG handelt, die im Konsens der Arbeitsgruppe der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst erstellt wurden. Sie erheben weder Anspruch auf Vollständigkeit, noch können sie die umfassende Darstellung und Didaktik eines Fachbuches ersetzen und verzichten daher auch auf Quellenangaben. Sie eignen sich nicht als Ersatz von Fachinformationen oder zur pharmakologischen Schulung der einzelnen Notfallmedikamente.

Die angegebenen Empfehlungen wurden von den Verfassern mit größtmöglicher Sorgfalt erarbeitet und geprüft. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ausgeschlossen werden. Die Verbreitung und Nutzung in unveränderter Form ist ausdrücklich gewünscht. Wird das Gesamtwerk oder Teile davon inhaltlich verändert, ist dies hinsichtlich des Inhalts und der Urheberschaft eindeutig auf jeder Seite zu kennzeichnen.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass durch die Herausgabe der SAA und BPR keine automatische Legitimation zur Umsetzung durch die Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter besteht. Die Maßnahmen dürfen nur durchgeführt werden, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zur Verfügbarkeit notärztlicher bzw. telenotärztlicher Unterstützung oder bis zum Beginn einer anderweitigen ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder ohne entsprechendes Handeln wesentliche gesundheitliche Folgeschäden zu erwarten sind.

Die Anwendung im jeweiligen Rettungsdienstbereich setzt die Autorisierung durch die Ärztliche Leitung Rettungsdienst des Trägers voraus, die auch dafür verantwortlich ist, dass die von ihr vorgegebenen Arbeitsanweisungen regelmäßig geschult, überprüft und damit in der Einsatzpraxis beherrscht werden (Anordnungsverantwortung). Die Durchführungsverantwortung jeder Notfallsanitäterin und jedes Notfallsanitäters bleibt hiervon unberührt. Unter solchen Rahmenbedingungen können die SAA und BPR den Trägern, den Arbeitgebern des rettungsdienstlichen Fachpersonals und den Einsatzkräften Handlungssicherheit geben und den rettungsdienstlichen Standard sichern. In diesem Zusammenhang können die Behandlungspfade Aufklärung, Erläuterungen zur Einwilligungsfähigkeit und Transportverweigerung unabhängig von lokalen Regelungen nur empfehlenden Charakter haben.

An den Beratungen haben aus den Bundesländern neben vielen Notfallsanitäterschulen – teilweise in Form von bezirksübergreifenden Qualitätszirkeln – auch die Kommunalen Spitzenverbände intensiv teilgenommen. Dafür und für die ausgesprochen sachlich geführten Diskussionen bedanken sich die Autorinnen und Autoren an dieser Stelle ausdrücklich.

Überarbeitungen

Auf vielfachen Wunsch der Ausbildungseinrichtungen erfolgen auch zukünftige geplante Überarbeitungen jeweils zum Juli des Vorjahres, somit für die Version 2024 zum Juli 2023. Damit kann gewährleistet werden, dass die Inhalte für die jeweils im Herbst startenden neuen Ausbildungsjahrgänge frühzeitig zur Verfügung stehen.

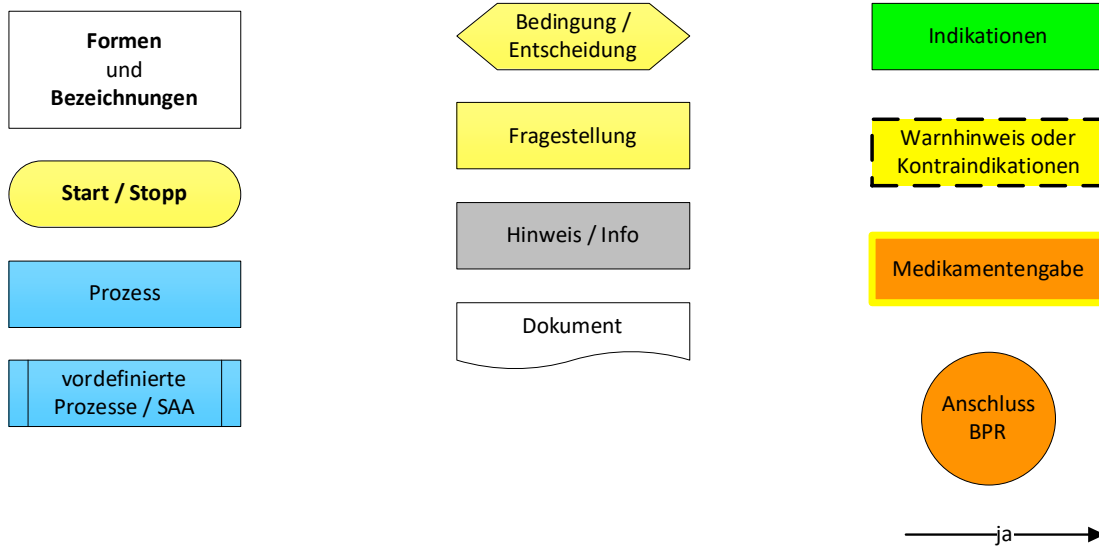
AG SAA und BPR der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt im Juli 2021

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Farb und Formenlehre

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



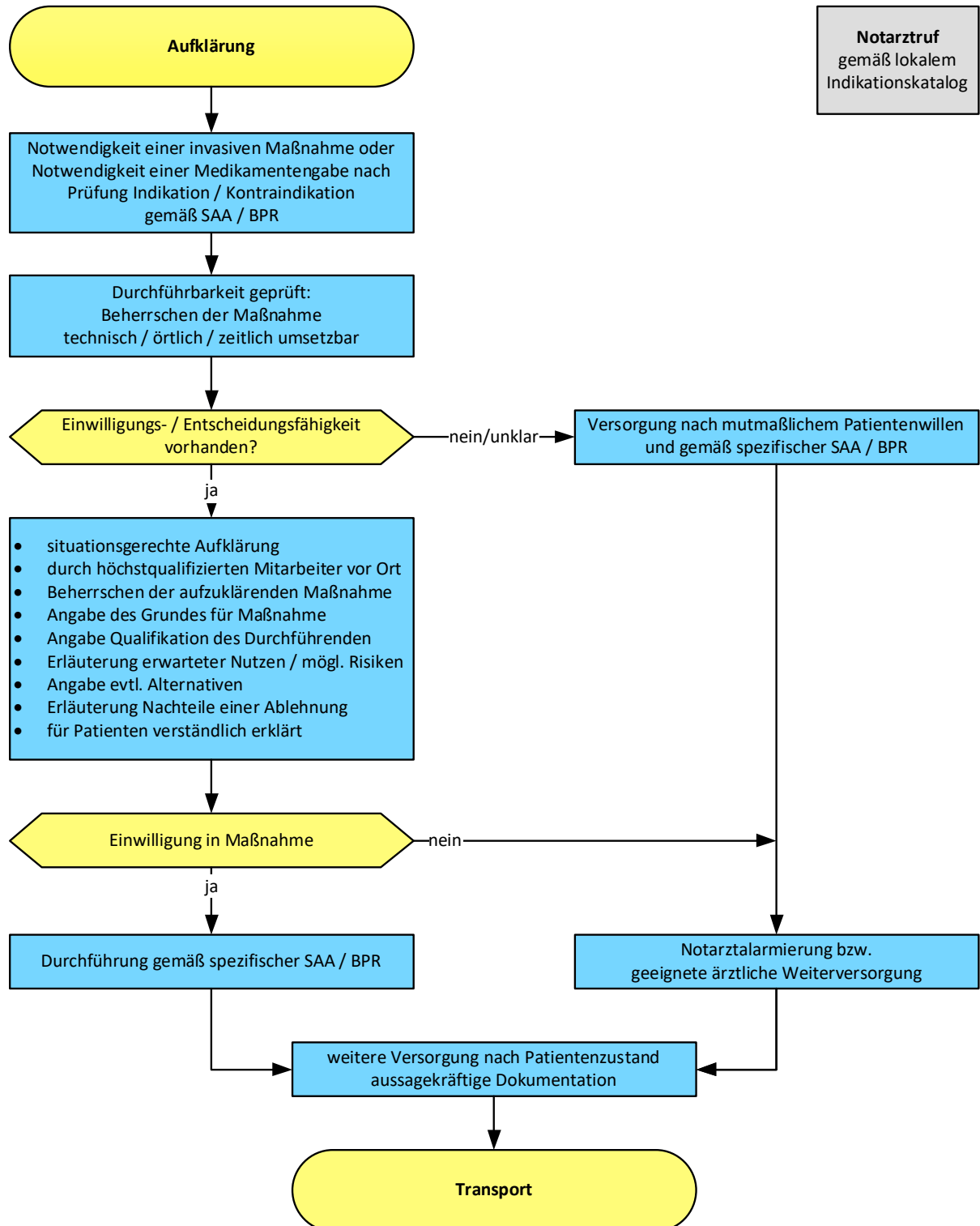
GRUNDLAGEN

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Aufklärung

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 03.10.2018

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Erläuterungen

Jede invasive medizinische Maßnahme stellt eine Körperverletzung mit möglichen straf- und zivilrechtlichen Folgen dar. Diese wird nur gerechtfertigt durch eine bestehende Indikation **und** die Einwilligung des Patienten nach erfolgter Aufklärung.

Der Patient muss so aufgeklärt werden, dass er die Tragweite seiner Entscheidung bezüglich Zustimmung oder Ablehnung einer Maßnahme überblicken kann (sog. „informed consent“).

Die Aufklärung muss ggf. auch gegenüber Eltern oder gesetzlichen Betreuern erfolgen.

Sie soll stets durch den höchstqualifizierten vor Ort anwesenden Mitarbeiter durchgeführt werden.

Dieser muss für die Durchführung der Maßnahme ausgebildet sein und sie beherrschen.

Die Qualifikation des aufklärenden und durchführenden Mitarbeiters ist dem Patienten zu erläutern.

Die für die Entscheidungsfindung wichtigen Argumente müssen für den Patienten verständlich erklärt werden.

Ein Patient trägt dann selbst die gesamte Verantwortung für seine Entscheidung.

Lehnt der Patient die Durchführung einer Maßnahme durch nichtärztliches Personal ab, ist dies zu akzeptieren.

Umfang und Inhalt der Aufklärung sowie Zustimmung oder Ablehnung sind umfassend im Einsatzprotokoll zu dokumentieren.

Bei bewusstlosen oder nicht einwilligungsfähigen Patienten gilt der mutmaßliche Patientenwille.

Im Falle eines nicht entscheidungsfähigen Patienten oder der Ablehnung von indizierten Maßnahmen ist ein Notarzt hinzu zu ziehen.

Bezüglich des Einbezugs von Zeugen bei einer Aufklärung ist die Schweigepflicht zu beachten.

Notwendigkeit: Durchführung einer (invasiven) Maßnahme / Medikamentengabe:

- eindeutige Indikation gemäß SAA und BPR
- erhobene indikationsbegründende Befunde sind aussagekräftig zu dokumentieren

Einwilligungsfähigkeit: siehe BPR „Erläuterungen zur Einwilligungsfähigkeit“

situations-gerechte Aufklärung: Aufklärender ist für die Durchführung der Maßnahme ausgebildet. Erläuterung der Notwendigkeit der Maßnahme, Vorteile, erwartete Verbesserung, Risiken, evtl. Alternativen mögliche Nachteile / Komplikationen, für in den Patienten verständlicher Sprache (Vorsicht Fachausdrücke). Der Patient soll durch Aufklärung soweit informiert sein, dass er die Tragweite der Maßnahme beurteilen sowie die Entscheidung über Einwilligung / Ablehnung treffen kann. Aufklärung und Einwilligung kann in einer Notfallsituation auch unmittelbar vor der Maßnahme und mündlich erfolgen.

Dokumentation: Patientenzustand, erhobene klinische Befunde und Vitalparameter, Indikation für die Maßnahmen, Kriterien der Einwilligungsfähigkeit; Art, Umfang, Inhalt der Aufklärung, Einwilligung oder Ablehnung der Maßnahmen, Gründe für die Ablehnung einer Maßnahme durch den Patienten, ggf. Anhaltspunkte zur Beurteilung des mutmaßlichen Patientenwillens bei Bewusstlosen.

Ein Verstoß gegen die Befunderhebungs- und Dokumentationspflicht stellt eine Sorgfaltspflichtverletzung im Sinne eines (ggf. groben) Befunderhebungs- / Behandlungsfehlers dar und kann im Rahmen eines Gerichtsverfahrens zur Beweislastumkehr führen.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Erläuterungen zur Einwilligungsfähigkeit

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 03.10.2018

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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	somatische Ursachen
Störungen ○ der Orientierung (z. B. <i>Delir, Demenz</i>) ○ des formalen oder inhaltlichen Denkens (z. B. <i>Schizophrenie, wahnhafte / paranoide Gedanken</i>) ○ der Affektivität (z. B. <i>Manie</i>) ○ des Antriebs (z. B. <i>Depression</i>) ○ des Verhaltens	Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen ○ GCS < 15 ○ örtlich, zeitlich oder situativ desorientiert ○ erhebliche Beeinträchtigung in Zusammenhang mit Alkohol, Drogen oder Arzneimitteln
sowie ○ Suizidalität	unmittelbar nach Bewusstseinsstörung durch ○ 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 wie 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 nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal in solchen Situationen dringend geboten, Unterstützung durch qualifiziertes ärztliches Personal anzufordern.

Inwieweit über 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.

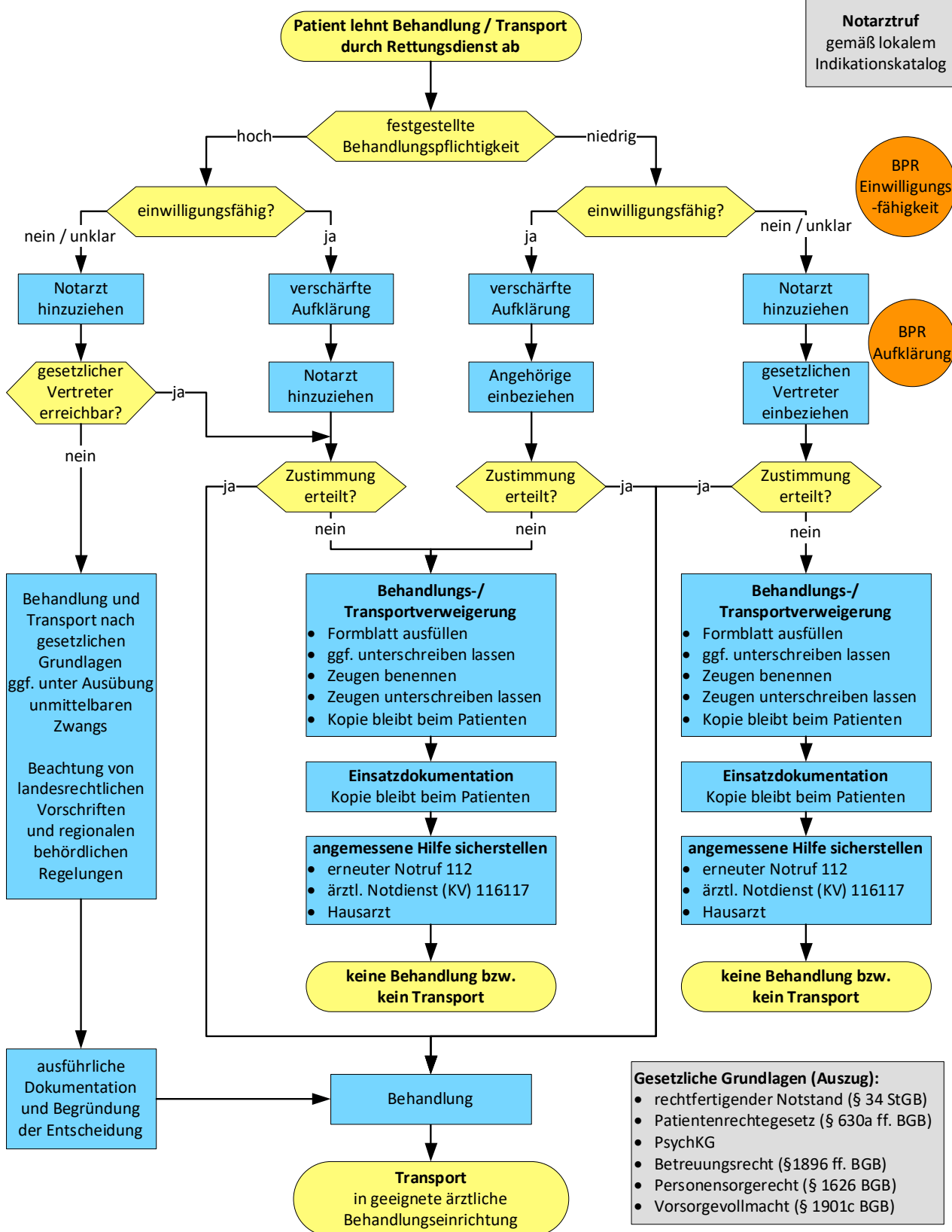
Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Behandlungs-, Transportverweigerung durch Patienten

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 04.11.2019
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



Erläuterungen

Vorbemerkung

Zur abschließenden Behandlung einer Krankheit gehören Diagnosestellung und Therapie. Notfallsanitäterinnen / Notfallsanitäter 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 der Patient dies ab, ist nach dieser Standard-Arbeitsanweisung zu verfahren.

Sieht das nicht ärztliche Einsatzpersonal keine Notwendigkeit zu Behandlung / Transport, obwohl der Patient dies explizit wünscht, muss zum jetzigen Zeitpunkt aus Gründen der Patientensicherheit und zum Schutz der Einsatzkräfte nichtärztlichem Rettungsfachpersonal davon abgeraten werden, Patientinnen und Patienten entgegen dem Patientenwillen 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 Patienten 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 Transportverweigerungserklärung ist empfehlenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Sie erfolgt immer freiwillig, ohne dass Druck auf den Patienten ausgeübt wird. Sie wird vom Patienten im Rahmen einer Notlage geleistet, was für den Patienten eine Ausnahmesituation darstellt, die für ihn emotional und fachlich kaum objektivierbar ist. Daher besteht das Risiko, dass die Patientenunterschrift im Nachhinein als nicht rechtswirksam angesehen wird.

Die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters hat einen hohen Stellenwert. Seine Unterschrift sollte unbedingt eingeholt werden, soweit dies möglich und den Umständen nach zumutbar ist, ohne dass die notwendige Patientenversorgung 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.

Verschärfte 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 Behandlungs- / Transportverweigerung unter Wahrung der berechtigten Interessen des Patienten und des Einsatzpersonals dokumentiert werden kann. Beispielhaft wird auf die Checkliste einschließlich Erläuterungen der AG Transportverweigerung des Bundesverbandes der ÄLRD verwiesen, die mit juristischer Unterstützung erstellt wurde und von der Homepage www.aelrd.de geladen werden kann.

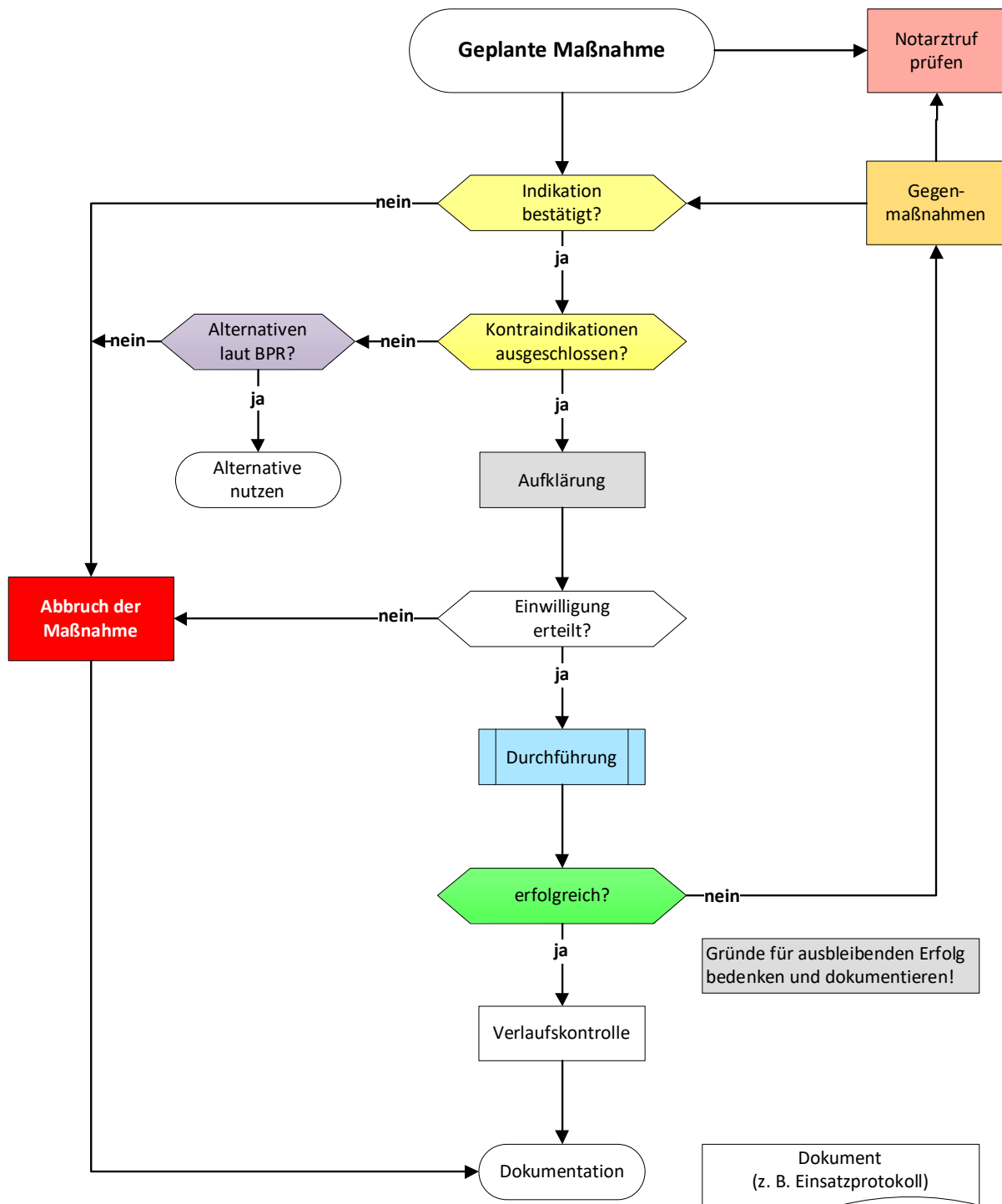
SAA

Standardarbeitsanweisungen invasive Maßnahmen

Standardvorgehen bei invasiven Maßnahmen

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 1 Intravenöser Zugang

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

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

Notarzttruf:

gemäß lokalem 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 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 notwendig

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

Kennzahlen zu Venenverweilkanülen

Gauge (G)	Außen-Ø (mm) ^{*)}	Länge (mm) ^{*)}	Durchflussrate (ml/min) ^{*)}
14	2,2	50	343
16	1,7	50	196
17	1,5	45	128
18	1,3	45	96
20	1,1	33	61
22	0,9	25	36
24	0,7	19	22

*) herstellerbedingt sind geringfügige Abweichungen möglich

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme **Nr. 2 Intraossärer Zugang (EZ-IO, COOK, BIG)**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen:

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

Notarzttruf:

gemäß lokalem
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 Eintreffen Notarzt

Aufklärung / Risiken:

- Nichtgelingen
- Fehllage
- 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 notwendig

Durchführung:

Punktionsort: proximale Tibia medial der Tuberositas 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
- Lidocaingabe gem. SAA Lidocain (außer bei Reanimation)
- 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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme

Nr. 2 Intraossärer Zugang (FAST-1)

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen:

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

Notarzttruf:

gemäß lokalem Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- Fraktur des Sternums / Rippenserienfraktur
- anatomische Abnormität (z.B. Trichterbrust, Kielbrust) / Osteoporose
- Infektion / Narbe (z.n. Sternotomie / Implantat) an der Punktionsstelle
- massive Weichteilschäden an der Punktionsstelle

Alternativen:

- Verzicht auf Maßnahme bis Eintreffen Notarzt

Aufklärung / Risiken:

- Nichtgelingen
- Fehllage
- Fraktur / 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 notwendig

Durchführung:

Punktionsort: proximales Sternum (1,5 cm unterhalb Sternum-Oberrand)

- Punktionsort ausreichend reinigen und desinfizieren, ggf. rasieren
- Verlängerungsschlauch und Dreiwegehahn mit kristalloider Lösung füllen
- Zielpflaster am Jugulum ausrichten und kleben
- Applikator 90° zum Sternum positionieren, aufsetzen, Haut durchstechen
- senkrecht, gleichmäßig und konsequent in Richtung Thorax drücken bis System auslöst
- Einführsystem durch Zurückziehen entfernen und Platzierung kontrollieren
- Systemanschlüsse verbinden / Verlängerung mit 3-Wege-Hahn anschließen / Schutzabdeckung anbringen
- Aspiration von Blut bzw. Knochenmark
- Lidocaingabe gem. SAA Lidocain (außer bei Reanimation)
- Spülen mit ca. 10 ml kristalloider Lösung und Infusion anschließen
- System gegen Herausziehen sichern

Erfolgsprüfung:

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

Gegenmaßnahmen:

- Abbruch bei Komplikationen / System entfernen
- ggf. Druckverband

Verlaufskontrolle:

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

Anmerkungen:

- Herstellerangaben beachten

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 3 Extraglottischer Atemweg

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen:

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

Notarztruf:

gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- erhaltene Schutzreflexe
- komplette Verlegung der oberen Atemwege

Alternativen:

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

Aufklärung / Risiken:

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

Einwilligung:

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

Durchführung:

- Nr. 3a Larynxtubus mit Drainagekanal
- Nr. 3b Larynxmaske mit Drainagekanal
- Nr. 3c i-gel®

Erfolgsprüfung:

- Nr. 3a Larynxtubus mit Drainagekanal
- Nr. 3b Larynxmaske mit Drainagekanal
- Nr. 3c i-gel®

Gegenmaßnahmen:

- Nr. 3a Larynxtubus mit Drainagekanal
- Nr. 3b Larynxmaske mit Drainagekanal
- Nr. 3c i-gel®

Verlaufskontrolle:

- Beatmung
- Kapnometrie, Kapnographie
- SPO₂

Anmerkungen:

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 3a Extraglottischer Atemweg – LTS-D

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Durchführung:

- Auswahl der richtigen Tubusgröße (siehe Abbildung 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
- Verschieben bis zur obersten 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

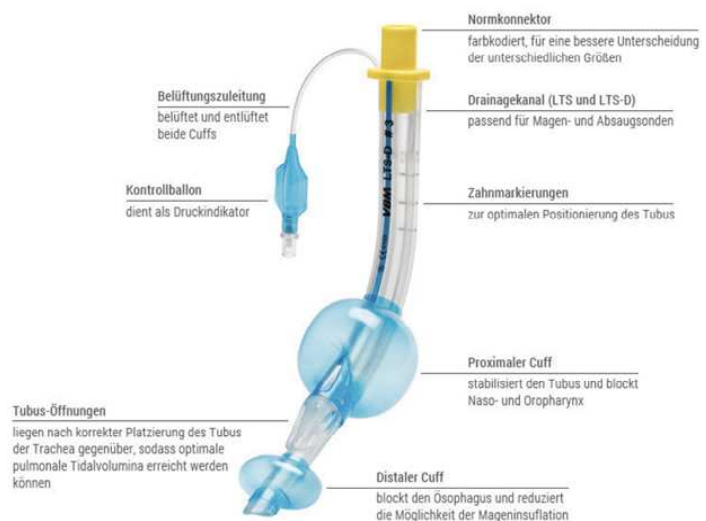


Erfolgsprüfung:

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

Gegenmaßnahmen:

- Prüfung der Einführtiefe (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



Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 3b Larynxmaske mit Drainagekanal (2. Generation)

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

5 L-AG
SAA und BPR

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 "Schiene" nutzen
- freie Hand kann zur Unterstützung unter dem Kopf des Patienten platziert werden
- Verschieben der Maske bis deutlicher Widerstand spürbar
- Verifizieren der Lage
- Blocken des Cuffs, maximales Cuffvolumen darf nicht überschritten werden
- Cuffdruckmessung, maximaler Cuffdruck 60 cmH₂O
- 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, atemzugssynchrone 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 < 1cm
→ LMA zu klein gewählt
- Ambu AuraGain®: Zahnmarkierungen



Gegenmaßnahmen:

- Prüfung der Einführtiefe (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	Produktcode	Größe des Patienten	Maximales Cuffvolumen (Luft)*	Größter OG-Tubus
1	175010	Neugeborene/Säuglinge bis 5 kg	5 ml	6 Fr
1,5	175015	Kleinkinder 5-10 kg	8 ml	6 Fr
2	175020	Kleinkinder 10-20 kg	12 ml	10 Fr
2,5	175025	Kinder 20-30 kg	20 ml	10 Fr
3	175030	Kinder 30-50 kg	30 ml	14 Fr
4	175040	Erwachsene 50-70 kg	45 ml	14 Fr
5	175050	Erwachsene 70-100 kg	45 ml	14 Fr

Ambu® AuraGain™

	Säuglinge		Kinder		Erwachsene			
Artikelnummer	408 300 000	408 350 000	408 200 000	408 250 000	408 300 000	408 400 000	408 500 000	408 600 000
Maskengröße	# 1	# 1½	# 2	# 2½	# 3	# 4	# 5	# 6
Farbkodierung der Verpackung								
Patientengewicht	< 5 kg	5-10 kg	10-20 kg	20-30 kg	30-50 kg	50-70 kg	70-100 kg	> 100 kg
Maximales Cuffvolumen	4 ml	7 ml	10 ml	14 ml	20 ml	30 ml	40 ml	50 ml
Maximaler Cuffdruck	60 cm H ₂ O							
Verwendung zur Intubation								
Max. Endotrachealtubusgröße	3,5	4,0	5,0	5,5	6,5	7,5	8,0	8,0
Verwendung mit Magensonde								
Max. Größe der Magensonde	6 CH (Fr)	8 CH (Fr)	10 CH (Fr)	10 CH (Fr)	16 CH (Fr)	16 CH (Fr)	16 CH (Fr)	16 CH (Fr)

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 3c Extraglottischer Atemweg – i-gel®

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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 ≤ 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:

- Prüfung der Einführtiefe (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 extraglottischen Atemwegssicherung
- endotracheale Intubation: Ultima ratio, wenn beherrscht oder durch Notarzt



i-gel Größe	Patientengröße	Patientengewicht (kg)
1	Neonatal	2-5
1.5	Baby	5-12
2	Kinder klein	10-25
2.5	Kinder groß	25-35
3	Erwachsene klein	30-60
4	Erwachsene medium	50-90
5	Erwachsene groß +	90+

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 4 Laryngoskopie / Magillzange

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

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

Notarztruf:

gemäß lokalem
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 entfernen
- 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 notwendig

Durchführung:

- Maßnahme sowohl in direkter als auch indirekter (Videolaryngoskop) Laryngoskopie möglich
- Beatmungsmöglichkeit (Beutel, Sauerstoffanschluss) und Absaugung bereithalten
- korrekte Lagerung (cave: HWS-Verletzung)
- Mund öffnen, Rachenraum inspizieren, sichtbare Fremdkörper entfernen
- Laryngoskop vom rechten Mundwinkel einführen, Zahnkontakt vermeiden
- Vorschieben 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 Vorschieben / 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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme

Nr. 5 Nichtinvasives CPAP

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

- schwere respiratorische Insuffizienz bei Lungenödem / COPD
- Kohlenmonoxid-Intoxikation

Notarzttruf:

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)
- Beginn mit CPAP, PEEP 2 cm H₂O, FiO₂ 1,0
- ggf. Steigerung PEEP bis zu 10 cm H₂O, Anpassung FiO₂, nach klinischem Zustand
- regelmäßige Kontrolle Beatmungsparameter und Alarmgrenzen
- Maske mit Haltebändern fixieren, sobald tolerabel
- Abbruchkriterien beachten

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
- klinisches und apparatives Monitoring, insbesondere SpO₂, etCO₂ soweit möglich

Abbruchkriterien:

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme **Nr. 6 Tourniquet / pneumatische Blutsperr**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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

Notarzttruf:
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

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

Alternativen:

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

Aufklärung / Risiken:

- Aufklärungsumfang nach Dringlichkeit der Maßnahme
- Schmerzen
- Haut- / Gewebe- / Nervenschäden durch Drucknekrosen oder Gewebsischämie
- ggf. Kompartmentsyndrom / Reperfusionssyndrom
- evtl. Lungenembolien nach Öffnen des Tourniquet

Einwilligung:

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

Durchführung:

- Anlage ca. 5-10 cm proximal (körpernah) der Blutungsquelle gelenkfern (wenn möglich)
- nicht in Höhe Fibulaköpfchen am Unterschenkel anlegen (Gefahr direkte Nervenschädigung Nervus peroneus)
- 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. Tourniquet oberhalb des ersten
- ggf. zusätzlich Versuch mit Druckverband / manueller Kompression / Hämotypika
- bei Unmöglichkeit zeitkritischer Transport

Verlaufskontrolle:

- Erfolg der Blutstillung regelmäßig in kurzen Zeitabständen reevaluieren

Anmerkungen:

- bei Explosionsverletzungen ggf. primär körperstammnahe Anlage

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme **Nr. 7 Beckenschlinge**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

- initiale Stabilisierung bei V.a. komplexe Beckenverletzungen (z.B. Beckenfraktur)

Notarzttruf:

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 notwendig

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 8 Achsengerechte Immobilisation / Extension

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

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

Notarzttruf:

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 notwendig

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 Frakturbereiches
- Schmerzkontrolle
- regelmäßige Prüfung der korrekten Immobilisation

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 9 Thoraxentlastungspunktion

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen:

- Spannungspneumothorax mit rasch zunehmender hämodynamischer und respiratorischer Instabilität

Notarzttruf:

gemäß lokalem Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- bei korrekter Indikation und korrektem Punktionsort: keine

Alternativen:

- bei eindeutiger Indikation: keine

Aufklärung / Risiken:

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

Einwilligung:

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

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 gefüllten Spritze auf die Punktionskanüle
- Punktion am 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 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 Spannungspneum 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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme **Nr. 10 Manuelle Defibrillation**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

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

Notarzttruf:

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 notwendig

Durchführung:

gemäß Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Reanimation ALS bzw. PLS

- möglichst Verwendung von Klebeelektroden
- Kinder: möglichst Verwendung von (spez.) Kinder-Klebeelektroden
- Anbringen der Klebeelektroden 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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 11 Kardioversion (Tachykardie mit Bewusstlosigkeit)

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

- Tachykardie mit hämodynamischer Instabilität und Bewusstlosigkeit

Notarzttruf:

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 notwendig

Durchführung:

gemäß Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Reanimation ALS

- EKG-Ableitung über EKG-Elektroden und Monitorkabel
- Kinder: möglichst Verwendung von (spez.) Kinder-Klebeelektroden
- Anbringen der Klebeelektroden 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 / PLS

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme **Nr. 12 externe Schrittmachieranlage**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

- Bradykardie mit hämodynamischer Instabilität und Bewusstlosigkeit

Notarzttruf:

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 notwendig

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 / Minute
- Stimulationsenergie zu Beginn 25 mA
- Steigerung der Stimulationsenergie um jeweils 5-10 mA, bis jede Stimulation mit einer Herzaktion beantwortet wird (durchgehende Captures im EKG und tastbare Pulsstelle)
- 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 Reevaluation 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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 13 Geburtsbegleitung

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

- einsetzende Geburt eines Kindes
- Eröffnungsphase: Transport in geburtshilfliche Klinik
- Austreibungsphase (Presswehenabstand < 2 Minuten): regelhaft kein Transport, Geburtsbegleitung vor Ort

Notarzttruf:
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- keine

Alternativen:

- zügiger Transport in eine geburtshilfliche Klinik in Eröffnungsphase

Aufklärung / Risiken:

- Erläuterung / Erklärung jedes einzelnen Schrittes und jeder Maßnahme
- Erklärung des weiteren zu erwartenden Verlauf

Einwilligung:

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

Durchführung:

- EKG-Ableitung über EKG-Elektroden und Monitorkabel
- Prüfung von Anamnese und Mutterpass zu Schwangerschaftsverlauf und möglichen Schwangerschaftskomplikationen / Geburtsrisiken
- Fahrzeug vorheizen
- Geburtsphasen beachten (Eröffnungs- / Austreibungs- / Nachgeburtsphase)
- Geburtsvorgang unterstützen, durchgetretenen Kopf und Schultern des Kindes vorsichtig halten und leiten
- nicht aktiv in Geburtsvorgang eingreifen, nicht an Kindsteilen ziehen
- ggf. vorsichtiges Entwickeln der oberen Schulter durch Führen des Kopfes nach unten und Entwickeln der unteren Schulter durch Führen des Kopfes nach oben
- wenn Kopf und Schultern durchgetreten sind, dann folgt Rest des Körpers meistens spontan
- sofort Wärmeerhalt beachten
- Absaugen Nase / Mund-Rachenbereich bei verlegten Atemwegen (Orosauger)
- Kind nach der Geburt bis Abnabelung nicht über Plazentahöhe lagern
- sobald Nabelschnur pulslos, ca. 20-30 cm entfernt vom Kind abklemmen mit 2 Klemmen in ca. 5 cm Abstand
- ggf. Durchtrennung der Nabelschnur
- dann Kind unter Beachtung des Wärmeerhalts zur Mutter auf den Bauch legen, am besten mit Frottee-Tüchern abrubbeln und in weitere (frische trockene) Frottee-Tücher einwickeln, ggf. zusätzliche Foliendecke
- APGAR-Score bestimmen, Geburtszeitpunkt und Ort dokumentieren
- Inspektion auf mögliche Geburtsverletzungen mit Blutungen, z.B. Dammriss
- nötigenfalls Verband / Tamponade / Kompression von starken Blutungen
- Nachgeburtsphase braucht nicht abgewartet zu werden
- wenn Plazenta ausgestoßen, unbedingt komplett asservieren

APGAR - Score	2 Punkte	1 Punkt	0 Punkte
Atmung	spontan schreit	flach, langsam unregelmäßig	keine
Puls	> 100	< 100	nicht wahrnehmbar
Grundtonus	aktive Bewegung	träge, geringe Bewegung	keine Bewegung schlaff
Aussehen	Stamm rosig Extremitäten rosig	Stamm rosig Extremitäten zyanotisch	Stamm zyanotisch Extremitäten zyanotisch fahl-blass
Reflexe	schreit kräftig Husten/Niesen bei Absaugung	Grimassieren abgeschwächte Reflexe	keine

Erfolgsprüfung:

- stabile Situation bei Mutter und Kind

Gegenmaßnahmen:

- unverzüglicher Transport bei nicht beherrschbaren Geburtskomplikationen
- ggf. Anforderung Transport-Inkubator / Pädiater
- ggf. Unterstützung durch Gynäkologen / Hebamme vor Ort

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Reevaluation von Mutter und Kind

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 14 Handhabung Trachealkanüle

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

- akute respiratorische Insuffizienz aufgrund verlegter oder dislozierter Trachealkanüle

Notarzttruf:

gemäß lokalem
Indikationskatalog

Kontraindikationen:

- keine

Alternativen:

- bei Tracheostoma mit Innen- und Außenkanüle ist unter Umständen der Wechsel der Innenkanüle oder die Entfernung der Innenkanüle ausreichend
- Wechsel der Kanüle im Krankenhaus (falls tolerabel)

Aufklärung / Risiken:

- Erläuterung / Erklärung jedes einzelnen Schrittes und jeder Maßnahme

Einwilligung:

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

Durchführung:

Absaugung: gemäß SAA 15 – endobronchiales Absaugen

Kanülenwechsel bei erfolglosem Absaugen oder Kanülendefekt:

- Händedesinfektion / sterile Handschuhe
- Oropharynx absaugen
- Absaugbereitschaft mit sterilem Absaugkatheter
- Trachealkanülenmodell beachten (Außen-/Innenkanüle oder Einzelkanüle)
- Halteband öffnen – ggf. Cuff entblocken
- Trachealkanüle entfernen
- grobe Verunreinigungen mit feuchter Kompresse entfernen
- (neue) Kanüle einlegen, falls vorhanden Cuff blocken (Cuffdruckmesser)
- ggf. analog Seldingertechnik: ausreichend stabile Wechselhilfe benutzen, z.B. Absaugkatheter
- Verband mit Schlitzkompressen zwischen Kanüle und Haut

Wenn möglich: Replatzieren bei Dislokation der Kanüle

Erfolgsprüfung:

- problemlose Atmung / Beatmung des Patienten
- Auskultation seitengleich? Ggf. CO₂ Messung
- sichere Fixierung der (neuen) Kanüle

Gegenmaßnahmen:

- bei Problemen kleinere Kanülengröße wählen, wenn vorhanden
- bei nicht zu beherrschenden Problemen Atemwegssicherung über einen durch das Tracheostoma eingeführten Endotrachealtubus
- ggf. extraglottischer Atemweg (siehe SAA 3), wenn Kehlkopf vorhanden

Verlaufskontrolle:

- EKG-Monitoring regelmäßige Prüfung der respiratorischen Situation und Atemmechanik

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme **Nr. 15 Endobronchiales Absaugen**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen / Symptome:

akute respiratorische Insuffizienz

- symptomatische Verlegung der Atemwege durch Sekrete z.B. Blut / Schleim / Eiter

Notarzttruf:

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 notwendig

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 sterilem 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 sterilem 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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme Nr. 16 Intramuskuläre Injektion

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Indikationen:

- 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

Aufklärung und Einwilligung:

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

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
- Punktion senkrecht
- Aspiration – falls Blut aspiriert: Abbruch und erneute Punktion
- 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

Verlaufs kontrolle:

- pharmakologischer Effekt verabreichter Medikamente
- keine Schwellung

Anmerkungen:

- Geeignete Größen von Einmalkanülen:
Stärke: 18G / 19G / 21G / 22G
Länge: 25 bis 70 mm

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) – Maßnahme **Nr. 17 Intranasale Medikamentengabe**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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 notwendig

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 verschieben
- 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.

SAA

Standardarbeitsanweisungen

Medikamente

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 Notfallsanitäterinnen und 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 erheben nicht den Anspruch, Fachbuch oder Pharmakologie-Tutorium ersetzen zu wollen.

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:

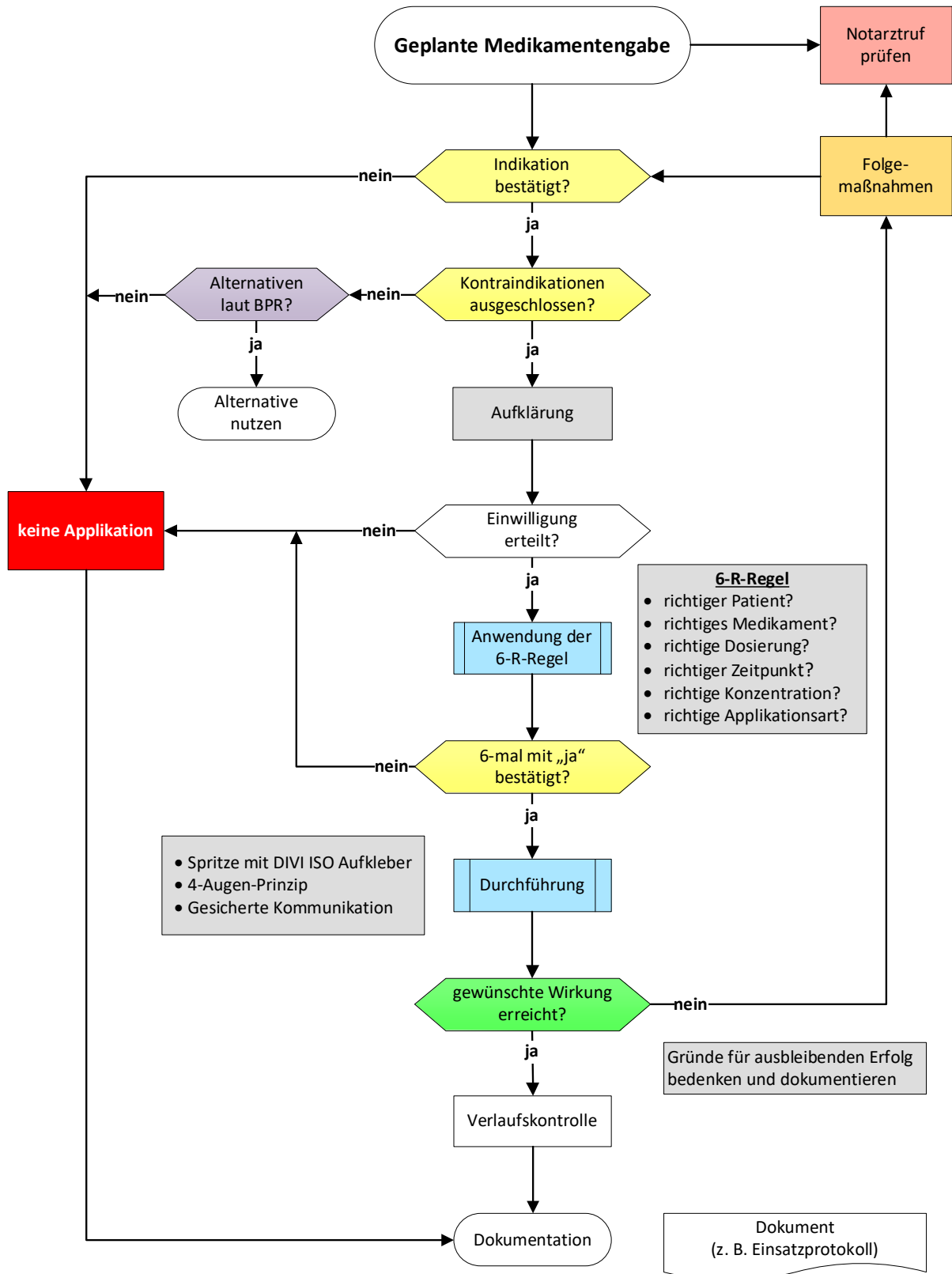
- Anwendung der 6-R-Regel
- Spritzen mit aufgezogenen Medikamenten müssen eindeutig gekennzeichnet werden (DIVI ISO Aufkleber)
- Anwendung des "4-Augen-Prinzips"
- Doppelkontrolle bei der Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten
- Kommunikation: Anordnungen werden von der ausführenden Person mündlich wiederholt (Gesicherte Kommunikation: Aktives Zuhören und Wiederholung von Anordnungen, insbesondere bei Präparate-/Substanznamen und Dosierungen)

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Standardvorgehen bei Medikamentengabe

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Acetylsalicylsäure (ASS)**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Acetylsalicylsäure (ASS)

Konzentration: 500 mg Trockensubstanz + 5 ml Lösungsmittel
diverse orale Darreichungsformen

Arzneimittelgruppe: Thrombozytenaggregationshemmer

AcetylSalicylSäure
_____ mg/ml

Indikationen:

- Akutes Koronarsyndrom, Myokardinfarkt

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

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 Koronarsyndrom“, Heparin 5000 I.E. i.v.

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- auf Anzeichen für Blutung achten

Besonderheiten:

- Wirkeintritt: nach 10 - 15 Min.
- Wirkdauer: Tage (Lebensdauer der Thrombozyten)

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Amiodaron**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Amiodaron
Konzentration: 50 mg/ml (Amp. 150 mg / 3 ml)
Arzneimittelgruppe: Antiarrhythmikum (Klasse 3)



Indikationen:

- Reanimation: refraktäres Kammerflimmern, pulslose ventrikuläre Tachykardie

Kontraindikationen:

- Unverträglichkeit des Wirkstoffs, bekannte Jod-Allergie

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Säuglingen / Kindern < 3 J. (Gehalt an Benzylalkohol)

Notarztruf: gemäß lokalem Notarzttindikationskatalog

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR „Aufklärung“

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Bradykardie, Überleitungsstörungen, Hypotonie
- u.a. Schilddrüsenfunktionsstörungen

Durchführung / Dosierung:

- langsame i.v. Injektion als Bolusgabe unter laufender Infusion
 - mit Vollelektrolytlösung nachspülen
- Gabe nach der 3. Defibrillation**
- Kinder: 5 mg / kg KG (max. 300 mg)
 - Erwachsene: 300 mg
- Repetition nach der 5. Defibrillation**
- Kinder: 5 mg / kg KG (max. 150 mg)
 - Erwachsene 150 mg

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 %

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Atropin

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Atropinsulfat

Konzentration: 0,5 mg/ml (Amp. 0,5 mg / 1 ml) oder 1 mg/ml (Amp. 1 mg / 1 ml)

Arzneimittelgruppe: Parasympatholytikum

Atropin
mg/ml

Indikationen:

- instabile Bradykardie, HF bei Erwachsenen < 40 / min

Kontraindikationen:

- bekannte Unverträglichkeit
- Engwinkelglaukom

Altersbegrenzung: Anwendung durch NotSan im Rahmen o.g. Indikation nur bei Erwachsenen

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR „Aufklärung“

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Tachykardie, Arrhythmie
- Mydriasis, Sehstörungen, Auslösung eines Glaukomanfalls
- Mundtrockenheit
- Hautrötung
- Miktionsstörungen
- Unruhe- und Erregungszustände, Verwirrheitszustände

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 Schrittmachanlage bei Bewusstlosigkeit (SAA 12)

Verlaufskontrolle:

- regelmäßige Kontrolle des Herzrhythmus
- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- Cave: bei Myasthenie, Ileus (relativ kontraindiziert)
- Cave: unterschiedliche Konzentrationen verfügbar

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Butylscopolamin

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Butylscopolaminiumbromid

Konzentration: 20 mg/ml (Amp. 20 mg / 1 ml)

Arzneimittelgruppe: Parasympatholytikum

Butylscopolamin
mg/ml

Indikationen:

- starke kolikartige abdominelle Schmerzen

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

Notarztzuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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
- Miktionsstörungen
- Schwindel

Durchführung / Dosierung:

- 0,3 mg / kg KG 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
- Wirkeintritt nach ca. 15 Minuten, Wirkdauer ca. 5 Stunden
- Interaktionen: Verstärkung anticholinergischer UAW anderer Wirkstoffe (einige Antidepressiva, Neuroleptika, Antihistaminika)
- bei Nierenkoliken laut Leitlinie (AWMF 043-025) nicht mehr angezeigt

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Dimenhydrinat

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Dimenhydrinat

Konzentration: 6,2 mg/ml (Amp. 62 mg / 10 ml) oder 40 mg Supp.

Arzneimittelgruppe: Antihistaminikum (Histamin-Rezeptor 1-Antagonist), Antiemetikum

dimenhyDRINAT
_____ mg/ml

Indikationen:

- Übelkeit und Erbrechen mit Aspirationsgefahr

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

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament *Dimetinden*

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Dimetindenmaleat

Konzentration: 1 mg/ml (Amp. 4 mg / 4 ml)

Arzneimittelgruppe: Antihistaminikum (Histamin-Rezeptor-1-Antagonist)

Dimetinden
_____ mg/ml

Indikationen:

- Anaphylaxie

Kontraindikationen:

- bekannte Überempfindlichkeit / Unverträglichkeit
- Glaukom
- Schwangerschaft / Stillzeit (ärztliche Nutzen-Risiko-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. ≤ 12 Jahre

Notarztzuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 mg langsam i.v.
 - einmalige Repetition 4 mg i.v. möglich

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Epinephrin

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Epinephrin (Adrenalin)

Konzentration: 1 mg/ml (Amp. 1mg / 1 ml, Stechamp. 25 mg / 25 ml)

Arzneimittelgruppe: Katecholamin

EPINEPHrin
_____ mg/ml

Indikationen:

- Reanimation
- instabile Bradykardie
- Anaphylaxie ab Stadium II mit Atemstörung oder Schock
- Pseudokrapp
- obere Atemwegsobstruktion durch Schleimhautschwellung

Kontraindikationen:

- aufgrund vitaler Gefährdung keine

Altersbegrenzung: keine

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 / kg KG 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, Pseudokrapp

- 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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Esketamin**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Esketamin

Konzentration: 5 mg / ml (Amp. 25 mg / 5 ml),
25 mg / ml (Amp. 50 mg / 2ml, 250 mg / 10 ml)

Arzneimittelgruppe: Analgetikum, Narkotikum (dosisabhängig)

esKETamin
mg/ml

Indikationen:

- starker Schmerz (NRS ≥ 6), entsprechend dem BPR „Starke Schmerzen“

Kontraindikationen:

- Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Bewusstseinsstörung (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 Kindern < 30 kg KG

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR „Aufklärung“

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

- Aufwachreaktionen, Albträume, Unruhe, Schwindel
- Euphorie, Dysphorie, Panikattacken
- Bewusstseinsstörung
- Ateminsuffizienz (dosisabhängig)
- Anstieg von Blutdruck und Herzfrequenz
- Zunahme des intraokularen Drucks (Cave: Glaukom)
- Speichelfluss, Übelkeit, Erbrechen

Durchführung / Dosierung:

- Kombination von Midazolam u. Esketamin zwingend erforderlich → zuerst Applikation von Midazolam entsprechend der SAA Midazolam
- initial langsam 0,125 mg / kg KG Esketamin i.v.
- Wartezeit 4 Minuten
- falls NRS weiter ≥ 6 : einmalige Repetition 0,125 mg / kg KG langsam i.v.
- Maximaldosis 0,25 mg / kg KG

Erfolgsprüfung:

- analgetische Wirkung (Reduktion NRS)

Folgemaßnahmen:

- nach BPR „Starke Schmerzen“

Verlaufskontrolle:

- Schmerzskala (NRS)
- Re-Evaluation ABCDE, vollständiges Monitoring

Besonderheiten:

- Cave: Ampullen mit unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar
- Wirkeintritt nach ca. 1 Minute, HWZ 10 - 15 Minuten, Wirkdauer ca. 20 Minuten
- Interaktionen: Wirkungsverstärkung durch zentral dämpfende Mittel, psychotrope Substanzen und Alkohol

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Furosemid**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Furosemid

Konzentration: 10 mg / ml (Amp. 20 mg / 2 ml, Amp. 40 mg / 4 ml)

Arzneimittelgruppe: Diuretikum

fUROsemid
_____ mg/ml

Indikationen:

- kardiales Lungenödem

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.

Notarztzuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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, Wirkdauer Stunden

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Glucagon**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Glucagon
Konzentration: 1 mg / ml (Pulver zur Herstellung der Injektionslösung)
Arzneimittelgruppe: Hormon zur Therapie der Hypoglykämie



Indikationen:

- Hypoglykämie < 60 mg / dl bzw. 3,3 mmol / l (Fremdhilfe erforderlich)

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Phäochromocytom

Altersbegrenzung: keine

Notarztzuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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.

Erfolgsprüfung:

- Verbesserung der Vigilanz, Anstieg des Blutzuckerwertes auf über 90 mg / dl bzw. 5,0 mmol / l

Folgemaßnahmen:

- bei nicht adäquatem Blutzuckeranstieg: Glucose i.v. gem. BPR „Hypoglykämie“

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- GlucaGen® HypoKit Fertigspritzen als Bedarfseigenmedikation verfügbar
- Glucagon zur nasalen Applikation verfügbar

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Glucose**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff:	Glucose	Glucose _____ %
Konzentration:	10 %, 20 %, 40 % und weitere Konzentrationen verfügbar	_____ g/ml
Arzneimittelgruppe:	Monosaccharid (Einfachzucker)	

Indikationen:

- Hypoglykämie (BZ < 60 mg / dl bzw. < 3,3 mmol / l)

Kontraindikationen: keine

Altersbegrenzung: keine

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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
- höherkonzentrierte 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)

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Glyceroltrinitrat**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Glyceroltrinitrat

Konzentration: 0,4 mg / Hub oder 0,8 mg Zerbeißkapsel

Arzneimittelgruppe: Organisches Nitrat, Vasodilatator / Antianginosum

GlycerolTriNitrat
mg/ml

Indikationen:

- akutes Koronarsyndrom, Angina pectoris
- Myokardinfarkt (keine routinemäßige Gabe)
- hypertensiver Notfall mit kardialer Symptomatik
- akute Linksherzinsuffizienz mit kardialem Lungenödem

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Schock jeder Genese (auch kardiogener Schock)
- Kollaps, Hypotonie, RR syst $\leq$ 120 mmHg
- inferiorer Infarkt mit rechtsventrikulärer Beteiligung
- gleichzeitige Einnahme von Phosphodiesterase-5-Hemmern (z.B.: Viagra: 24 Std., Levitra: 24 Std., Cialis: 72 Std.)
- schwere stenosierende Herzklappenfehler
- V.a. Erhöhung des intrakraniellen Drucks, z.B. bei intrakranieller Blutung
- Schwangerschaft (ärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 J.

Notarztzuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Heparin**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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: Antikoagulant

Heparin
i.E./ml

Indikationen:

- akutes Koronarsyndrom
- Lungenembolie (nach Wells-Score lt. BPR)

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
- akuter 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 Antikoagulantien (außer ASS)
- Schwangerschaft (ärztliche Risiko-Nutzen-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 J.

Notarztzuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 Antikoagulantien

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament *Ibuprofen*

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Ibuprofen

Konzentration: 20 mg / ml und 40 mg / ml (Saft / Suspension)
Supp. u.a. 75 mg, 125 mg, 150 mg, 250 mg

Arzneimittelgruppe: Nichtopioid-Analgetikum

Ibuprofen
_____mg/ml

Indikationen:

- Schmerzen, NRS ≥ 6
- Fiebersenkung beim Kind mit Krampfanfall / Fieberkrampf

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- Asthma bronchiale, Atemnot in Zusammenhang mit Einnahme von NSAR
- erhöhte Blutungsgefahr, aktive Blutung
- SHT, V.a. intrakranielle Blutung
- akutes Koronarsyndrom, 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

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 / kg KG |

keine Repetition

bei Kleinkindern alternativ Gabe als Suppositorium

Erfolgsprüfung: (je nach Indikation)

- Schmerzlinderung
- Fiebersenkung

Folgemaßnahmen:

- entsprechend dem BPR „starke Schmerzen“

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE / NRS

Besonderheiten:

- Cave: Präparate mit unterschiedlichen Konzentrationen bzw. Wirkstoffmengen verfügbar
- Cave: Zeitabstand > 6 h zu letzter Gabe beachten

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Ipratropiumbromid

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Ipratropiumbromid

Konzentration: 250 µg oder 500 µg / 2 ml Inhalationslösung,
Präparate mit anderen Konzentrationen verfügbar

Arzneimittelgruppe: Inhalatives Parasympatholytikum



Indikationen:

- Bronchialobstruktion: Asthmaanfall, Exacerbation COPD

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- symptomatische Tachykardie / Tachyarrhythmie
- bekanntes Engwinkelglaukom
- Schwangerschaft / Stillzeit (ärztliche Nutzen-Risiko-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 J.

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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
- Miktionsstörungen
- 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 Inhalation
- mit 6 - 8 l O₂ vernebeln
- Repetition nach 30 Minuten möglich

Erfolgsprüfung:

- Reduktion der Bronchialobstruktion, Besserung der Atemnot

Folgemaßnahmen:

- Prednisolongabe
- ggf. CPAP lt. BPR „Bronchialobstruktion“

Verlaufskontrolle:

- Auskultation
- Re-Evaluation ABCDE

Besonderheiten:

- Cave: Zubereitungen mit unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Lidocain

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Lidocainhydrochlorid

Konzentration: Lidocain 2 %: 20 mg / ml (Amp. 100 mg / 5 ml)
Lidocain 1 %: 10 mg / ml

Arzneimittelgruppe: Lokalanästhetikum, Antiarrhythmikum

Lidocain ____ %
____ mg/ml

Indikationen:

- Anlage eines i.o.-Zugangs beim ansprechbaren Patienten in lebensbedrohlicher Situation mit zwingender Indikation für einen parenteralen Zugang und Unmöglichkeit eines peripheren i.v.-Zugangs

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit, auch gegen enthaltene Konservierungsmittel
- hochgradig dekompensierte Herzinsuffizienz, kardiogener Schock
- höhergradige Störungen des kardialen Reizleitungssystem
- Schwangerschaft (ärztliche Nutzen-Risiko-Abwägung)

Altersbegrenzung: keine

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR „Aufklärung“

Unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) / Risiken:

Symptomatik bei versehentlicher Überdosierung:

- Blutdruckabfall
- Arrhythmie, Bradykardie
- Schwindel, Hörstörungen, Sehstörungen
- generalisierter Krampfanfall
- Atem- und Kreislaufstillstand

Durchführung / Dosierung:

- Anwendung nur ohne Beimischung von Epinephrin
- einmalige Anwendung ohne Repetition
- Erwachsene**
 - 40 mg langsam über 120 Sekunden i.o.
- Säuglinge und Kinder**
 - 0,5 mg / kg KG langsam über 120 Sekunden i.o.
 - Maximaldosis 40 mg

Erfolgsprüfung:

- Schmerzlinderung bei i.o. Injektion

Folgemaßnahmen:

- Spülung mit 10 ml NaCl 0,9%
- Anschließen einer Infusion (Vollelektrolytlösung)

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- kontinuierliche EKG-Ableitung
- regelmäßige Blutdruckkontrolle

Besonderheiten:

- Cave: unterschiedliche Konzentrationen verfügbar
- Einsatz von Lidocain als Antiarrhythmikum bei Kammerflimmern und pulsloser VT möglich

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Midazolam

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

Logo
Platzhalter

Wirkstoff: Midazolamhydrochlorid

Konzentration: 1 mg / ml, 5 mg / ml

Applikationsspritzen zur buccalen Anwendung: 5 mg / ml

Arzneimittelgruppe: Benzodiazepin (Antikonvulsivum, Sedativum)

Midazolam
mg/ml

Indikationen:

- anhaltender Krampfanfall / Fieberkrampf
- Analgosedierung (in Kombination mit Esketamin)

Kontraindikationen:

- akute respiratorische Insuffizienz (hypoxisch bedingter Krampfanfall)
- bekannte Allergie bzw. Überempfindlichkeit
- bei Analgosedierung zusätzlich:
 - Myasthenia gravis
 - obstruktive Schlafapnoe (OSAS)
 - Schwangerschaft

Altersbegrenzung: keine buccale Applikation bei Kindern < 3 Monate

Notarzutuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR „Aufklärung“

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
- 0,2 mg / kg KG **nasal per MAD** ab 3.LM; einmalige Repetition erst bei Kindern > 13 kg KG

Erwachsene:

- 0,1 mg / kg KG Midazolam i.v.
- Erwachsene ab 50 kg KG: 10 mg **nasal per MAD** (1 ml = 5 mg pro Nasenloch),
Erwachsene bis 50 kg KG: 0,2 mg / kg KG **nasal per MAD**
- 10 mg in 2,0 ml **buccal**
- einmalige Repetition möglich, **Maximaldosis 20 mg**

Analgosedierung in Kombination mit Esketamin

- Kinder > 30 kg KG und < 50 kg KG: 0,05 mg / kg KG langsam i.v.
- Erwachsene und Jugendliche > 50 kg KG: 2 mg langsam i.v.
- Erw. > 60 Jahre, < 50 kg KG oder mit einschränkenden chron. 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 Basismonitoring

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., Opiode u.a.

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Naloxon**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Wirkstoff: Naloxonhydrochlorid
Konzentration: 0,4 mg / ml (Amp. 0,4 mg / 1 ml)
Arzneimittelgruppe: Opioidrezeptorantagonist / Antidot



Indikationen:

- Opiatintoxikation mit nicht lösbarem A- / B-Problem

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 J.

Notarztzuf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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
- ggf. Auftreten von Schmerzen

Durchführung / Dosierung:

- fraktionierte, langsame Gabe intravenös in 0,1-mg-Schritten bis suffiziente Spontanatmung und Schutzreflexe vorhanden sind

Erfolgsprüfung:

- Einsetzen suffizienter Spontanatmung
- Besserung der Vigilanz mit Vorhandensein der Schutzreflexe

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- regelmäßige Evaluation der Schutzreflexe

Besonderheiten:

- die Gabe von Naloxon kann zum akuten Opioid-Entzugssyndrom führen
- Cave: erneute Opiatwirkung nach Abbau von Naloxon möglich
- Wirkeintritt: schnell, innerhalb von 1 - 2 Minuten, HWZ z.T. kürzer als die einiger Opiode

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Paracetamol

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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

Paracetamol
_____ mg/ml

Indikationen:

- starke Schmerzen (NRS ≥ 6) traumatologischer oder anderer Ursache lt. BPR
- Fiebersenkung beim Kind mit Krampfanfall / Fieberkrampf

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

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 → rektale Applikation

(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 „Starke Schmerzen“ ggf. Midazolam + Esketamin

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- je nach Indikation: Schmerzskala (NRS) oder Temperaturmessung

Besonderheiten:

- Cave: Zeitabstand > 6 Stunden zu letzter Gabe beachten

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Prednisolon**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit

Altersbegrenzung: keine

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 Minuten
- Wirkdauer 4 - 6 Stunden

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament **Salbutamol**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- symptomatische Tachykardie / Tachyarrhythmie
- Überdosierung mit β_2 -Sympathomimetika
- schwere kardiale Vorerkrankungen, akutes Koronarsyndrom, Myokardinfarkt

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 4 J.

Notarztruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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 vernebeln
- einmalige Repetition nach 10 Min. möglich

Erfolgsprüfung:

- Reduktion der Bronchospastik, Besserung der Atembeschwerden

Folgemaßnahmen:

- Inhalation von Ipratropiumbromid lt. BPR (nur bei Pat. ≥ 12 Jahre)

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- Auskultation

Besonderheiten:

- Cave: Zubereitungen mit unterschiedlichen Konzentrationen verfügbar

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Urapidil

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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

Kontraindikationen:

- bekannte Allergie bzw. Unverträglichkeit
- bekannte, nicht korrigierte Aortenisthmusstenose
- Schwangerschaft und Stillzeit

Altersbegrenzung: keine Anwendung durch NotSan bei Pat. < 12 J.

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

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. < 160 mmHg
- RR syst. nicht < 120 mmHg
- Maximaldosis 25 mg

Erfolgsprüfung:

- Blutdruck-Senkung
- Reduktion der Symptome

Folgemaßnahmen:

- repetitive Gabe (Zielbereich beachten)

Verlaufskontrolle:

- Re-Evaluation ABCDE
- engmaschige (3 - 5 minütige) Blutdruck-Messung

Besonderheiten:

- Cave: bei schweren Leber- und Nierenfunktionsstörungen
- Wirkungsverstärkung bei gleichzeitiger Medikation mit anderen Antihypertensiva
→ nicht kalkulierbarer Blutdruckabfall möglich

Standard-Arbeitsanweisung Rettungsdienst (SAA) - Medikament

Vollelektrolytlösung

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



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)

Weitere Indikationen:

- Schlaganfall

Kontraindikationen:

Hypervolämie, z.B. im Rahmen von:

- kardialer Dekompensation, z.B. mit pulmonaler Stauung
- Niereninsuffizienz mit Oligo-/Anurie

Altersbegrenzung: keine

Notarzttruf: gemäß lokalem Notarztindikationskatalog

Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: gemäß BPR „Aufklärung“

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 / kg KG 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

BPR

Behandlungspfade

Rettungsdienst

Herangehensweise

Sicherheit & Einsatzplanung am Einsatzort

Universelle **Gefahrenbeurteilung vor medizinischen Maßnahmen** (Eigen- und Patientenschutz)

A) Gefahrenbeurteilung und -abwehr:

- **dynamisch:** mindestens auf der Anfahrt, 50 m auf Sicht / nach vorläufiger Fahrzeugaufstellung / nach Frontalansicht und im Einsatz
- **Wirkkette:** „Ursache – Wirkung – bedrohtes Objekt?“
- **Priorisierung:** „Welche Gefahr muss zuerst bekämpft werden?“
- **Gefahrenabwehr:** Ursache bekämpfen / Wirkung unterbrechen / Objekt entfernen / Rückzug bei unkalkulierbaren Risiken

B) Fahrzeugaufstellung nach taktischen Abwägungen:

- außerhalb von Gefahrenbereich und Zufahrtswegen
- außerhalb von Aufstellflächen für Facheinsatzmittel
- gleiche Rettungsmittel gesammelt, nicht verteilt

Merkregeln für Gefahren:

Allgemeine Gefahren:

Wasser / **W**etter / **V**erkehr / **D**unkelheit

AAAA-C-EEEE:

Atemgifte / **A**usbreitung / **A**tomare Gefahren / **A**ngstreaktion

Chemische und biologische Gefahrstoffe

Explosion & Brand / **E**rkrankung oder Verletzung / **E**lektrizität / **E**insturz & Absturz

Häufigste Beurteilungsergebnisse:

- **Absperrung** zur Verkehrsabsicherung und zum Schutz vor Gefahrstoffen
- **Ausschalten und Feststellen** von Maschinen und Fahrzeugen
- **Brandschutz**
- **Schnitt- und Splitterschutz** durch persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Prüfe:

- Verkehrsabsicherung? → vor Einsatzort
- sichere Abfahrt? → RTW hinter Einsatzort

Einsatz bei biologischen / infektiologischen Gefahren unter zusätzlicher PSA:

- Infektionsschutzanzug / Schutzkittel, Atemschutzmaske, Augenschutz, doppelte Einmalhandschuhe
- Vorgehen: Anlegen der PSA und Abfragen spezifischer Symptome möglichst mit Sicherheitsabstand
- Beschränkung auf absolut erforderliches Mindestmaß an persönlichem Kontakt (Helfer, Maßnahmen)
- Voranmeldung in Versorgungseinrichtung unter Angabe der Infektion

Erfassungs- und Beurteilungsschemata

- <c>ABCDE – Herangehensweise
- <c>ABCDE – Instabilitäten
- WASB und GCS – Beurteilung der Bewusstseinslage
- SAMPLER – Erfassung der akuten Situation
- OPQRST – Erfassung der akuten Symptomatik

Basismonitoring

- EKG und Herzfrequenz
- Atemfrequenz
- SpO₂ und Pulsfrequenz
- RR systolisch und diastolisch

Erläuterungen

Gefahrenbeurteilung	im Sinne eines All-Gefahren-Ansatzes (vgl. Feuerwehr-Dienstvorschrift) und dynamisch (fortlaufend)
Taktik (Gefahrenabwehr)	abwägendes Entscheiden und Handeln zur Zielerreichung (1. Gefahrenpriorisierung, 2. Grundtaktik-Auswahl, 3. Technik-Auswahl nach Kriterien Sicherheit, Schnelligkeit, Aufwand, Nebenerscheinungen)
Gefahrenerkennung	Merkregeln sind nicht abschließend und wortwörtlich zu nehmen: Zu den chemischen Gefahrstoffen merkt man sich auch die biologischen, bei Explosion auch Brand, beim Einsturz auch den (eigenen) Absturz. Achtung: Angst ist keine relevante Wirkung, sondern hat Schutzfunktion - nur die direkt bevorstehende AngstREAKTION aus einem Tunnelblick (Fenstersprung, Flucht in Gefahr hinein, ...) hat Bedeutung.
bedrohte Objekte	im Rettungsdienst häufig: Patienten und Passanten, ggf. auch Einsatzkräfte
Gefahren-priorisierung	1. Gefahren, die die Gefahrenabwehr zunichte machen (häufig Verkehrs- und Maschinen-gefahren, Brand- oder Explosionsgefahren) 2. Gefahren für die am meisten bedrohten Menschen 3. Gefahren für bedrohte Menschen 4. Gefahren für Umwelt & Sachwerte
Gefahrenabwehr-Maßnahmen	Die Grundtaktiken Angriff, Verteidigung und In-Sicherheit-Bringen greifen an den Gliedern der Wirkkette „Ursache-Wirkung-bedrohtes Objekt“ an. Kann die Gefahr nicht mehr kalkuliert werden (z.B. bei Gefahrstoffen, Explosion oder Einsturz), ist der Rückzug möglich ("kein Heldentod im Einsatz").
Persönliche Schutz-ausrüstung (PSA)	Allgemein: Rettungsdienst-Schutzbekleidung (lange Hose über den Einsatzschuhen, Oberteil, geschlossene Rettungsdienstjacke), Einmal-Handschuhe zusätzlich in „rauer“ Umgebung: (z. B. Verkehrsunfall, Brand / Explosion, Terror) Helm mit heruntergeklapptem Visier und Nackenschutz, Schnittschutzhandschuhe zusätzlich bei biologischen / infektiologischen Gefahren: Infektionsschutzanzug mit angepasster Schutzstufe oder Schutzkittel gem. Hygienekonzept, Atemschutzmaske mit FFP2- bzw. FFP3-Standard, spezielle Schutzbrille als Konjunktivenschutz
Fahrzeugaufstellung	1. unverzichtbare Aufstellflächen für Facheinsatzmittel z. B. Feuerwehr: Drehleitern, Löschfahrzeuge, Rüstwagen, Kräne; z. B. Polizei: Zugriffseinheiten; z. B. Rettungsdienst: Rettungshubschrauber 2. möglichst gleiche Einsatzmittel immer gesammelt, nicht verteilt → Führbarkeit der Einsatzstelle sicherstellen, Synergie in Mangelphase sicherstellen 3. Prüfe: Verkehrsabsicherung notwendig, dann ersten RTW in Fahrtrichtung vor die Einsatzstelle, ansonsten RTW hinter die Einsatzstelle → sichere spätere Abfahrt 4. NEF nachrangig, wenn nicht Führungsmittel → außerhalb aller anderen Aufstellflächen (Fußwege im Einsatz sind erlaubt.)

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

<c>A B C D E – Herangehensweise

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



<c> critical bleeding (kritische Blutung)

- primär erkennbare kritische Blutung?

Kompression
ggf. Tourniquet (Extremitäten)

BPR
kritische
Blutung

A Airway (Atemweg)

- Atemweg frei?

Atemwege freimachen
ggf. HWS-Immobilisation

BPR
kritisches
A-Problem

B Breathing (Atmung)

Atmung suffizient ?

- Frequenz
- Hautkolorit
- Tidalvolumen / Thoraxexkursionen
- Auskultation / Seitenvergleich
- SpO₂

Sauerstoffgabe
ggf. Atemweg sichern
und beatmen

BPR
Atemwegs-
manage-
ment

ggf. Entlastung eines
Spannungspneumothorax

C Circulation (Kreislauf)

Puls (Frequenz, Qualität, Rhythmus)
Hauttemperatur, Hautkolorit
Rekapillarierungszeit (>/< 2 Sekunden)
Blutungszeichen:
- äußere Blutung
- Brust und Bauch
- Becken („Open-Book-Fraktur“)
- Beine und Arme

bei Kreislaufinstabilität
i.v.-Zugang legen

Blutung stoppen
ggf. „Load-Go-Treat“-Indikation

bei Kreislaufstillstand
Reanimation

BPR
Reani-
mation

D Disability (neurologische Defizite)

- **Bewusstsein** (WASB / GCS)
- Sensorik und Motorik
- Pupillenreaktion, Blutzuckerkontrolle

BPR
Bewusst-
seinslage

E Exposure / Environment (weitere Untersuchung)

- **Patient entkleiden und Ganzkörperuntersuchung durchführen**
- ggf. „Logroll-Manöver“ (achsengerichte 90°-en bloc-Drehung; Ansehen der verdeckten Körperseite)
- Temperatur erfassen / vor Auskühlung schützen

- **Versorgungsstrategie nach Leitsymptomen priorisieren und passende Behandlungspfade Rettungsdienst (BPR) wählen**
- **invasive Maßnahmen nach SAA durchführen**
- **regelmäßige Re-Evaluierung des Patienten durchführen**

passende
SAA wählen

passende
BPR
wählen

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

<c>A B C D E – Instabilitäten

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



<c> critical bleeding (kritische Blutung)

- anhaltend „spritzende“ Blutung (aus offenen Wunden oder Extremitätenstümpfen)
- ausgeprägte Blässe der Haut
- innere Blutung mit äußerem Blutaustritt (Magen-Darm-Trakt, Lunge, Genitalregion)
- innere Blutung ohne äußeren Blutaustritt (Aorta, Leber, Milz)

A Airway (Atemweg)

- gefährdeter Atemweg
- pathologisches Atemgeräusch (Schnarchen, Gurgeln, Stridor)
- Obstruktion durch Erbrochenes, Blut, Flüssigkeit, Fremdkörper

B Breathing (Atmung)

- Frequenz < 8 oder > 30 /Minute oder Atemstillstand
- SpO₂ < 90 %
- Hypoxiezeichen
- pathologische Atemmuster / thorakale Einziehungen
- pathologische Auskultationsbefunde

C Circulation (Kreislauf)

- schwache / fehlende periphere Pulse
- RR < 80 oder > 200 mmHg systolisch
- HF < 40 oder > 130 /Minute
- arrhythmischer Puls
- Zyanose oder Blässe
- feuchte oder kühle Haut
- Rekapillarierungszeit > 2 Sekunden
- starkes Durstgefühl

D Disability (neurologische Defizite)

- Bewusstlosigkeit
- eingeschränkte Bewusstseinslage
- Lähmungen
- Sensibilitätsstörungen
- Blutzuckerentgleisung

E Exposure / Environment (Eindrücke)

- sonstige Eindrücke, die auf einen kritischen Zustand hinweisen

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Beurteilung der Bewusstseinslage

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



W wach?

nein

A Reaktion auf Ansprache?

ja

Somnolenz
ggf. verwirrt

nein

S Reaktion auf Schmerzreiz?

ja

Sopor

nein

B Bewusstlosigkeit?

ja

Koma
keine Schutzreflexe

GCS Glasgow Coma Scale zur Beurteilung des SHT

Erwachsene

Augen	Punkte	verbale Reaktion	Punkte	Motorik	Punkte
				auf Aufforderung	6
		kommunikationsfähig, orientiert	5	auf Schmerzreiz, gezielt	5
spontan	4	kommunikationsfähig, desorientiert	4	auf Schmerzreiz, normale Beugeabwehr	4
auf Aufforderung	3	inadäquate Äußerung (Wortsalat)	3	auf Schmerzreiz, Beugesynergismen	3
auf Schmerzreiz	2	unverständliche Laute	2	auf Schmerzreiz, Streckesynergismen	2
keine Reaktion	1	keine Reaktion	1	keine Reaktion	1

Kinder < 36 Monate

Augen	Punkte	verbale Reaktion	Punkte	Motorik	Punkte
				spontane Bewegungen	6
		Plappern, Brabbeln	5	auf Schmerzreiz, gezielt	5
spontan	4	Schreien, aber tröstbar	4	auf Schmerzreiz, normale Beugeabwehr	4
auf Schreien	3	Schreien, untröstbar	3	auf Schmerzreiz, abnorme Abwehr	3
auf Schmerzreiz	2	Stöhnen oder unverständliche Laute	2	auf Schmerzreiz, Streckesynergismen	2
keine Reaktion	1	keine Reaktion	1	keine Reaktion	1

15 – 13 Punkte: leichtes Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

12 – 9 Punkte: mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

8 – 3 Punkte: schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

S Symptome / Schmerzen

- aktuelle Beschwerden
- zur weiteren Spezifizierung OPQRST-Schema

A Allergien

- bekannte Allergien

M Medikamente

- Dauer- und Bedarfsmedikation; Medikamentenplan
- Medikamente planmäßig eingenommen?
- gerinnungsaktive Medikamente (Pradaxa®, Xarelto®, Eliquis®, Heparin, ASS, Marcumar, etc.)?

P Patientengeschichte

- aktuelle und frühere Erkrankungen, Operationen, sonstige Defizite
- Schwangerschaft
- chronische Erkrankungen

L Letzte ...

- Mahlzeit: Zeitpunkt und Art
- Stuhlgang / Miktio: Zeitpunkt und evtl. Auffälligkeiten
- Krankenhausaufenthalt
- bei Frauen letzte Regelblutung

E Ereignis

- was hat zum Notruf geführt?
- wie hat sich die Situation entwickelt?

R Risikofaktoren

- z. B.: Rauchen, Alkohol, Drogen, Schwangerschaft
- welche Risikofaktoren bestehen für die aktuelle Situation?

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)
OPQRST-Schema – Erfassung der akuten Symptomatik

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



O Onset (Beginn)

- wann begann das Symptom / der Schmerz?
- akut oder schleichend?
- was haben Sie gemacht als das Symptom / der Schmerz begann?

P Provocation / Palliation (Verstärkung / Linderung)

- was macht das Symptom / den Schmerz schlimmer oder besser?

Q Quality (Qualität)

Charakteristik:

- z.B. Dreh-, Schwankschwindel, Tinnitus
- z.B. Taubheitsgefühle, Kribbelparästhesien
- sonstige

Schmerzqualität:

- hell: z.B. stechend, brennend
- dumpf: z.B. drückend, klopfend
- wechselnd: z.B. an- und abschwellend, kolikartig

R Radiation (Lokalisation und Ausstrahlung)

- wo verspüren Sie die Hauptbeschwerden / Schmerzen?
- strahlt der Schmerz irgendwohin aus?

S Severity (Schwere)

- wie stark ist der Schmerz auf einer numerischen Ratingskala (NRS) von 0 - 10?
- wie stark / belastend sind die Beschwerden?

T Time (Zeit)

- wie war der zeitliche Verlauf?

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Atemwegsmanagement

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Spontanatmung insuffizient:

SpO₂ < 90 %
Zyanose
Atemfrequenz < 8 oder > 30/min
Thoraxexkursion pathologisch

Einfache Maßnahmen:

- Sauerstoffgabe
- bei Stridor Epinephrin vernebeln

Freimachen der Atemwege:

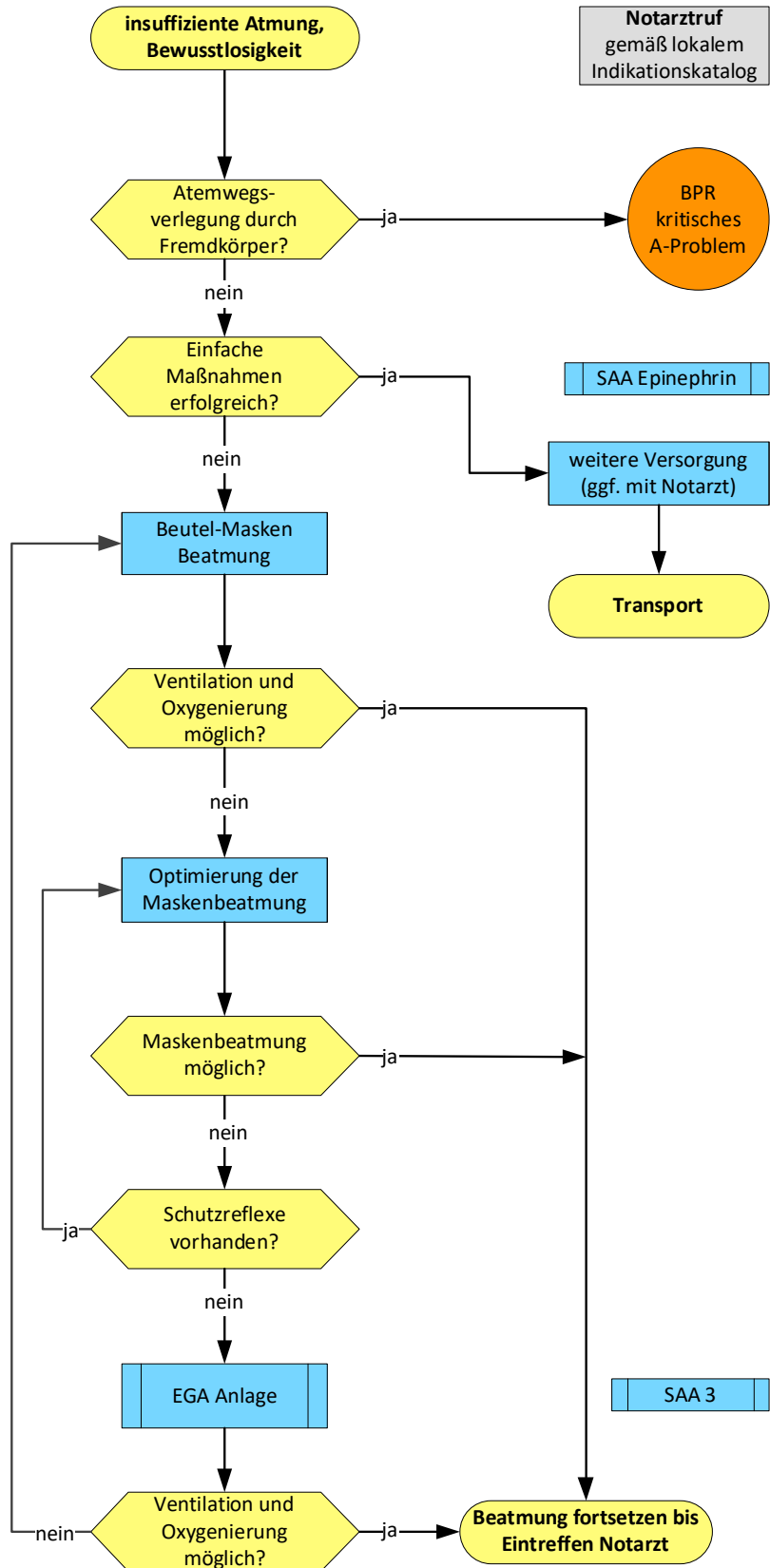
- Reklination d. Kopfes (Cave: HWS Trauma)
- Esmarch-Handgriff
- ggf. oral absaugen / Fremdk. ausräumen
- ggf. nasopharyngealer Tubus

hochdosierte Sauerstoffgabe
ggf. naso- / oropharyngeale Hilfsmittel
Kapnographie obligat

Thorax hebt und senkt sich seitengleich
typisches Kapnographie-Signal
niedriger Beatmungsdruck
SpO₂ steigt adäquat an

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

Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



Erläuterungen

- **Atemwegsmanagement:** Strukturierte Anwendung von Strategien und Techniken zur Sicherung des Atemwegs und Ermöglichung von suffizienter Beatmung, zur ausreichenden Oxygenierung und Ventilation. Der Begriff Atemwegsmanagement wird zumeist in Bezug auf das Management des schwierigen Atemwegs gebraucht.
- Effektives Atemwegsmanagement erfordert eine adäquate **Ausbildung** der Techniken insbesondere am Patienten, regelmäßiges **Training** sowie die Anwendung von **Prinzipien des CRM** im Team.
- **Der BPR Atemwegsmanagement bezieht sich auf die zielgerichtete Behandlung von insuffizienter Atmung bei bewusstlosen Patienten durch Rettungsfachpersonal.** Entscheidend ist die zeitnahe kritische Einschätzung der Notfallsituation und die unmittelbare Durchführung des Atemwegsmanagements, um Hypoxie und schwere Schäden bis zum Tod des Patienten zu verhindern. Vorrangiges Ziel der Maßnahmen ist primär die adäquate Oxygenierung und Ventilation des Patienten. Es soll zügig systematisch zunächst mit einfachen Maßnahmen versucht werden, das Problem zu beheben. Bei ausbleibendem Erfolg wird ein eskalierendes Vorgehen bis zum Einsatz von extraglottischen Atemwegshilfen (EGA) mit regelmäßiger Reevaluation vorgegeben.
- **Die folgenden Parameter sind als Erfolgskontrolle regelmäßig zu kontrollieren:**
 - typisches Kapnographie-Signal (Ziel: Hypo- und Hyperventilation vermeiden)
 - SpO₂ steigt adäquat an
 - Thorax hebt und senkt sich seitengleich
 - Tidalvolumen, Atemfrequenz, niedriger Beatmungsdruck
- Weiterführende invasive Maßnahmen zur Atemwegssicherung (wie z.B. endotracheale Intubation, Koniotomie) bei Versagen aller aufgeführten Maßnahmen sollten durch Rettungsfachpersonal vor Eintreffen des Notarztes vorbereitet werden, liegen allerdings entsprechend der S1-Leitlinie „Prähospitales Atemwegsmanagement“ nicht im Kompetenzbereich des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals. Das für die endotracheale Intubation als invasive Maßnahme zur Atemwegssicherung aufgrund von Komplexität, Schwierigkeitsgrad und assoziierten Risiken geforderte Kompetenzniveau dient der Patientensicherheit. Diese zugrunde gelegten Anforderungen sind durch NotSan typischerweise nicht zu erfüllen. Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass **selbst bei schwerer Bewusstseinsstörung meist die Einleitung einer Notfallnarkose vor endotrachealer Intubation durch den Notarzt erforderlich ist.**
- Die **Notfallkoniotomie** steht am Ende des notärztlichen Algorithmus zum Atemwegsmanagement als Ultima ratio bei einer „can’t intubate, can’t oxygenate / can’t ventilate Situation“.
- Bei Versagen aller Maßnahmen zur Oxygenierung und Ventilation sowie fehlender zeitnaher Verfügbarkeit eines Notarztes kann im Rahmen der drohenden Reanimationssituation je nach Fähigkeiten des NotSan ein Rettungsversuch mittels weiterführender invasiver Maßnahmen zur Atemwegssicherung gerechtfertigt sein.

Die S1 – Leitlinie „Prähospitales Atemwegsmanagement“ ist im Portal der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter AWMF-Register-Nr.: 001-040 2019 verfügbar.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) *Handreichung Patienten Anmeldung*

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Z Zeiten

- Anmeldezeit
- Ankunftszeit

O Opening

- | | |
|--|--------------------------|
| - Name, Geburtsdatum / Alter, Geschlecht | - Symptome, seit wann? |
| - In einem Satz: „Was ist passiert?“ | - Trauma oder Erkrankung |
| - Verdachtsdiagnose | - Dringlichkeit |

A Airway (Atemweg)

- | | |
|----------------|---|
| - spontan frei | - gesichert (intubiert, supraglottisch) |
| - gefährdet | - Tracheostoma |

B Breathing (Belüftung)

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| - O ₂ -pflichtig | - V.a. Pneumothorax (Entlastung?) |
| - nicht invasiv beatmet oder CPAP | |
| - invasiv beatmet | |

C Circulation (Kreislauf)

- | | |
|-------------------------|---|
| - stabil oder instabil | - Reanimation (ROSC, laufende Reanimation?) |
| - Schock | - HRST |
| - katecholaminpflichtig | - Blutung |

D Disability (Defizite)

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| - wach und orientiert | - neurologisches Defizit (BE-FAST): |
| | - erweckbar |
| | - auf Ansprache |
| | - auf Schmerzreiz |
| | - Koma |

E Extras

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| - Verletzungsmuster | - Infektion / Isolation |
| - Antikoagulation | - Schwangerschaft |
| - Demenz | - Eigen- und Fremdgefährdung |
| - Erbrechen / Durchfall | - sonstige Besonderheiten |

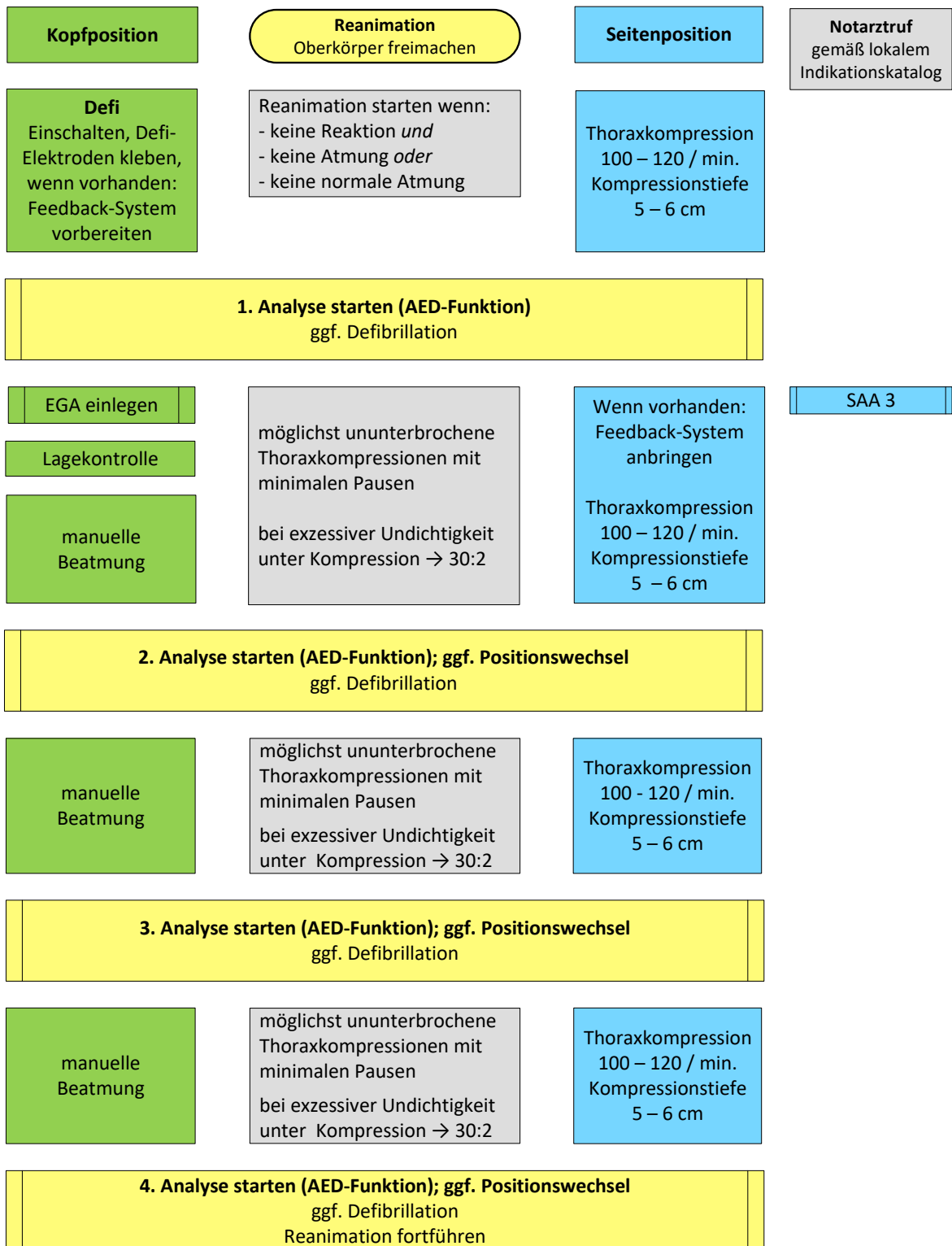
Kreislaufstillstand

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Reanimation Erwachsene – BLS

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Erläuterungen

Präambel	Oberste Priorität haben eine qualitativ hochwertige Thoraxkompression mit möglichst kurzen Unterbrechungen und eine schnellstmögliche Defibrillation, falls indiziert
Thoraxkompression	• so früh wie möglich beginnen • auf harten Untergrund achten • Druckpunkt: untere Hälfte des Brustbeins („mitten auf der Brust“) • Thoraxentlastung nach jeder Kompression; nicht auf dem Patienten abstützen
Defibrillation	• Rhythmusanalyse und Schockempfehlung erfolgt durch AED-Modus • die 1. Defibrillation sollte mit herstellerspezifisch angegebener Joulezahl erfolgen
EGA (SAA 3)	• es sollte primär ein extraglottischer Atemweg gelegt werden. • bei Misserfolg Beutel-Masken-Beatmung
manuelle Beatmung	• bei dicht liegendem EGA erfolgt eine Beutelbeatmung unter kontinuierlich fortgeführter Herzdruckmassage • ist dies nicht möglich, wird eine Beutel-Beatmung (EGA, Gesichtsmaske) mit diskontinuierlicher Thoraxkompression im Verhältnis 30:2 durchgeführt • Beatmung: - AF 10/min; Inspirationshub in der Entlastungsphase - Atemzugvolumen > 200 ml - möglichst hohe Sauerstoffzufuhr gewährleisten
Pulskontrolle	nur bei auswurffähigem EKG-Rhythmus und < 10 Sekunden
"auswurffähiger" EKG-Rhythmus	hierunter werden EKG-Rhythmen verstanden, die grundsätzlich eine Pumpleistung des Herzens bewirken können: 1. Sinusrhythmus (SR) 2. bradykarde und tachykarde Rhythmen mit <u>schmalen</u> Kammerkomplexen bei Frequenzen zwischen 30 und 200 Schlägen / Minute 3. bradykarde und tachykarde Rhythmen mit <u>breiten</u> Kammerkomplexen bei Frequenzen zwischen 30 und 150 Schlägen / Minute 4. Schrittmacherrhythmus mit elektrischer Antwort auf Impulse (Captures)
Kapnometrie, Kapnographie	Ziele: • Bestätigung und kontinuierliche Überwachung der Tubuslage • Effektivität der HDM; Soll: $\text{etCO}_2 > 15 \text{ mmHg}$ (2 kPa) • rasches Erkennen eines ROSC • Vermeidung einer Hyperventilation nach ROSC
Feed-Back-System	• soweit verfügbar immer als Optimierungshilfe zu Kompressionsfrequenz, Kompressionstiefe und Atemzugtiefe einsetzen • bei vermehrten Optimierungshinweisen Positionswechsel der Helfer
Hands-off Zeiten	• vor und während der Defibrillation (inkl. Rhythmusanalyse) < 10 Sekunden • nach der Defibrillation sofortiger Start der Thoraxkompression • während der Beatmung über Gesichtsmaske
Post-ROSC-Therapie	nach BPR "Checkliste Postreanimationstherapie (Post-ROSC)"

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Reanimation Erwachsene – ALS mit manueller Defibrillation

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



	Kopfposition	Reanimation Oberkörper freimachen	Seitenposition	Notarzttruf gemäß lokalem Indikationskatalog
	Defi vorbereiten Einschalten, Defi-Elektroden kleben, Defi laden wenn vorhanden: Feedback-System vorbereiten	Reanimation starten wenn: - keine Reaktion <i>und</i> - keine Atmung <i>oder</i> - keine normale Atmung	Thoraxkompression 100 - 120 / min. Kompressionstiefe 5 - 6 cm	
	1. EKG-Rhythmus Beurteilung VT / VF: Defibrillation (SAA 10) Asystolie / PEA / auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen			SAA 10
2 min CPR	EGA einlegen	möglichst ununterbrochene Thoraxkompressionen mit minimalen Pausen <u>Beatmung:</u> AF: 10 / min. AMV: 6l FiO ₂ : 1,0 bei maschineller Beatmung Pmax: 60 mbar bei exzessiver Undichtigkeit unter Kompression → 30:2	Wenn vorhanden: Feedback-System anbringen Thoraxkompression 100 - 120 / min. Kompressionstiefe 5 - 6 cm	SAA 3
	Beatmung starten			
	Kapnographie			
	Defi laden			
	2. EKG-Rhythmus Beurteilung; ggf. Positionswechsel VT / VF: Defibrillation (SAA 10) Asystolie / PEA / auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen			
2 min CPR	Zugang legen i.v. i.o.	Atemweg und Beatmung überprüfen bei Asystolie / PEA Epinephringabe so früh wie möglich	Thoraxkompression 100 – 120 / min. Kompressionstiefe 5 – 6 cm	SAA 1
	Infusion vorbereiten			SAA 2
	ggf. Magensonde			
	Defi laden			
	3. EKG-Rhythmus Beurteilung; ggf. Positionswechsel VT / VF: Defibrillation (SAA 10) Asystolie / PEA / auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen			
2 min CPR	1 mg Epinephrin	Atemweg und Beatmung überprüfen bedenke 4 Hs und HITS	Thoraxkompression 100 - 120 / min. Kompressionstiefe 5 - 6 cm	SAA Epinephrin
	bei VF/VT: 300 mg Amiodaron			SAA Amiodaron
	Defi laden			
	4. EKG-Rhythmus Beurteilung; ggf. Positionswechsel VT / VF: Defibrillation (SAA 10) Asystolie / PEA / auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen Reanimation fortführen			Notarzt: - ggf. eCPR erwägen - „POCUS“ erwägen - lokale Kriterien zur Beendigung der CPR beachten

Erläuterungen

Präambel	Oberste Priorität haben qualitativ hochwertige Thoraxkompressionen mit minimalen Unterbrechungen, schnellstmögliche Defibrillation und Therapie der reversiblen Ursachen														
Defibrillation	• Rhythmusanalyse durch den Anwender (nur bei Unsicherheit AED-Modus nutzen) • die 1. Defibrillation sollte mit herstellerspezifisch angegebener Joulezahl erfolgen • bei fehlendem Erfolg ist je nach Gerät eine Steigerung möglich • evtl. Wiederholung nach primär erfolgreicher Defibrillation mit der zuletzt erfolgreichen Energie														
EGA (SAA 3)	• es sollte primär ein extraglottischer Atemweg gelegt werden. • bei Misserfolg Beutel-Masken-Beatmung oder ggf. endotracheale Intubation														
Intubation	• nur durch in der Anwendung der Methode ausgebildete und erfahrene Helfer • Laryngoskopie unter laufender HDM • Unterbrechung der HDM zur Intubation für max. 5 Sekunden • zugunsten einer kontinuierlichen Herzdruckmassage ggf. erst nach ROSC														
maschinelle Beatmung	Einstellung Beatmungsgerät: FiO ₂ 1,0; AF 10/min; AMV 6 Liter; Pmax: 60 mbar Ziele: • beatmungssynchrones Heben und Senken des Brustkorbs • rechteckiges Kapnographie Signal • expiratorisches Atemzugvolumen: > 200 ml														
Kapnometrie, Kapnographie	Ziele: • Bestätigung und kontinuierliche Überwachung der Tubuslage • Effektivität der HDM; Soll: etCO₂ > 15 mmHg (2 kPa) • rasches Erkennen eines ROSC • Vermeidung einer Hyperventilation nach ROSC														
Feed-Back-System	• soweit verfügbar immer als Optimierungshilfe zu Kompressionsfrequenz, Kompressionstiefe und Atemzugtiefe einsetzen • bei vermehrten Optimierungshinweisen Positionswechsel der Helfer														
i.o.-Zugang	wenn i.v.-Zugang innerhalb 2 Minuten oder nach 2 Versuchen nicht möglich														
Hands-off Zeiten	• vor und während der Defibrillation (inkl. Rhythmusanalyse) < 10 Sekunden • nach der Defibrillation sofortiger Start der Thoraxkompression														
Pulskontrolle	nur bei auswurf-fähigem EKG-Rhythmus und < 10 Sekunden														
Medikamente	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">Dosis</th><th style="text-align: center;">Indikation</th><th style="text-align: center;">Repetition</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Epinephrin</td><td>1 mg i.v.</td><td>während der Reanimation, bei Asystolie / PEA so früh wie möglich</td><td>alle 4 Minuten</td></tr> <tr> <td>Amiodaron</td><td>300 mg i.v.</td><td>persistierend VT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock</td><td>einmalig 150 mg nach dem 5. Schock</td></tr> </tbody> </table>				Dosis	Indikation	Repetition	Epinephrin	1 mg i.v.	während der Reanimation, bei Asystolie / PEA so früh wie möglich	alle 4 Minuten	Amiodaron	300 mg i.v.	persistierend VT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock	einmalig 150 mg nach dem 5. Schock
	Dosis	Indikation	Repetition												
Epinephrin	1 mg i.v.	während der Reanimation, bei Asystolie / PEA so früh wie möglich	alle 4 Minuten												
Amiodaron	300 mg i.v.	persistierend VT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock	einmalig 150 mg nach dem 5. Schock												
reversible Ursachen behandeln	Hypoxie, Hypovolämie, Hypo-/Hyperkaliämie, Hypothermie (4 Hs) Herzbeuteltamponade, Intoxikation, Thromboembolie, Spannungspneumothorax (HITS)														
Post-ROSC-Therapie	nach BPR " <i>Checkliste Postreanimationstherapie (Post-ROSC)</i> "														
Rhythmusstörungen	PEA pulslose elektrische Aktivität VF „ventricular fibrillation“ = Kammerflimmern VT ventrikuläre Tachykardie														
eCPR	extrakorporale CPR; kann je nach lokalen Möglichkeiten erwogen werden, um z. B. Koronarinterventionen, pulmonale Thrombektomien bei massiver Lungenembolie oder Wiedererwärmung nach hypothermem Kreislaufstillstand zu ermöglichen														
POCUS	„Point-Of-Care-Ultraschall“; durch qualifizierte Untersucher • keine zusätzlichen oder verlängerten Unterbrechungen der Thoraxkompressionen • zur Detektion reversibler Ursachen (HITS)														
Beenden der CPR	grundsätzliche ethische (ERC 2021, Kap. 11) und lokale Kriterien beachten														

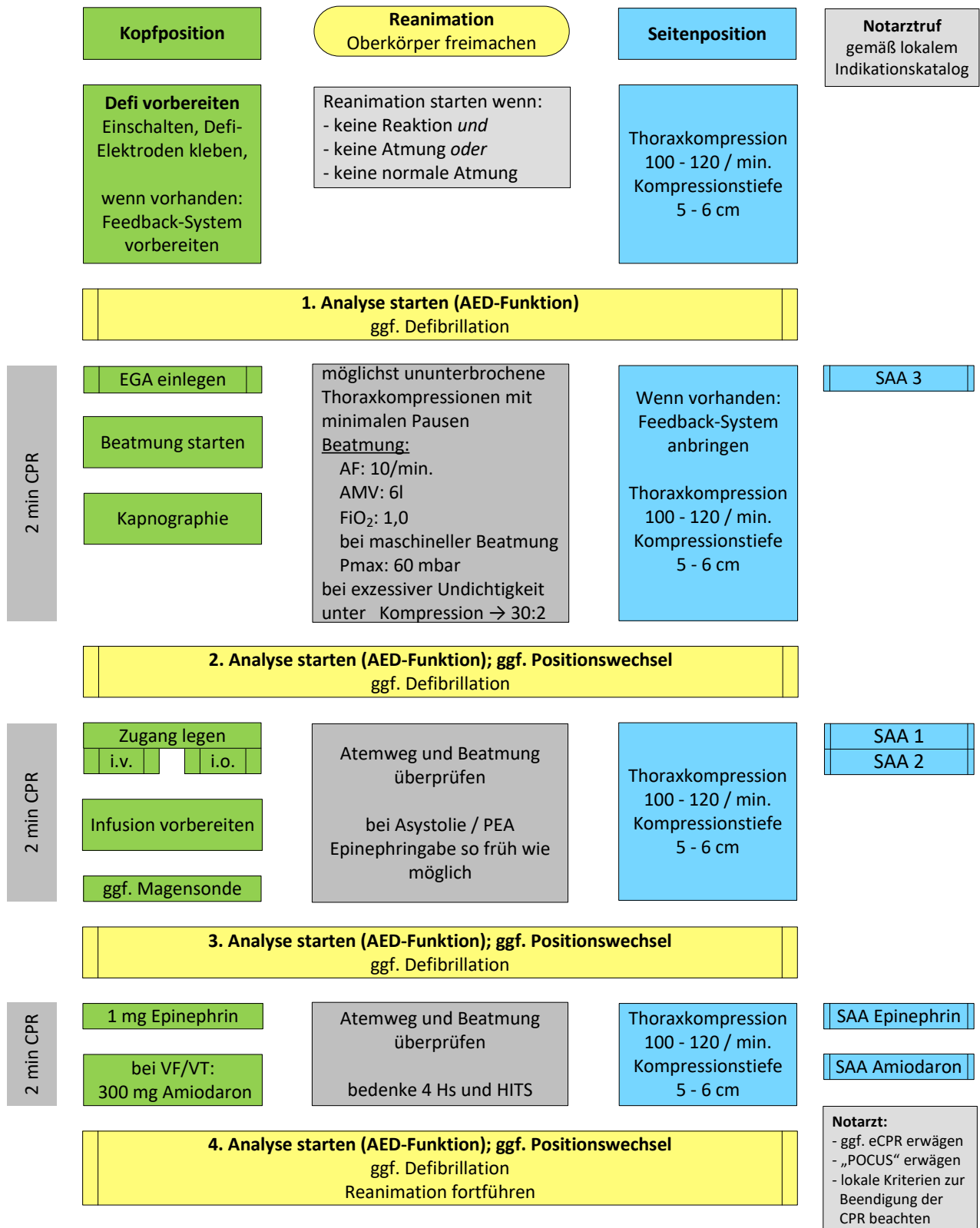
Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Reanimation Erwachsene – ALS mit AED

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

5 L-AG
SAA und BPR



Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Reanimation Erwachsene – ALS mit AED

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
 Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Erläuterungen

Präambel

Oberste Priorität haben qualitativ hochwertige Thoraxkompressionen mit minimalen Unterbrechungen, schnellstmögliche Defibrillation und Therapie der reversiblen Ursachen

Defibrillation

- Rhythmusanalyse erfolgt durch den AED-Modus
- die 1. Defibrillation sollte mit herstellerspezifisch angegebener Joulezahl erfolgen
- bei fehlendem Erfolg ist je nach Gerät eine Steigerung möglich
- evtl. Wiederholung nach primär erfolgreicher Defibrillation mit der zuletzt erfolgreichen Energie

EGA

(SAA 3)

- es sollte primär ein extraglottischer Atemweg gelegt werden
- bei Misserfolg Beutel-Masken-Beatmung oder ggf. endotracheale Intubation

Intubation

- nur durch in der Anwendung der Methode ausgebildete und erfahrene Helfer
- Laryngoskopie unter laufender HDM
- Unterbrechung der HDM zur Intubation für max. 5 Sekunden
- zugunsten einer kontinuierlichen Herzdruckmassage ggf. erst nach ROSC

maschinelle Beatmung

Einstellung Beatmungsgerät: FiO₂ 1,0; AF 10/min; AMV 6 Liter; Pmax: 60 mbar
 Ziele:

- beatmungssynchrones Heben und Senken des Brustkorbs
- rechteckiges Kapnographie Signal
- expiratorisches Atemzugvolumen: > 200 ml

Kapnometrie, Kapnographie

Ziele:

- Bestätigung und kontinuierliche Überwachung der Tubuslage
- Effektivität der HDM; Soll: etCO₂ > 15 mmHg (2 kPa)
- rasches Erkennen eines ROSC
- Vermeidung einer Hyperventilation nach ROSC

Feed-Back-System

- soweit verfügbar immer als Optimierungshilfe zu Kompressionsfrequenz, Kompressionstiefe und Atemzugtiefe einsetzen
- bei vermehrten Optimierungshinweisen Positionswechsel der Helfer

i.o.-Zugang

wenn i.v.-Zugang innerhalb 2 Minuten oder nach 2 Versuchen nicht möglich

Hands-off Zeiten

- vor und während der Defibrillation (inkl. Rhythmusanalyse) < 10 Sekunden
- nach der Defibrillation sofortiger Start der Thoraxkompression

Pulskontrolle

nur bei auswurf-fähigem EKG-Rhythmus und < 10 Sekunden

Medikamente

	Dosis	Indikation	Repetition
Epinephrin	1 mg i.v.	während der Reanimation, bei Asystolie / PEA so früh wie möglich	alle 4 Minuten
Amiodaron	300 mg i.v.	persistierend VT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock	einmalig 150 mg nach dem 5. Schock

reversible Ursachen behandeln

Hypoxie, Hypovolämie, Hypo-/Hyperkaliämie, Hypothermie (4 Hs)
 Herzbeuteltamponade, Intoxikation, Thromboembolie, Spannungspneumothorax (HITS)

Post-ROSC-Therapie

nach BPR "Checkliste Postreanimationstherapie (Post-ROSC)"

Rhythmusstörungen

PEA pulslose elektrische Aktivität
 VF „ventricular fibrillation“ = Kammerflimmern
 VT ventrikuläre Tachykardie

eCPR

extrakorporale CPR; kann je nach lokalen Möglichkeiten erwogen werden, um z. B. Koronarinterventionen, pulmonale Thrombektomien bei massiver Lungenembolie oder Wiedererwärmung nach hypothermem Kreislaufstillstand zu ermöglichen

POCUS

„Point-Of-Care-Ultraschall“; durch qualifizierte Untersucher
 • keine zusätzlichen oder verlängerten Unterbrechungen der Thoraxkompressionen
 • zur Detektion reversibler Ursachen (HITS)

Beenden der CPR

grundsätzliche ethische (ERC 2021, Kap. 11) und lokale Kriterien beachten

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Reanimation Kinder – PLS

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Kopfposition		Kreislaufstillstand (inkl. hypoxisch-ischämischer Bradykardie)	Seitenposition	Notarztruf gemäß lokalem Indikationskatalog	
5 initiale Beatmungen Sauerstoff (FiO ₂ 1,0)		wenn nach initialen 5 Beatmungen keine Lebenszeichen: starke Thoraxkompressionen	OK freimachen, Defi vorbereiten und einschalten		
Defi-Elektroden kleben Defi laden 4 J/kgKG		Thoraxkompression und Beatmung in Verhältnis 15 : 2	Thoraxkompression 100 - 120 / min. Kompressionstiefe mind. 1/3 des Thoraxdurchmessers		
1. EKG-Rhythmus Beurteilung Schockbarer Rhythmus pVT / VF: Defibrillation (SAA 10) Asystolie / PEA / Auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen					SAA 10
2 min CPR	EGA erwägen	durchgehend manuelle Beatmung!	Thoraxkompression 100 - 120 / min. Kompressionstiefe mind. 1/3 des Thoraxdurchmessers	SAA 3	
	Beatmung	wenn EGA platziert: kont. Thoraxkompression mit altersentspr. Beatmungs- frequenz ggf. möglich ohne EGA bzw. bei exzessiver Undichtigkeit unter Kompression → 15 : 2 !			
	Kapnographie				
	Pulsoxymetrie				
	Defi laden 4 J/kgKG				
2. EKG-Rhythmus Beurteilung; ggf. Positionswechsel schockbarer Rhythmus pVT / VF: Defibrillation Asystolie / PEA / Auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen					
2 min CPR	Zugang legen	Atemweg und Beatmung überprüfen	Thoraxkompression 100 - 120 / min. Kompressionstiefe mind. 1/3 des Thoraxdurchmessers	SAA 1	
	i.v. i.o.			SAA 2	
	Infusion vorbereiten	bei Asystolie / PEA Epinephringabe so früh wie möglich nach i.v./i.o.-Zugang		SAA Epinephrin	
	Defi laden 4 J/kgKG				
3. EKG-Rhythmus Beurteilung; ggf. Positionswechsel Schockbarer Rhythmus pVT / VF: Defibrillation Asystolie / PEA / Auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen					
2 min CPR	0,01 mg/kg Epinephrin	Atemweg und Beatmung überprüfen	Thoraxkompression 100 - 120 / min. Kompressionstiefe mind. 1/3 des Thoraxdurchmessers	SAA Epinephrin	
	bei VF/VT: 5 mg/kg Amiodaron	Bedenke 4 Hs und HITS		SAA Amiodaron	
	Defi laden 4 J/kgKG				
4. EKG-Rhythmus Beurteilung; ggf. Positionswechsel Schockbarer Rhythmus pVT / VF: Defibrillation Asystolie / PEA / auswurf-fähiger Rhythmus: keine Defibrillation; Defi entladen, Reanimation fortführen weitere Medikamentengaben: siehe Erläuterungen					

Erläuterungen

Dieser PLS-BPR 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														
Thoraxkompression	• Harte Unterlage, Druckpunkt untere Sternumhälfte • Säugling (SG; Alter < 1 Jahr): mind. 1/3 des Thoraxdurchmessers; bevorzugt thoraxumfassende 2-Daumen-Technik • Kind (ab 1 Jahr, Kleinkind): mind. 1/3 des Thoraxdurchmessers; 1 Handballen-Technik • Jugendliche: ca. 5 cm, aber max. 6 cm 2-Hand-Kompressionstechnik • auf vollständige Entlastung zwischen den Thoraxkompressionen achten • Kontinuierliche Thoraxkompressionen sobald die endotracheale Intubation erfolgt ist.														
Defibrillation	• Rhythmusanalyse durch den Anwender (nur bei Unsicherheit AED-Modus nutzen) • manuelle Defibrillation mit 4 J/kgKG biphasisch; • bei refraktärer pVT/VF (> 6 Schocks) ggf. schrittweise Erhöhung auf max. 8 J/kg														
EGA (SAA 3)	• erwäge Anlage extraglottischer Atemweg = LM (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 für max. 5 Sek. • 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), FiO₂ 1,0 • Ziel: beatmungssynchrones Heben und Senken des Brustkorbs • expiratorisches Atemzugvolumen (AZV): 6 – 8 ml/kg ideales KG • Inspirationszeit ca. 1 s, möglichst rechteckiges Kapnographiesignal • Zu hohes Beatmungsvolumen und Hyperventilation vermeiden AF/min nach endotrachealer Intubation: 25 (Sgl.), 20 (1-8 J.), 15 (8-12 J.), 10 (> 12 J.)														
Kapnometrie, Kapnographie	• Bestätigung und kontinuierliche Überwachung der Tubuslage • rasches Erkennen eines ROSC • Vermeidung einer Hyperventilation nach ROSC bei guter Kreislauffunktion														
i.o.-Zugang (SAA 2)	wenn i.v.-Zugang innerhalb 2 Minuten oder nach 2 Versuchen nicht möglich														
Hands-off Zeiten	• vor und während der Defibrillation (inkl. Rhythmusanalyse!) < 10 Sekunden • nach der Defibrillation sofortiger Start der Thoraxkompression														
Pulskontrolle	nur bei auswurf-fähigem EKG-Rhythmus und < 10 Sekunden														
Medikamente	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Dosis i.v.</th><th>Indikation</th><th>Repetition</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Epinephrin</td><td>0,01 mg/kg (max. 1 mg)</td><td>während der Reanimation, bei Asystolie / PEA so früh wie möglich</td><td>alle 4 Minuten</td></tr> <tr> <td>Amiodaron</td><td>5 mg / kg (max.300mg)</td><td>persistierende pVT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock</td><td>einmalig 5 mg/kg nach 5. Schock (max.150mg)</td></tr> </tbody> </table>				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.300mg)	persistierende pVT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock	einmalig 5 mg/kg nach 5. Schock (max.150mg)
	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.300mg)	persistierende pVT, Kammerflimmern nach dem 3. Schock	einmalig 5 mg/kg nach 5. Schock (max.150mg)												
reversible Ursachen behandeln	Hypoxie, Hypovolämie, Hypo-/Hyperkaliämie/Hypoglykämie, Hypo-/Hyperthermie (4 Hs) Herzbeuteltamponade, Intoxikation, Thromboembolie, Spannungspneumothorax (HITS)														
Rhythmusstörungen	PEA pulslose elektrische Aktivität VF „ventricular fibrillation“ = Kammerflimmern pVT pulslose ventrikuläre Tachykardie														

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) **Versorgung und Reanimation Neugeborene – NBLS**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
 Stand: 31.03.2021
 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



	Kopfposition	Neugeborenenreanimation nach der Geburt	Seitenposition	Notarztruf gemäß lokalem Indikationskatalog
1 Minute	Öffnen der Atemwege 5 initiale Beatmungen über Gesichtsmaske	Wärmeerhalt beachten Beatmung mit Raumluft	Defi vorbereiten und einschalten EKG-Elektroden kleben	
	1. Beurteilung: Muskeltonus, Atmung, Herzfrequenz wenn Herzfrequenz nicht ansteigt: erneut 5 Beatmungen keine Spontanatmung: Atemweg optimieren, technische Probleme ausschließen			
	5 Beatmungen	achte auf atemzugssynchrones Heben und Senken des Thorax	Pulsoximetrie an der re. Hand	
	Wiederbeurteilung: Herzfrequenz und Atmung alle 30 Sekunden			
	manuelle Beatmung wenn Thoraxkompression: FiO ₂ = 1,0	Thoraxkompression starten: - bei HF < 60/min - wenn keine Lebenszeichen Thoraxkompression und Beatmung in Verhältnis 3 : 1	Thoraxkompression 120 / min. Kompressionstiefe 1/3 des Thoraxdurchmessers	
	Wiederbeurteilung: Herzfrequenz und Atmung alle 30 Sekunden			
Herzfrequenz alle 30 Sekunden beurteilen	manuelle Beatmung ggf. nach SpO ₂ die FiO ₂ anpassen EGA erwägen Kapnographie i.o.-Zugang erwägen 0,01 mg/kg Epinephrin	Thoraxkompression und Beatmung in Verhältnis 3 : 1 akzeptable präduktale SpO₂ 2 Min 65% 5 Min 85% 10 Min 90% protrahierte Reanimation: EGA und kontinuierliche Beatmung erwägen Kapnographie erwägen bei Asystolie oder HF < 60/min Gefäßzugang i.o. erwägen Epinephrin geben, wenn Zugang etabliert bedenke 4 Hs und HITS	Thoraxkompression 120 / min. Kompressionstiefe 1/3 des Thoraxdurchmessers während invasiver Maßnahmen 1-Helfer-Methode	SAA 3 SAA 2 SAA Epinephrin

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) Versorgung und Reanimation Neugeborene – NBLS

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt

Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Erläuterungen

Präambel

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.

Es ist darauf zu achten, dass die normale Vorgehensweise unmittelbar nach der Geburt (Abnabelung, Abtrocknen, taktile Stimulation, Warmhalten) unbedingt eingehalten wird.

Beatmung

manuell mittels
Gesichtsmaske

- initial 5 Atemhübe à 2 bis 3 Sek. Inspirationszeit mit ca. 30 cmH₂O 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

Thoraxkompression

untere Sternumhälfte

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

EGA

(SAA 3)

- als Alternative bei schwieriger oder unmöglicher 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 Kreislauffunktion

i.o.-Zugang (SAA 2)

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

Wärmerhalt

Zieltemperatur 36,5 bis 37,5°C

Pulskontrolle

nur bei auswurf-fähigem EKG-Rhythmus und nicht länger als 10 Sekunden

Medikamente

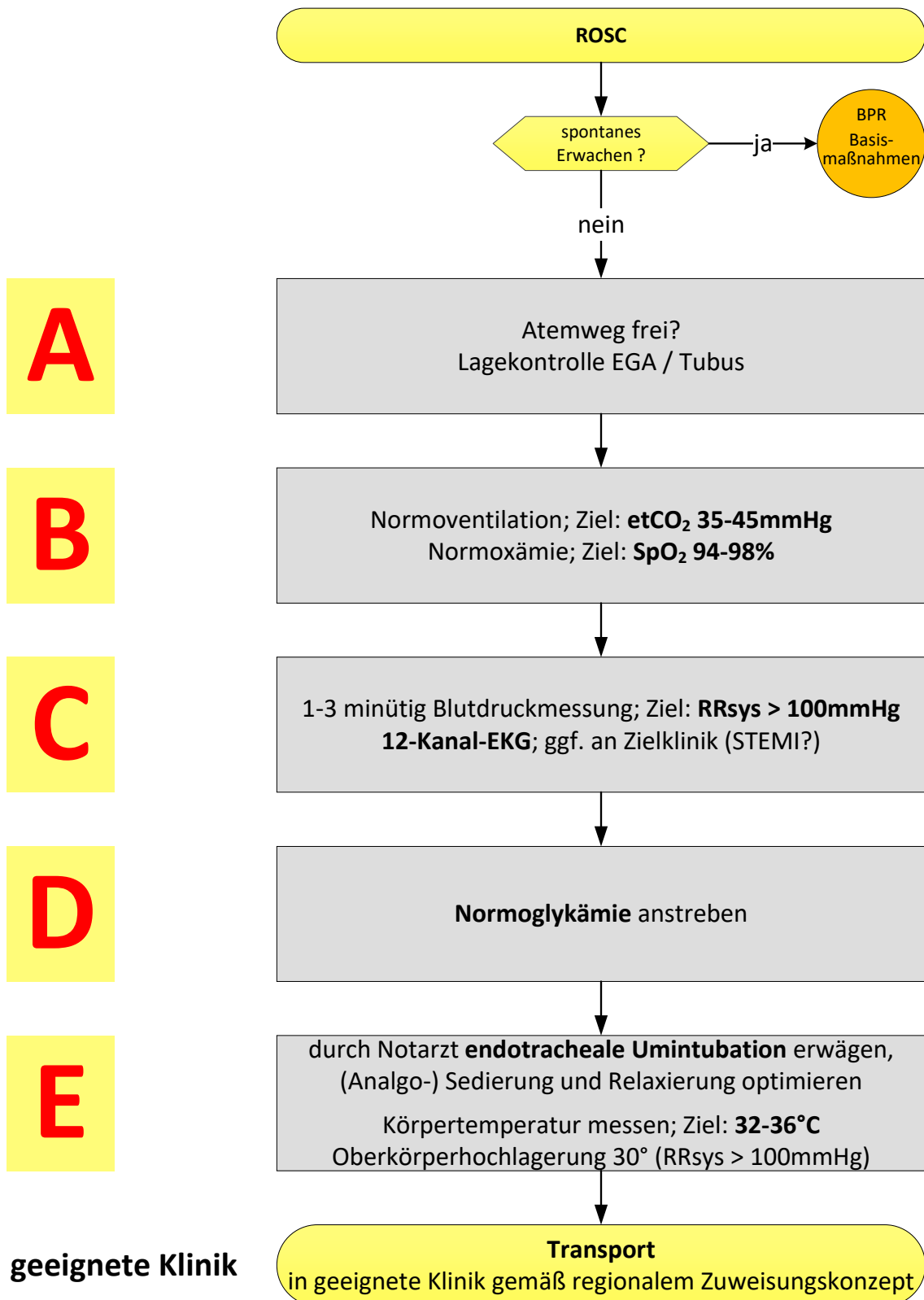
	Dosis i.v.	Indikation	Repetition
Epinephrin	0,01 mg/kg	HF < 60/min obwohl Beatmung und Thoraxkompressionen suffizient sind	0,01 bis 0,03 mg/kg alle 4 Minuten

reversible Ursachen behandeln

Hypoxie, Hypovolämie, Hypo-/Hyperkaliämie/Hypoglykämie, Hypothermie (4 Hs)
Herzbeutel-tamponade, Intoxikation, Thromboembolie, Spannungspneumothorax (HITS)

Sonstiges

an kongenitale Abnormalitäten denken



Erläuterungen

Präambel

Die Qualität der Postreanimationsbehandlung ist entscheidend für das Überleben und die Lebensqualität. Die Postreanimationsbehandlung beginnt unmittelbar nach ROSC und damit bereits am Einsatzort.

Kontrolle des Atemwegs

A

Kontrolle auf Funktion und korrekte Lage der liegenden Atemwegssicherung (EGA / Endotrachealtubus)

Beatmung

B

als Ziel gelten optimale Oxygenierung und Normokapnie

- AZV: 6 ml/kg normales KG
- PEEP: 5 cmH₂O
- AF: 12 / min
- SpO₂: 94 - 98 %
- etCO₂: 35 - 45 mmHG (4,7 - 6,0 kPa)

Angegeben sind die Grundeinstellungen nach ROSC. Stetige Kontrolle der Zielparameter und gegebenenfalls Anpassung der Beatmungseinstellung erforderlich.

Kreislauf

C

- 12-Kanal-EKG: STEMI?
- verlässlicher i.v.-Zugang
- Normovolämie herstellen (i.v.-Kristalloide)
- Ziel für systolischen Blutdruck: > 100 mmHg

Blutzucker

D

- BZ-Messung bei jeder Reanimation
- Normoglykämie anstreben (70 - 180 mg/dl bzw. 4 - 8 mmol/l)

Intubation

E

Die endgültige Atemwegssicherung durch den Notarzt wird in der Regel durch endotracheale Intubation realisiert. Dies erfordert gegebenenfalls eine Optimierung der (Analgo-) Sedierung und Relaxierung sowie eine rechtzeitige Vorbereitung und Assistenz bei der Maßnahme.

Temperaturmanagement

Körpertemperatur messen
ggf. Fieber (> 38°C) behandeln

Prognose

Eine neurologische Prognosestellung ist in der Regel im rettungsdienstlichen Einsatz nicht möglich.

Transportziel

geeignete Zielklinik gemäß regionalem Zuweisungskonzept

Leitsymptome

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

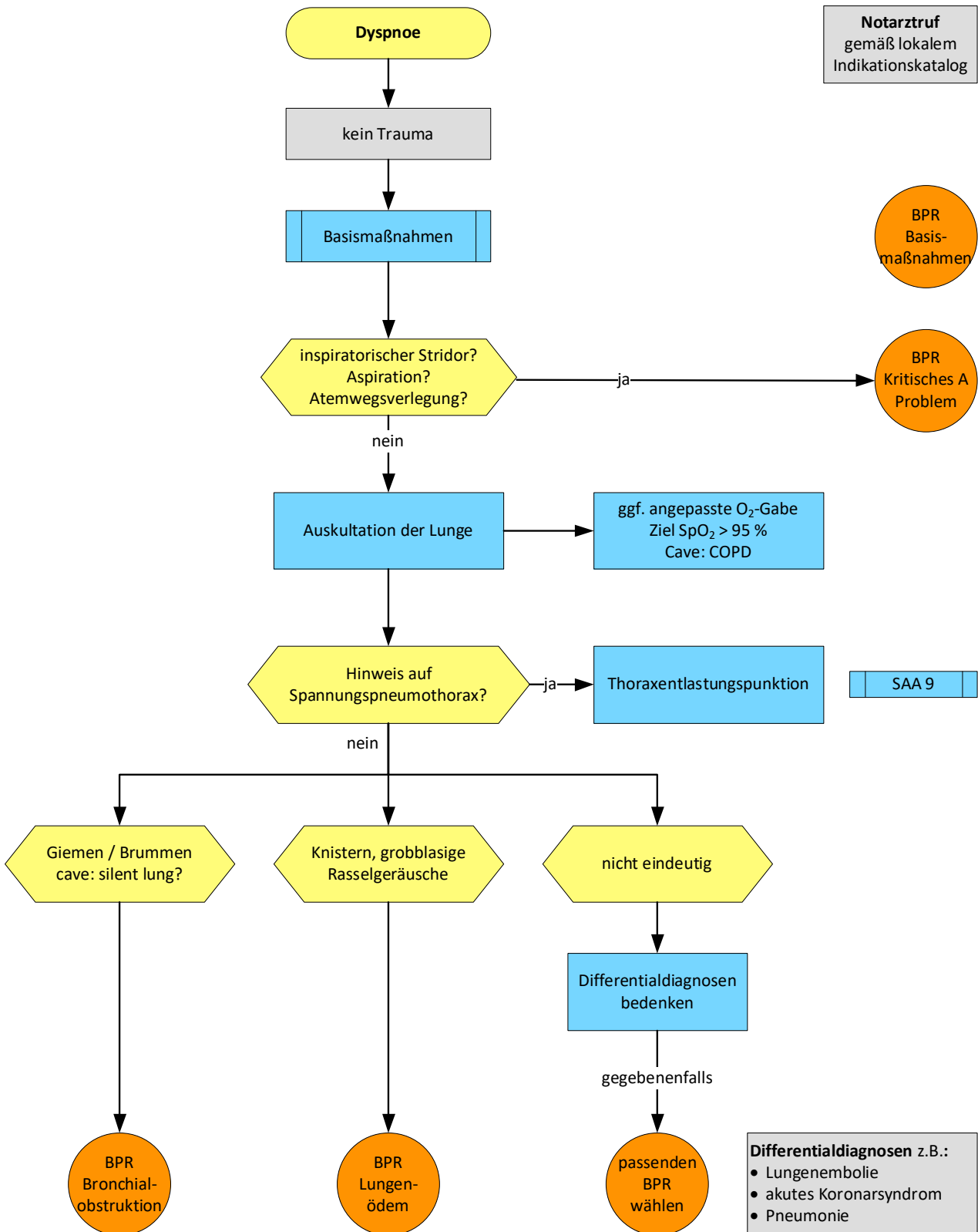
Dyspnoe

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



Erläuterungen

Das Leitsymptom Dyspnoe spielt im Rettungsdienst eine wichtige Rolle. Regionale und vor allem jahreszeitliche Unterschiede spielen dabei eine wesentliche Rolle.

Dyspnoe als solche wird von Patienten in aller Regel als höchst bedrohlich und akut lebensgefährdend empfunden. Bei der Behandlung muss nach den Ursachen differenziert werden. Da sind zum einen pulmonale Erkrankungen, die zu akuter Atemnot führen können. Zum anderen können kardiale Gründe vorliegen.

Dyspnoe aufgrund pulmonaler Erkrankungen

Zu den bekanntesten obstruktiven Atemwegserkrankungen zählen das Asthma bronchiale und die chronisch obstruktive Bronchitis (COPD). Beide sind durch eine Verengung der Bronchien charakterisiert. Auch eine Pneumonie oder ein Lungenemphysem kommen als Grund für massive Atemnot infrage. Als weitere pulmonale Ursachen sind zu nennen: Verlegung der Atemwege, Pneumothorax und Rauchgasintoxikation sowie Tumorerkrankungen.

Kardiale Erkrankungen als Ursache für Dyspnoe

Zu den klassischen kardialen Erkrankungen, die eine Dyspnoe verursachen können, ist zunächst das akute Koronarsyndrom zu nennen. Eine weitere, sehr häufige Ursache für Atemnot ist die Herzinsuffizienz. Häufiger als vielleicht vermutet sind auch krankhafte Veränderungen einer oder mehrerer Herzklappen Ursache für die Entwicklung von Atembeschwerden.

Sonstige Ursachen

Eine weitere Notfallsituation, die mit akuter Atemnot einhergehen kann, ist zudem die Anaphylaxie. Pseudokrupp und Epiglottitis sind Ursachen für Atemnot, die primär Kinder betreffen. Die Hyperventilation schließlich nimmt bei der akuten Atemnot eine Sonderstellung ein.

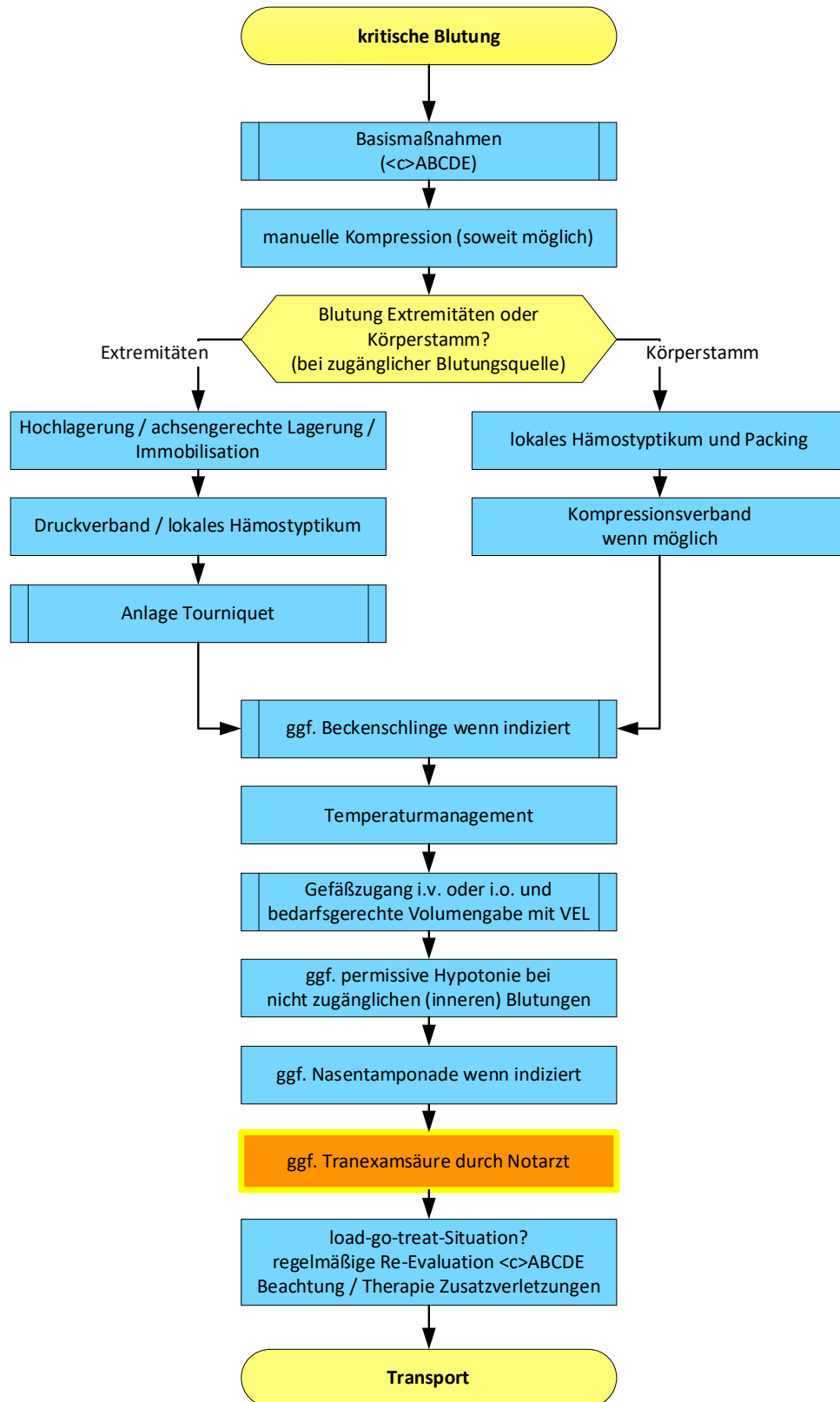
Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Kritische Blutung

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



SAA 6

SAA 7

SAA 1
SAA 2
SAA VEL

Erläuterungen

Primäres Ziel ist eine unverzügliche Blutstillung, soweit dieses möglich ist.

Bei nicht stillbaren Blutungen (z.B. intraabdominal oder intrathorakal) ist eine permissive Hypotonie akzeptabel und zielführend, sofern keine anderweitigen Kontraindikationen bestehen.

Die Blutstillung soll mittels manueller Kompression, Lagerung, Kompressionsverbänden, Tourniquet nach den jeweiligen Möglichkeiten und Erfordernissen durchgeführt werden.

Lokal wirksame Hämostyptika sollen nach Indikation und lokaler Vorhaltung angewendet werden.

Bei gegebener Indikation soll die Gabe von Tranexamsäure grundsätzlich durch den Notarzt erfolgen.

Bei entsprechender Indikation soll eine Beckenschlinge frühzeitig angelegt werden.

Besonders zu beachten ist ein frühzeitiger Beginn des Temperaturmanagements, um temperaturbedingte Gerinnungsstörungen und dadurch verstärkte / verlängerte Blutungen zu vermeiden.

Eine bedarfsgerechte Volumentherapie sollte in der Präklinik üblicherweise durch eine balancierte Vollelektrolytlösung erfolgen.

Einsatztaktisch ist eine frühzeitige Transportplanung, insbesondere bei nicht kontrollierbaren Blutungen, unbedingt notwendig. Die präklinische Versorgungszeit soll möglichst kurz gehalten werden.

Die frühzeitige Auswahl und Vorabinformation einer geeigneten Zielklinik ist ebenso wichtig, wie die Auswahl des geeigneten Transportmittels, ggf. auch unter Einbeziehung der Luftrettung.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Kurzzeitige Bewusstlosigkeit

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



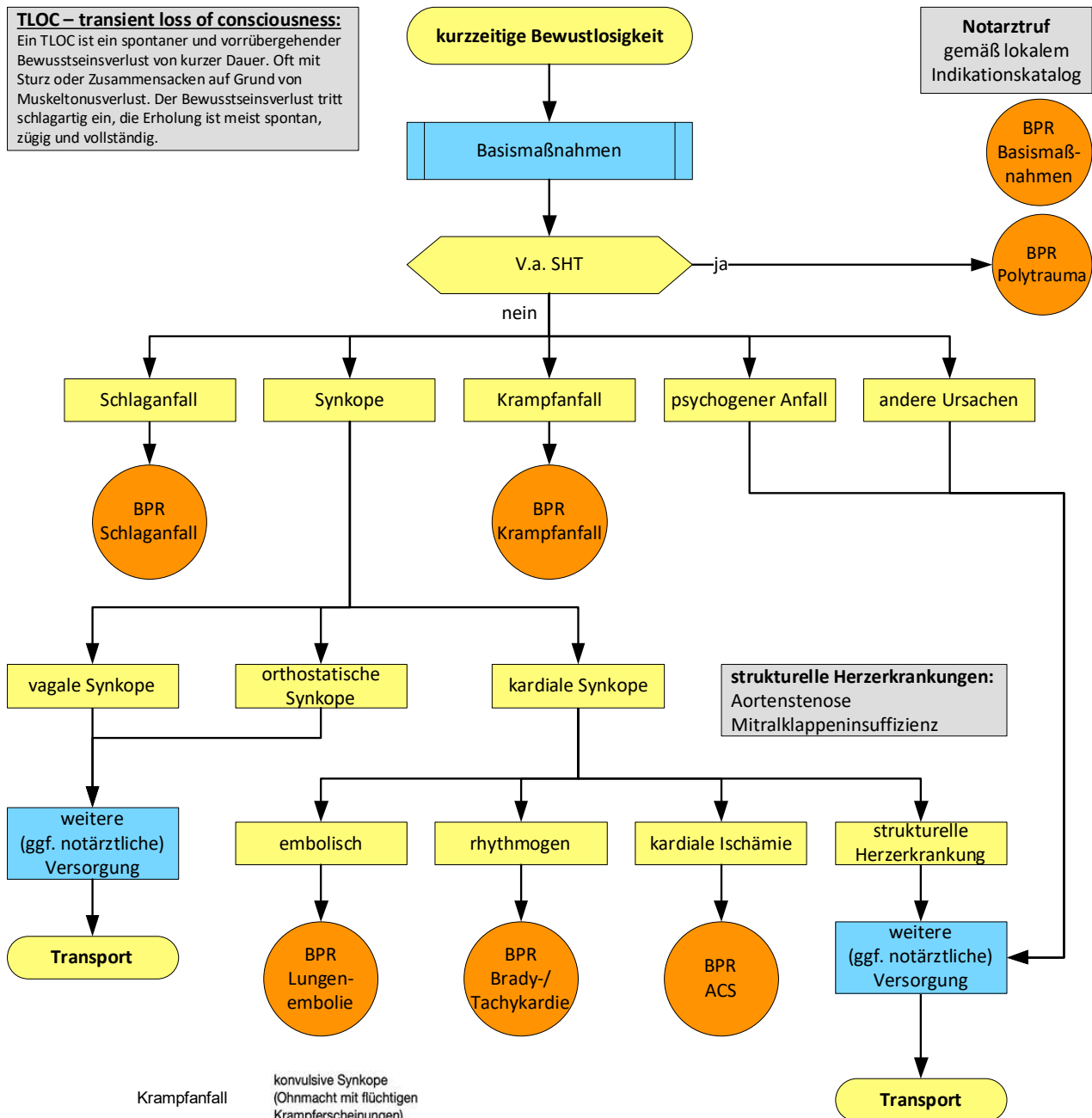
TLOC – transient loss of consciousness:

Ein TLOC ist ein spontaner und vorübergehender Bewusstseinsverlust von kurzer Dauer. Oft mit Sturz oder Zusammensacken auf Grund von Muskeltonusverlust. Der Bewusstseinsverlust tritt schlagartig ein, die Erholung ist meist spontan, zügig und vollständig.

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basismaß-
nahmen

BPR
Polytrauma



Krampfanfall

konvulsive Synkope
(Ohnmacht mit flüchtigen
Krampferscheinungen)

Prodromal symptome	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 bei Sturz auf Kinn)
Urinabgang	manchmal	selten
Re-Orientierung	langsam > 5 Minuten	sofort

Erläuterungen

Der Rettungsdienst wird häufig zu Patienten mit kurzzeitiger Bewusstseinsstörung als Warnsymptom einer Vielzahl von auch lebensbedrohlichen Situationen gerufen.

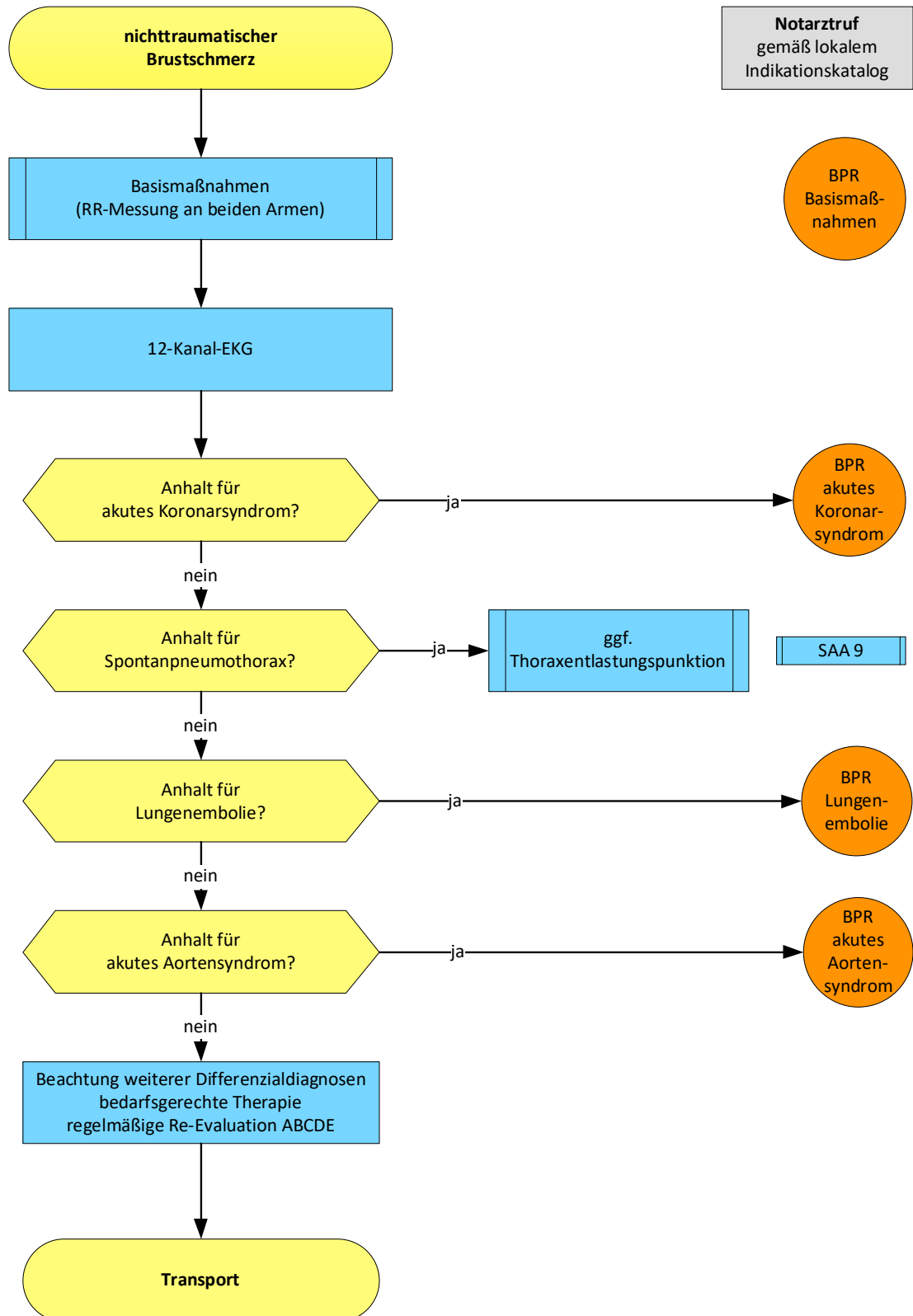
Dabei muss zwischen dem kurzzeitigen Bewusstseinsverlust („transient loss of consciousness“, TLOC) und dem Begriff Synkope unterschieden werden, der für eine kardiovaskuläre Ursache vorbehalten ist.

Die Erstversorgung im Rettungsdienst erfolgt nach Eigensicherung gemäß dem ABCDE-Schema einschließlich 12-Kanal-EKG. Wesentliche Risikofaktoren, die eine klinische Überwachung und Abklärung auch bei unauffälligen Vitalwerten zwingend erfordern, sind das Auftreten im Liegen oder unter Belastung, Palpitationen, Herzvorerkrankungen und Pathologien im EKG.

Eine ambulante Versorgung im Rettungsdienst kann nur bei zuvor gesunden Patienten ohne Risikofaktoren oder sturzbedingte Verletzungen bei unauffälligen Befunden und plausiblen Orthostaseereignis erfolgen. Alle anderen Patienten sollten unter Monitorüberwachung einer Notaufnahme zugeführt werden.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) **nichttraumatischer Brustschmerz**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
 Stand: 31.03.2021
 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) *nichttraumatischer Brustschmerz*

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Erläuterungen

- Hinweise akutes Koronarsyndrom (u.a.):**
- typischer retrosternaler Schmerz (anhaltend / wechselnd)
 - evtl. ST-Strecken-Veränderungen (Hebungen / Senkungen)
 - evtl. T-Wellen-Veränderungen
 - neu aufgetretene Schenkelblockbilder
 - ggf. Ausstrahlung in Arme / Schultern / Oberbauch / Rücken / Kiefer
 - evtl. fahle Blässe, Schockzeichen
 - evtl. Bild wie bei akutem Abdomen
 - evtl. Übelkeit
 - evtl. Dyspnoe
 - evtl. Synkope

Vorsicht: auch untypische / fehlende Beschwerden möglich häufig bei:

- älteren Menschen
- Frauen
- Diabetikern
- fortgeschrittener Niereninsuffizienz
- Demenz

- Hinweise Lungenembolie (u.a.):**
- häufig akut einsetzende, oft stechende und evtl. atemabhängige Schmerzen
 - Dyspnoe, beschleunigte Atmung
 - evtl. Hustenreiz, Hämoptysen
 - evtl. Synkopen
 - evtl. Schockzeichen

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

- relevante Differenzialdiagnosen (z.B.):**
- Peri- / Myocarditis oder Kardiomyopathie
 - Herzklappenerkrankungen
 - Herzrhythmusstörungen
 - Pleuritis / Pleuropneumonie
 - (Spontan-) Pneumothorax
 - hypertensiver Notfall
 - (Reflux-) Ösophagitis
 - Magen- / Duodenalulcus
 - Pankreatitis
 - Erkrankungen Gallenblase/Gallenwege
 - muskuloskelettaler Schmerz („Brustwandsyndrom“)
 - neuralgiforme Schmerzen, z.B. Herpes zoster
 - Rippenfrakturen (spontan)
 - psychovegetative Ursachen

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Schock

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

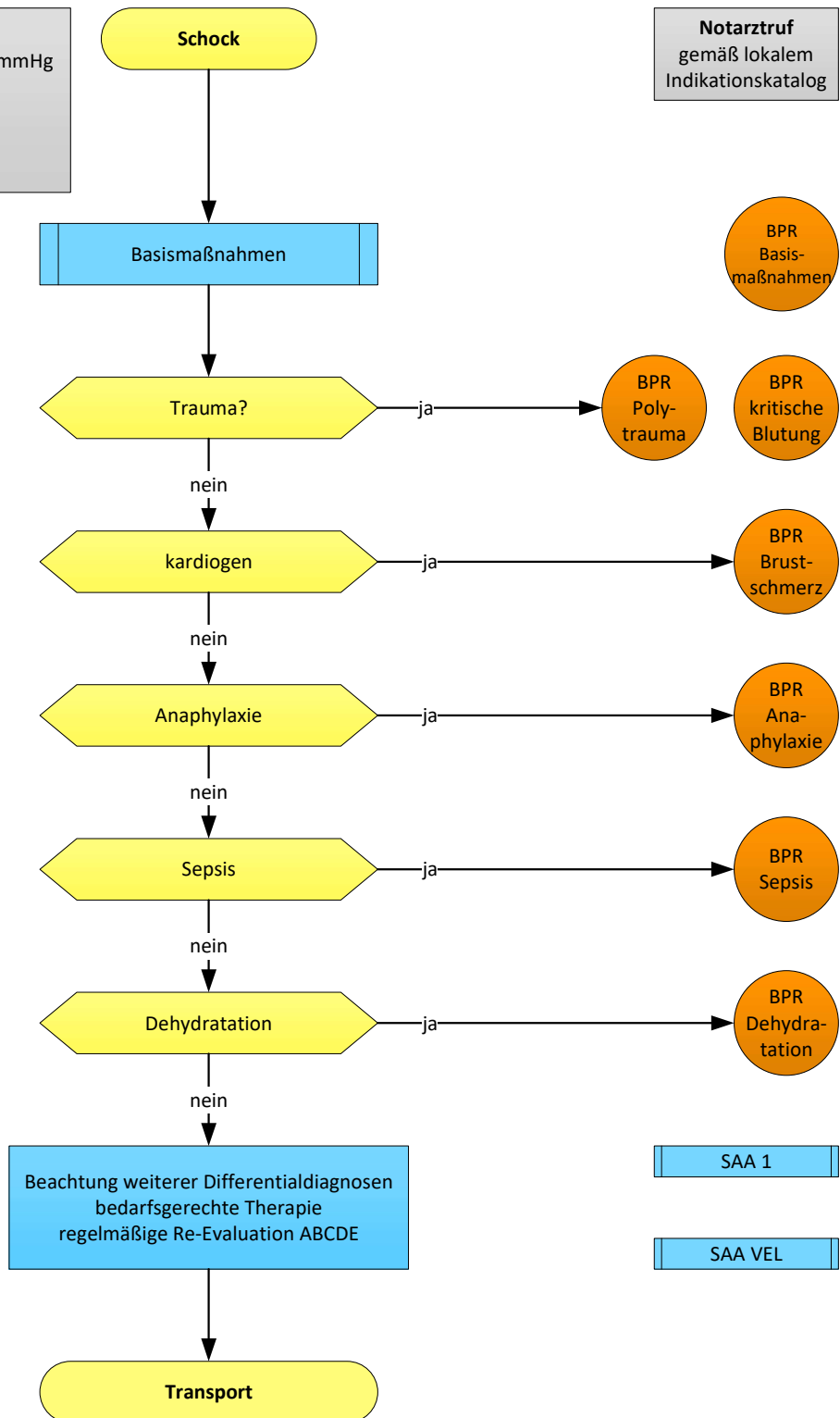


klinische Symptome

- arterielle Hypotonie; RR syst. < 90 mmHg
- Blässe
- Kältschweißigkeit
- Agitation
- Bewusstseinsstörung

Notarztruf

gemäß lokalem Indikationskatalog



Erläuterungen

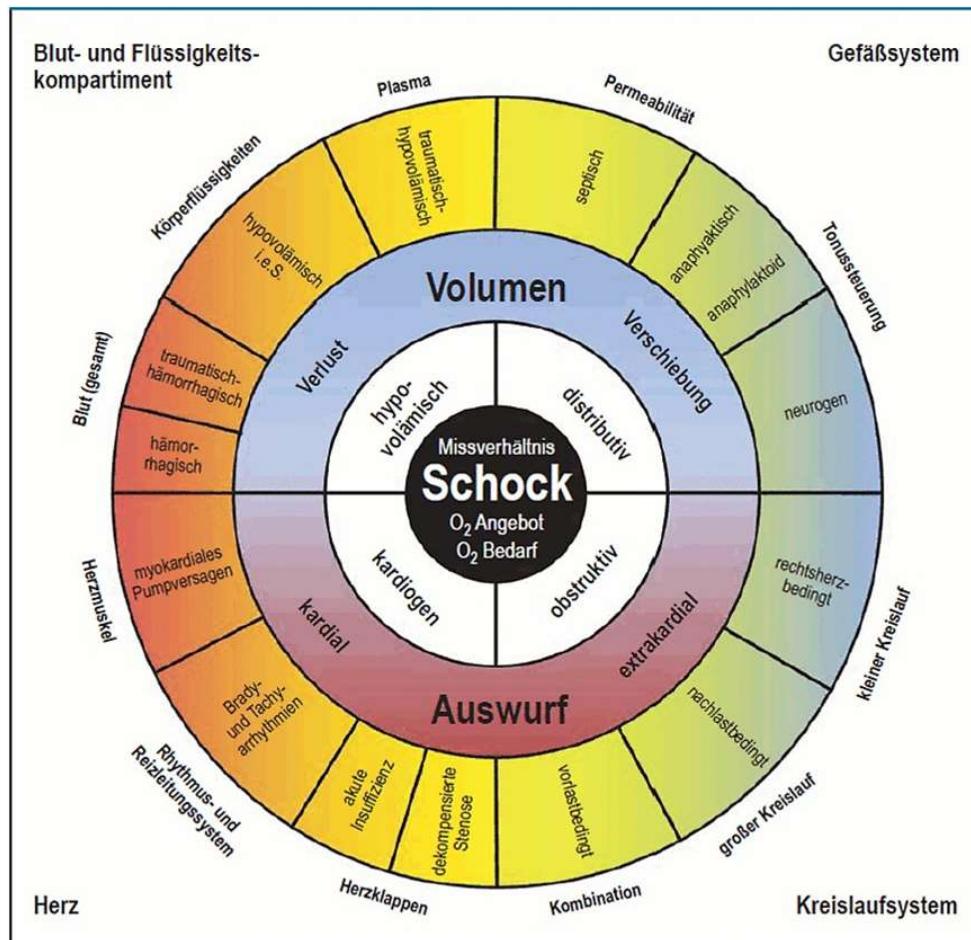
Pathophysiologie:

Die fundamentale Störung beim Schock ist die verminderte Perfusion lebensnotwendiger Organe. Ist die Perfusion erst einmal so weit vermindert, dass die O₂-Zufuhr zu den Zellen für den aeroben Metabolismus nicht mehr ausreicht, kommt es durch Mikrozirkulationsstörungen zum vermehrten anaeroben Stoffwechsel in den Zellen und damit einer Akkumulation von Laktat. Die zellulären Funktionen nehmen ab. Hält der Schock an, kann es zu irreversibler Zellschädigung oder zellulärem Tod kommen.

Klassifikationen (4 Hauptgruppen):

- hypovolämischer Schock (4 Untergruppen)
- distributiver Schock (3 Untergruppen)
- kardiogener Schock
- obstruktiver Schock

Die Therapie unterscheidet sich nach den entsprechenden Klassifikationen und Ursachen.



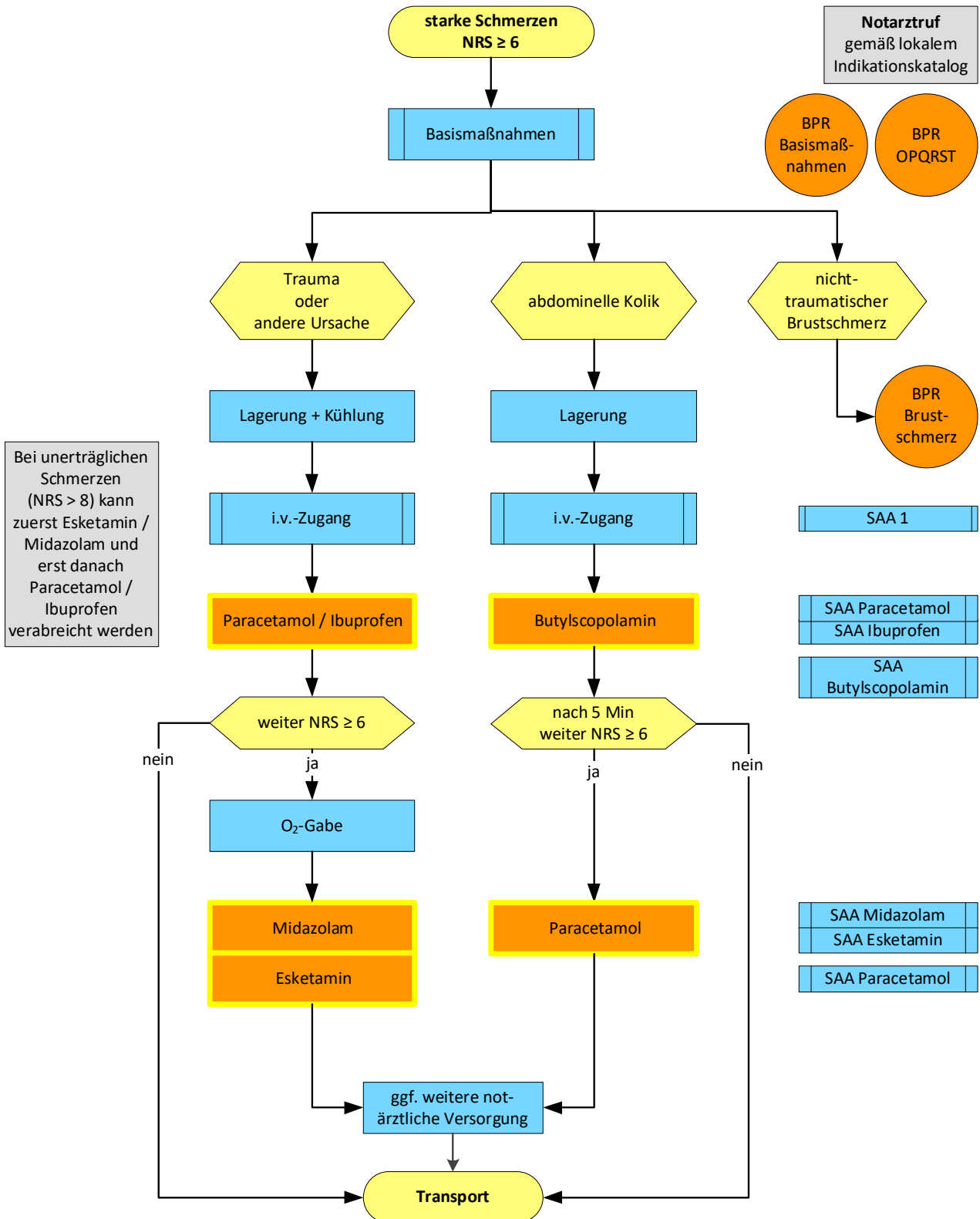
Synopse der vier Klassen der Schockformen (weißes Feld innen) mit primär assoziierten Organsystemen (äußere Ecken), Manifestationsorten beziehungsweise -mechanismen (außerhalb des Kreises) sowie pathogenetischen und pathophysiologischen Charakteristika (äußere und mittlere Kreissektoren). Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf eine optische Darstellung von Mischformen des Schocks verzichtet.

Quelle: Deutsches Ärzteblatt

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

starke Schmerzen

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Erläuterung

Starke, auch stärkste Schmerzen treten in der Notfallmedizin häufig auf. Ihre Behandlung schafft Erleichterung, reduziert Stress, beugt Komplikationen vor und ermöglicht schonenden Patiententransport.

Vor der eigentlichen Schmerzbehandlung erfolgt die Abarbeitung des ABCDE-Schemas. Unter „E“ werden insbesondere bereits eingenommene Schmerzmedikamente erfasst, um Unverträglichkeiten und Überdosierungen zu vermeiden.

NRS:

unerträglichster Schmerz	10
	9
starker Schmerz	8
	7
	6
mäßiger Schmerz	5
	4
	3
leichter Schmerz	2
	1
KEIN Schmerz	0

Schmerz ist ein subjektives Empfinden. Die Erfassung des Symptoms Schmerz erfolgt anhand subjektiver Angaben des Patienten. Die Schmerzeinschätzungen des Rettungsdienstpersonals einerseits und des Patienten andererseits müssen nicht übereinstimmen.

Zur Schmerzmessung wird die elfteilige Numerische Rating Skala (NRS) mit Werten von 0 bis 10 benutzt, wobei der Wert 0 keinem und der Wert 10 dem stärksten vorstellbaren Schmerz entspricht.

Schmerzen werden dokumentiert und behandelt. Gut belegt ist, dass es keinen Grund gibt, eine adäquate Schmerztherapie zu verzögern, um diagnostische Erkenntnisse zu gewinnen.

Die Behandlung orientiert sich an der vom Patienten angegebenen Intensität und setzt die Aufklärung und Einwilligung voraus.

Die Schmerztherapie bei Kindern stellt besondere Anforderungen und setzt spezifische Erfahrung bei allen Beteiligten voraus. Die Hinzuziehung des Notarztes sollte niederschwellig und frühzeitig erfolgen. Altersgrenzen bezüglich der Anwendung einzelner Substanzen sind in den jeweiligen SAA aufgeführt.

Betäubungsmittel stehen durch eine bundesweite gesetzliche Regelung weiterhin unter ärztlichem Vorbehalt. Dieser Umstand wird durch die Neufassung des § 2a NotSanG nicht außer Kraft gesetzt. Ein schlüssiges Gesamtkonzept einer suffizienten initialen Schmerztherapie durch NotSan bedarf nach der Novellierung des NotSanG weiterer gesetzlicher Anpassungen, z.B. im BtMG. Insofern ist der hier vorgelegte Behandlungspfad Schmerz „work in progress“.

In einzelnen Rettungsdienstbereichen werden im Rahmen von Pilotprojekten bereits alternative Schmerztherapeutika eingesetzt und evaluiert, die im Pyramidenprozess nicht explizit aufgeführt sind. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in den Pyramidenprozess einfließen, um das Ziel einer adäquaten Schmerzbehandlung mit geeigneten Maßnahmen bestmöglich erreichen zu können.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

zentrales neurologisches Defizit

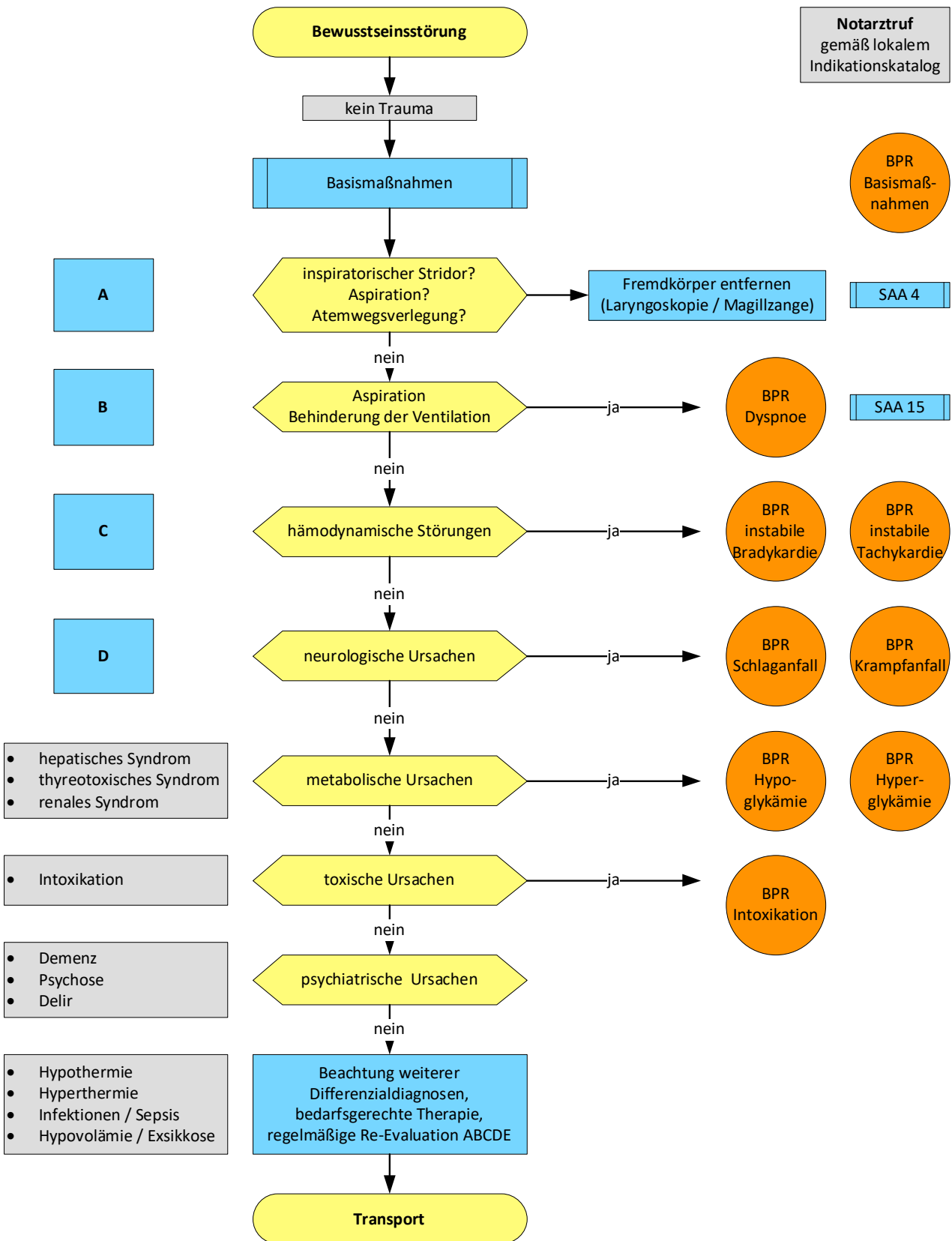
ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basismaß-
nahmen



Erläuterung

Bewusstsein bezeichnet man als das Zusammenspiel aus dem Grad der Aufmerksamkeit / Wachheit, der Orientierung, dem Denken, der Erinnerung und dem Handeln.

Bewusstseinsstörungen sind Veränderungen, die durch organische und psychische Prozesse verursacht sein können. Eine Störung des Bewusstseins erfordert immer eine weitergehende Untersuchung und Bewertung der vorgefundenen Situation.

Störungen des Bewusstseinszustandes können vielfältige Ursachen haben. Ein strukturiertes Vorgehen ermöglicht die Abgrenzung des Leitsymptoms und daraus folgend die Anwendung eines konkreten Behandlungspfades.

Die konsequente Anwendung des ABCDE reduziert die Wahrscheinlichkeit wegweisende Hinweise zu übersehen. Zusätzlich bietet die strukturierte Patientenanamnese häufig weitere Erkenntnisse.

Hierbei kommt es auch häufig zu Mischbildern (Alkoholkonsum und Hypoglykämie etc.). Der Verdacht einer psychiatrischen oder psychosomatischen Erkrankung darf erst nach Evaluation und Ausschluss somatischer Krankheitsbilder erfolgen.

Wichtig:

- Für jede Person mit einer Minderung der Wachheit besteht die Gefahr einer Atemwegsverlegung.
- Die Ursachen von Bewusstseinsstörungen sind vielfältig, eine weitergehende Untersuchung und Bewertung der Situation ist unerlässlich.
- Das Finden einer Ursache schließt das gleichzeitige Vorliegen einer anderen Ursache – auch bei gebesserter Vigilanz – nicht aus. Eine lückenlose Untersuchung ist überlebenswichtig.
- Eine akute Bewusstseinsstörung kann auch Ausdruck einer vorbestehenden chronischen Erkrankung / eines länger andauernden Problems sein.

Krankheitsbilder

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

A-Problem beim Erwachsenen

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Hinweise für obere Atemwegsobstruktion:

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

Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

Erstickungszeichen
in Zusammenhang mit Essen / Trinken?
Hinweise auf Schluckstörung?

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

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

**A - Problem
(Obere Atemwegs-
obstruktion)**

Basismaßnahmen
Hochdosierte
Sauerstoffgabe

Bewusstlos?

Atemwegsmanagement

Nein

Atemwegsverlegung
durch Fremdkörper?

Fremdkörper entfernen

Nein

Anaphylaktische
Reaktion
wahrscheinlich?

Antiallergische Therapie

Nein

Ödem / Schwellung im
Oropharynxbereich?

Adrenalin vernebeln

Nein

Andere Ursachen
bedenken

Überwachung und
Reevaluation

Je nach Schweregrad und Situation Abwägung zwischen
erweiterten notärztlichen Maßnahmen zur Atemwegssicherung
und zeitnahe Transport

Transport

BPR
Basis-
maßnahmen

BPR
Atemwegs-
management

SAA 4

BPR
A-Problem
Fremdkörper

BPR
Anaphylaxie

SAA
Adrenalin

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

kritisches A-Problem bei Fremdkörperaspiration

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

5 L-AG
SAA und BPR

Erstickungszeichen

in Zusammenhang mit Essen / Trinken /
Spielen mit kleinen Gegenständen
Hinweise auf Schluckstörung

Hinweise für leichtgradige Atemwegsverlegung:

- verbale Antwort oder Schreien
- lautes Husten
- Einatmung vor Husten möglich

Hinweise für schwere Atemwegsverlegung:

- schwerste Dyspnoe
- inspiratorischer Stridor
- inverse Atmung
- Antworten nicht möglich

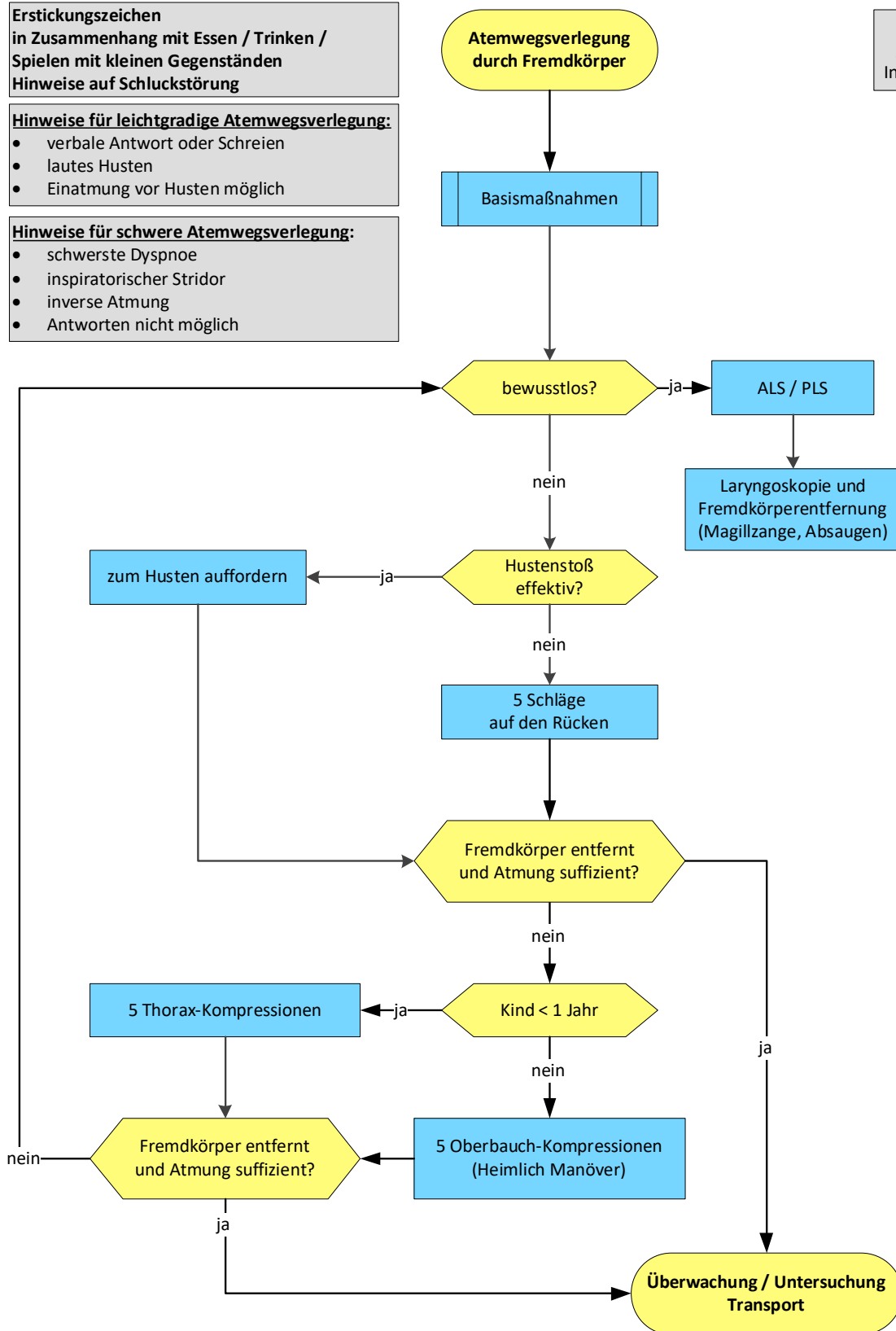
Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basis-
maßnahmen

BPR
Reanimation

BPR
Atemwegs-
management

SAA 4



Erläuterungen

Das Vorgehen bei Atemwegsverlegung durch Fremdkörper orientiert sich an den ERC-Guidelines 2021 und hängt von Bewusstseinszustand, Effektivität des Hustenstoßes und Alter des Patienten ab. Diese Erläuterungen zum BPR fassen das Vorgehen bei allen Altersgruppen zusammen.

Eine Atemwegsverlegung durch Fremdkörper muss in Betracht gezogen werden, wenn der Patient plötzlich in Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme Symptome wie Husten, Würgen, Atemnot, Unfähigkeit zu Sprechen zeigt – und sonst keine anderen Krankheitszeichen vorliegen. Bei Kindern muss man an eine Atemwegsverlegung durch Fremdkörper denken, wenn die Symptome plötzlich beim Essen oder Spielen mit kleinen Gegenständen auftreten.

Für Erwachsene und Kinder über 1 Jahr werden folgende Maßnahmen empfohlen:

Ist der Patient ansprechbar und der Hustenstoß effektiv, dann soll der Patient weiter zum Husten aufgefordert werden.

Bleibt das Husten ineffektiv, so sollen beim wachen Patienten bis zu 5 Schläge auf den Rücken verabreicht werden:

- Beugen Sie den Patient nach vornüber
- Schlagen Sie mit der Handwurzel 5 Mal zwischen die Schulterblätter.

Sind die Schläge auf den Rücken unwirksam, dann sollen bis zu 5 Oberbauchkompressionen durchgeführt werden:

- Stellen Sie sich hinter den Betroffenen und legen Sie beide Arme um seinen Oberbauch
- Lehnen Sie den Betroffenen vornüber
- Ballen Sie eine Faust und legen Sie diese zwischen Nabel und Brustkorb
- Fassen Sie ihre Faust mit der anderen Hand und ziehen Sie ruckartig nach innen und oben

Ist die Atemwegsverlegung durch den Fremdkörper nach 5 Oberbauchkompressionen nicht beseitigt, dann soll abwechselnd mit 5 Schlägen auf den Rücken und 5 Oberbauchkompressionen fortgesetzt werden, bis sich der Zustand des Patienten bessert oder der Patient bewusstlos wird.

Für Säuglinge werden folgende Maßnahmen empfohlen:

Solange ein Säugling effektiv hustet, ist kein Eingreifen erforderlich. **Für wache Säuglinge werden bei ineffektivem Husten jeweils 5 Schläge auf den Rücken und folgend 5 Thoraxkompressionen im Wechsel empfohlen bis der Zustand sich bessert oder Bewusstlosigkeit eintritt.**

Ziel der Oberbauchkompressionen (bei Patienten > 1 Jahr) bzw. der Thoraxkompressionen (bei Säuglingen) ist es, den Fremdkörper mit einem Stoß zu entfernen.

Im Falle von **Bewusstlosigkeit** ist bei **Erwachsenen** unmittelbar die kardiopulmonale Reanimation mit 30 Thoraxkompressionen zu beginnen. Bei **Kindern** soll der Reanimationsalgorithmus für Kinder (PLS) mit Öffnen des Atemwegs und 5 Beatmungsversuchen gestartet werden.

Im Rahmen einer unmittelbaren Laryngoskopie wird versucht, den Fremdkörper mit Hilfe einer Magillzange zu entfernen bzw. flüssiges Material gezielt abzusaugen.

Falls der Fremdkörper erfolgreich ausgestoßen wurde, so ist der Patient sorgfältig zu beurteilen. Es ist möglich, dass ein Fremdkörper in den Atemwegen verblieben ist. Ein Transport ins Krankenhaus ist erforderlich.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

akutes Aortensyndrom

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Hinweise auf ein akutes Aortensyndrom:

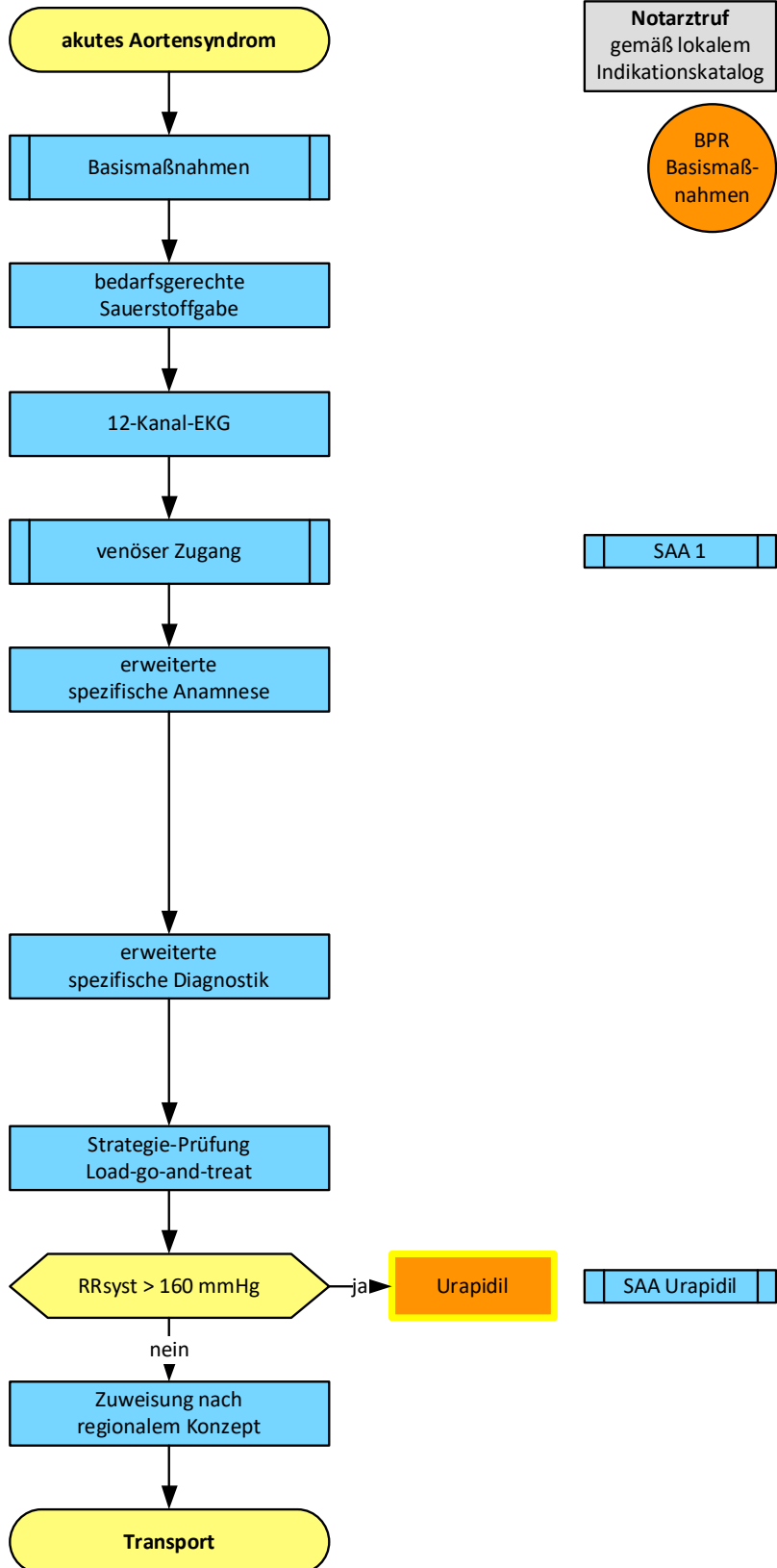
- häufig Schmerzbeginn Rücken / zwischen Schulterblättern
- reißender, häufig wandernder Schmerz
- evtl. Blutdruckdifferenz > 20mmHg (Arme)
- evtl. fehlende Pulse Leiste und Beine peripher
- evtl. einseitig fehlender Radialispuls
- evtl. neurologische Symptome
- Vorsicht: evtl. auch ST-Streckenhebungen

erweiterte spezifische Anamnese:

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

erweiterte spezifische Diagnostik:

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



Erläuterungen

Das Wichtigste ist, an die Möglichkeit einer Aortenpathologie zu denken und diese in die Differentialdiagnose mit einzubeziehen.

Definition: Der Begriff des akuten Aortensyndroms ist ein Sammelbegriff und betrifft nicht nur die Aortendissektion. Er umfasst mehrere Klassen von Aortenerkrankungen:

- klassische Aortendissektion
- intramurales Hämatom (Hämatom in der Aortenwand)
- umschriebene / diskrete Dissektion der Aortenwand
- penetrierendes Aortenulcus / Plaqueruptur
- iatrogene / traumatische Aortendissektion

Die genaue Pathologie hinter einem akuten Aortensyndrom ist präklinisch jedoch in aller Regel nicht zu klären.

Einschätzung: nach Anamnese, Schmerzzustand und Untersuchungsbefunden

Hochrisiko-Anamnese:

- bekanntes Marfan-Syndrom oder andere Bindegewebserkrankung
- positive Familienanamnese für Aortenerkrankungen
- bekannte Aortenklappenerkrankung
- bekanntes thorakales Aortenaneurysma
- vorausgegangene(r) Manipulation Aorta / Herzkatheter / herzchirurgischer Eingriff

Hochrisiko-Schmerzsymptomatik:

- Schmerzen im Brust- / Rücken- / Bauchbereich (jeweils und / oder)
- abrupter Beginn
- hohe Schmerzintensität
- reißender Schmerzcharakter

Hochrisiko-Untersuchungsbefund:

- Pulsdefizit / Pulsdifferenz (evtl. Blutdruckdifferenz > 20mmHg an den Armen, evtl. einseitig fehlender Radialispuls oder fehlende Pulse Leiste und Beine peripher)
- Blutdruckdifferenz (syst. Messwert, höherer Wert zählt als realer syst. Blutdruck)
- neurologische Symptomatik in Zusammenhang mit Auftreten der Schmerzen
- diastolisches Geräusch bei Auskultation über Erbschem Punkt (neu und in Zusammenhang mit dem Schmerz)
- Hypotension / Schocksymptomatik

Therapieziele:

- schmerzreduzierter, angstfreier Patient mit niedrig-normalen Blutdruckwerten und normaler Herzfrequenz
- ggf. permissive Hypotonie akzeptieren, systolischer Blutdruckwert möglichst nicht unter 80 mmHg

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) *akutes Koronarsyndrom (ACS)*

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Hinweise auf ein akutes Koronarsyndrom (u.a.):

- typ. retrosternaler Schmerz (anhaltend / wechselnd)
- ST-Strecken-Veränderungen (Hebungen / Senkungen)
- T-Wellen-Veränderungen
- neu aufgetretene Schenkelblockbilder
- Ausstrahlung der Beschwerden (Arme / Schultern / Oberbauch / Rücken / Kiefer)
- fahle Blässe / Schockzeichen
- Bild wie bei akutem Abdomen
- Übelkeit
- Dyspnoe
- Synkope

Vorsicht:

auch untypische Beschwerden möglich, insbesondere bei:

- älteren Menschen
- Frauen
- Diabetikern
- fortgeschrittener Niereninsuffizienz
- Demenz

vorbestehende Antikoagulation: (VKA oder DOAK)

STEMI oder Äquivalent:

immer ASS und Heparin

NSTE-ACS: immer ASS, Heparin durch NA nach individueller Abwägung

Notarzttruf
gemäß lokalem Indikationskatalog

BPR
Basismaßnahmen

SAA 1

BPR
instabile
Tachykardie

BPR
instabile
Bradykardie

SAA Acetylsalicylsäure

SAA Heparin

SAA Glyceroltrinitrat

akutes Koronarsyndrom

Basismaßnahmen

bedarfsgerechte
Sauerstoffgabe

i.v.-Zugang

12-Kanal-EKG
+ ggf. erweiterte Ableitungen

ggf. Therapie
Rhythmusstörungen
Tachykardie / Bradykardie

Acetylsalicylsäure
Heparin
Glyceroltrinitrat

STEMI /
neuer Schenkelblock /
NSTE-ACS instabil

NSTE-ACS:
NSTEMI
oder
instabile
AP

PCI-Klinik

regionale Zuweisungskonzepte
beachten

NSTE-ACS stabil

Transport

Erläuterungen

Definition:	Beschwerden durch Einschränkung der Koronardurchblutung, Angina pectoris mit/ohne persistierende ST-Hebungen oder dynamische/persistierende ST-Strecken- oder T-Wellenveränderungen, ggf. auch unauffällige oder unspezifische EKG-Befunde und Beschwerden
mögliche Differenzialdiagnosen:	siehe BPR nichttraumatischer Brustschmerz
bedarfsgerechte Sauerstoffgabe:	keine routinemäßige Gabe von Sauerstoff bei SpO ₂ über 90% Sauerstoff indiziert bei Hypoxie, Dyspnoe, Herzinsuffizienz, wenn Sauerstoffgabe indiziert, dann Ziel-SpO ₂ : 94-98%
12-Kanal-EKG:	innerhalb 10 Minuten nach medizinischem Erstkontakt ggf. zusätzliche Ableitungen V7-V9 V2R-V4R, wenn Hebungen in II, III und aVF nicht unbekannter Schenkelblock gilt als STEMI-Äquivalent!
Medikamente:	
Therapie NotSan:	Basistherapie durch NotSan - Acetylsalicylsäure i.v. - Heparin i.v. - Glyceroltrinitrat s.l. (bedarfsadaptiert, keine routinemäßige Gabe, in den Leitlinien zum STEMI aktuell geringere Bedeutung)
Therapie Notarzt:	- ggf. β -Blocker, ggf. antiemetische Therapie, ggf. Analgesie (Morphin), - ggf. Sedierung (Benzodiazepine) - ggf. Glyceroltrinitrat wiederholen - präklinische Lyse nach regionalem Konzept
vorbestehende Antikoagulation: (Vit. K-Antagonisten oder DOAK)	STEMI oder Äquivalent: immer ASS und Heparin NSTEMI-ACS: immer ASS, Heparin durch NA nach individueller Abwägung
Reperusionsstrategie STEMI:	primäre PCI bevorzugt - wenn innerhalb 120 Min. nach STEMI-Diagnose möglich - wenn primäre PCI nicht innerhalb 120 Min. nach STEMI-Diagnose möglich, präklinische Lyse erwägen
NSTEMI / ACS instabil:	- hämodynamisch instabil, akute Herzinsuffizienz, kardiogener Schock - akut aufgetretene Herzinsuffizienz-Symptomatik - fortbestehende Beschwerden trotz Therapie - wiederkehrende / dynamische ST-Strecken- oder T-Wellenveränderungen - lebensbedrohliche Arrhythmien

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

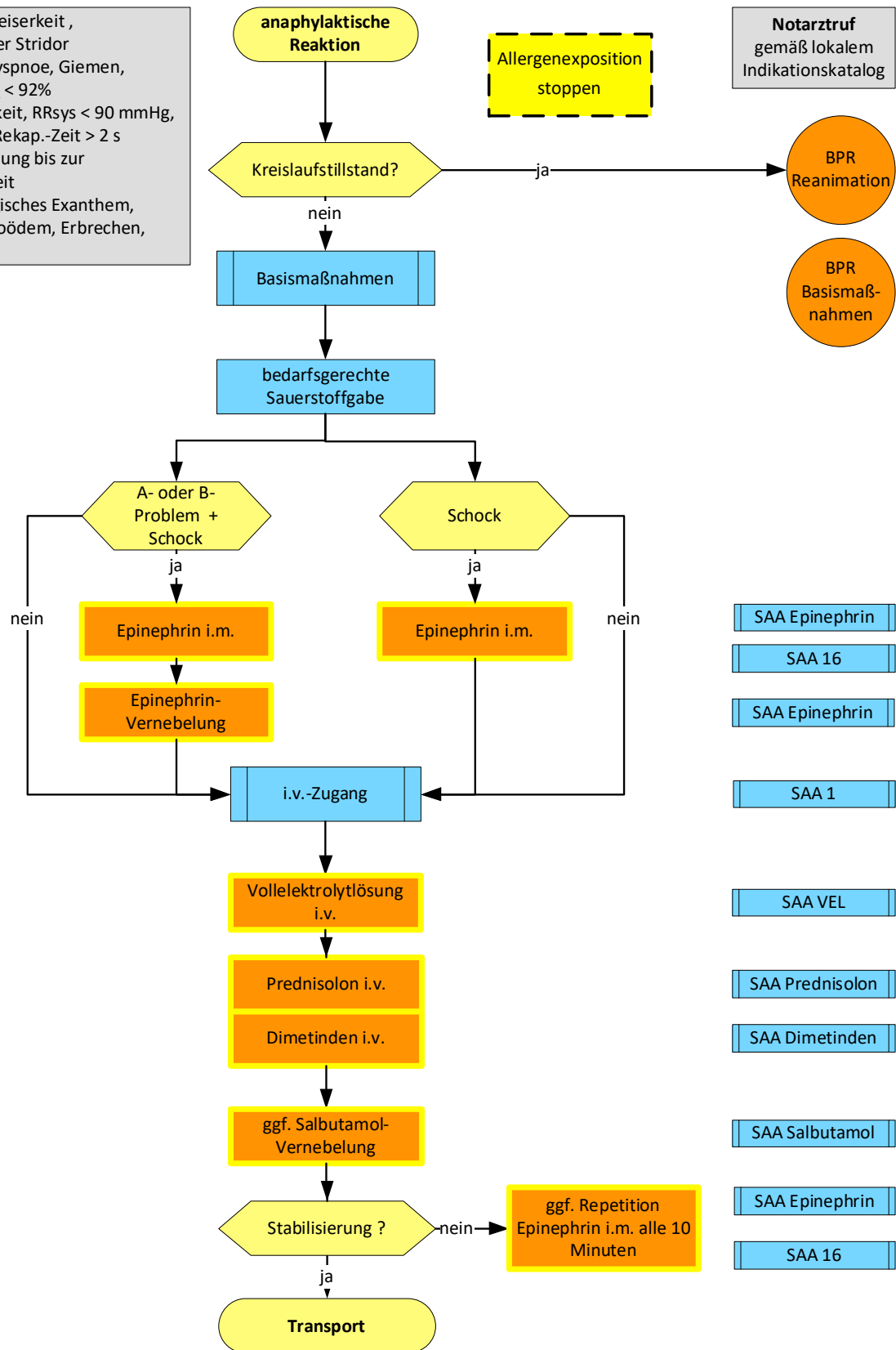
Anaphylaxie

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



A: Schwellung, Heiserkeit, inspiratorischer Stridor
B: Tachypnoe, Dyspnoe, Giemen, Zyanose, SpO₂ < 92%
C: Kaltschweißigkeit, RRsys < 90 mmHg, Tachykardie, Rekap.-Zeit > 2 s
D: Vigilanzminderung bis zur Bewusstlosigkeit
E: Juckreiz, allergisches Exanthem, Urtikaria, Angioödem, Erbrechen, Durchfall

Notarztruf
gemäß lokalem Indikationskatalog



Erläuterungen

Definition: Akute systemische Reaktion mit Symptomen einer allergischen Sofortreaktion, die den ganzen Organismus erfassen kann und potenziell lebensbedrohlich ist.

Prodromalstadium: Zu Beginn einer Anaphylaxie können sich im Sinne von Prodromalsymptomen leichtere Beschwerden wie Juckreiz beziehungsweise Brennen an Handinnenflächen und Fußsohlen oder im Genitalbereich, metallischer Geschmack, Angstgefühle, Kopfschmerzen oder Desorientierung bemerkbar machen.

Einteilung der Anaphylaxie nach Schweregraden mit entsprechenden Symptomen:

Grad	Haut- und subjektive Allgemeinsymptome	Abdomen	Respirationstrakt	Herz-Kreislauf
I	Juckreiz, Flush Urtikaria, Angioödem	keine	keine	keine
II	Juckreiz, Flush Urtikaria, Angioödem	Übelkeit Erbrechen Krämpfe	Rhinorrhoe Dyspnoe Heiserkeit	Tachykardie Hypotension Arrhythmie
III	Juckreiz, Flush Urtikaria, Angioödem	Erbrechen Defäkation	Laryngospasmus Bronchospasmus Zyanose	Schock
IV	Juckreiz, Flush Urtikaria, Angioödem	Erbrechen	Atemstillstand	Kreislaufstillstand

Medikamentöse Therapie:

Epinephrin i.m. (ab Schweregrad II)

Wirkweise: Vasokonstriktion, Erniedrigung der Gefäßpermeabilität, Bronchodilatation, Ödemreduktion und positive Inotropie am Herzen, Reduktion der Mediatorfreisetzung
Cave: **Puls- und Blutdruckkontrolle** unbedingt erforderlich, bei schwerer lebensbedrohlicher Anaphylaxie keine Kontraindikation, aber sonst Vorsicht bei bestehender Herzerkrankung

Epinephrin inhalativ bei V.a. Larynxödem oder Bronchospasmus (zusätzlich zur i.m.-Gabe)

Wirkweise: Vasokonstriktion, Ödemreduktion, Bronchodilatation

Sauerstoff hochdosiert (Atemmaske mit Reservoirbeutel, hoher Flow)

Vollelektrolytlösung i.v.

Antihistaminika (Histamin-H1-Rezeptorantagonisten): Dimetinden i.v.

Wirkweise: antihistamine Wirkung
Histamin-H2-Rezeptorantagonisten werden aktuell aufgrund wenig Evidenz nicht standardmäßig empfohlen.

Glukokortikoide: Prednisolon i.v.

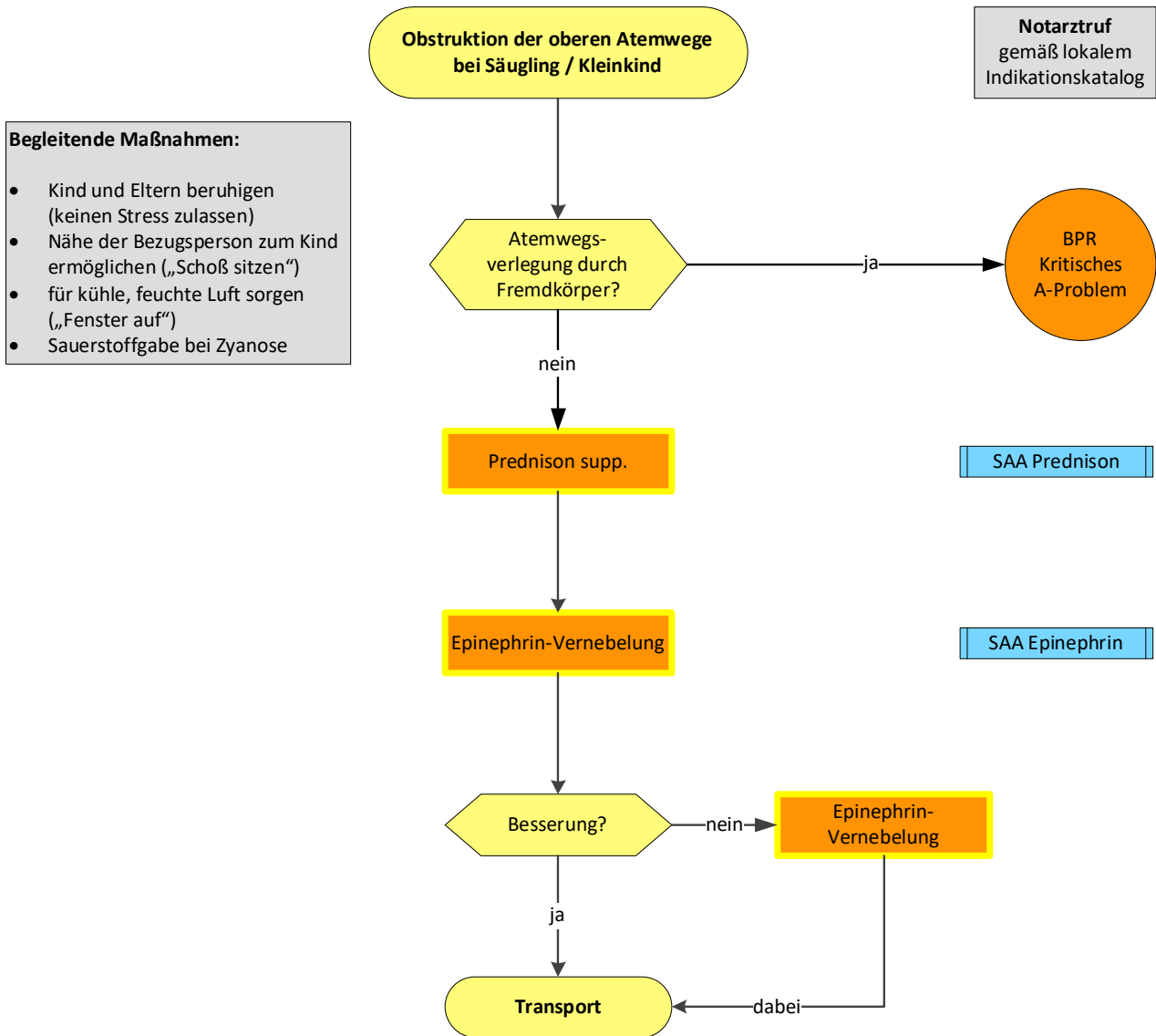
Wirkweise: unspezifische membranstabilisierende Wirkung

ggf. Salbutamol inhalativ zusätzlich bei V.a. Bronchospasmus

Wirkung: topische Bronchodilatation

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) *Atemwegsobstruktion Säugling / Kleinkind*

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Verdachtsdiagnose nach Symptomen

Laryngo-Tracheo-Bronchitis („Pseudo-Krupp“)

- bellender Husten, Heiserkeit
- lauter inspiratorischer Stridor
- Temperatur 36,5 bis 38,5°C
- Haut: gräulich bis zyanotisch

Epiglottitis

- Dyspnoe, Tachypnoe
- Speichel fließt aus dem Mund
- Schluckstörung
- Temperatur > 38,5°C
- Haut: zyanotisch

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Bronchialobstruktion

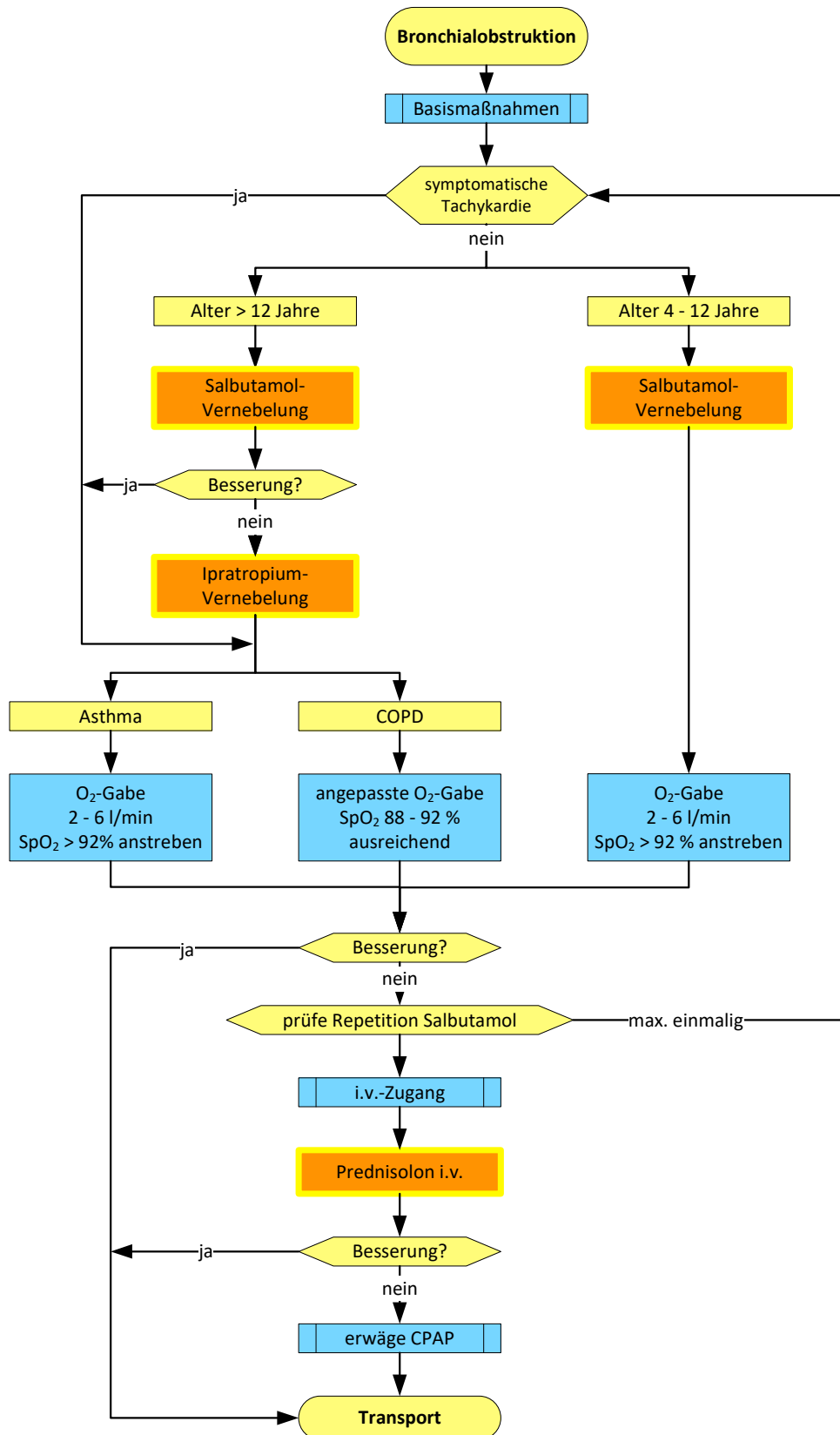
ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basismaß-
nahmen



SAA Salbutamol

SAA Ipratropium

SAA 1

SAA Prednisolon

SAA 5

Erläuterungen

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 Bronchodilatoren 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 ($\Delta FEV_1 > 15\%$ nach Bronchodilatation*)	persistierend, partiell reversibel bis irreversibel ($\Delta FEV_1 < 15\%$ nach Bronchodilatation*)
bronchiale Hyperreagibilität	regelmäßig vorhanden	möglich
Verlauf	variabel, episodisch	progredient
Ansprechen auf Corticosteroide	regelmäßig vorhanden	Langzeitansprechen variabel
*FEV ₁ = (Forced Expiratory Volume in 1 second) Einsekundenkapazität		

Problem symptomatische Tachykardie:

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

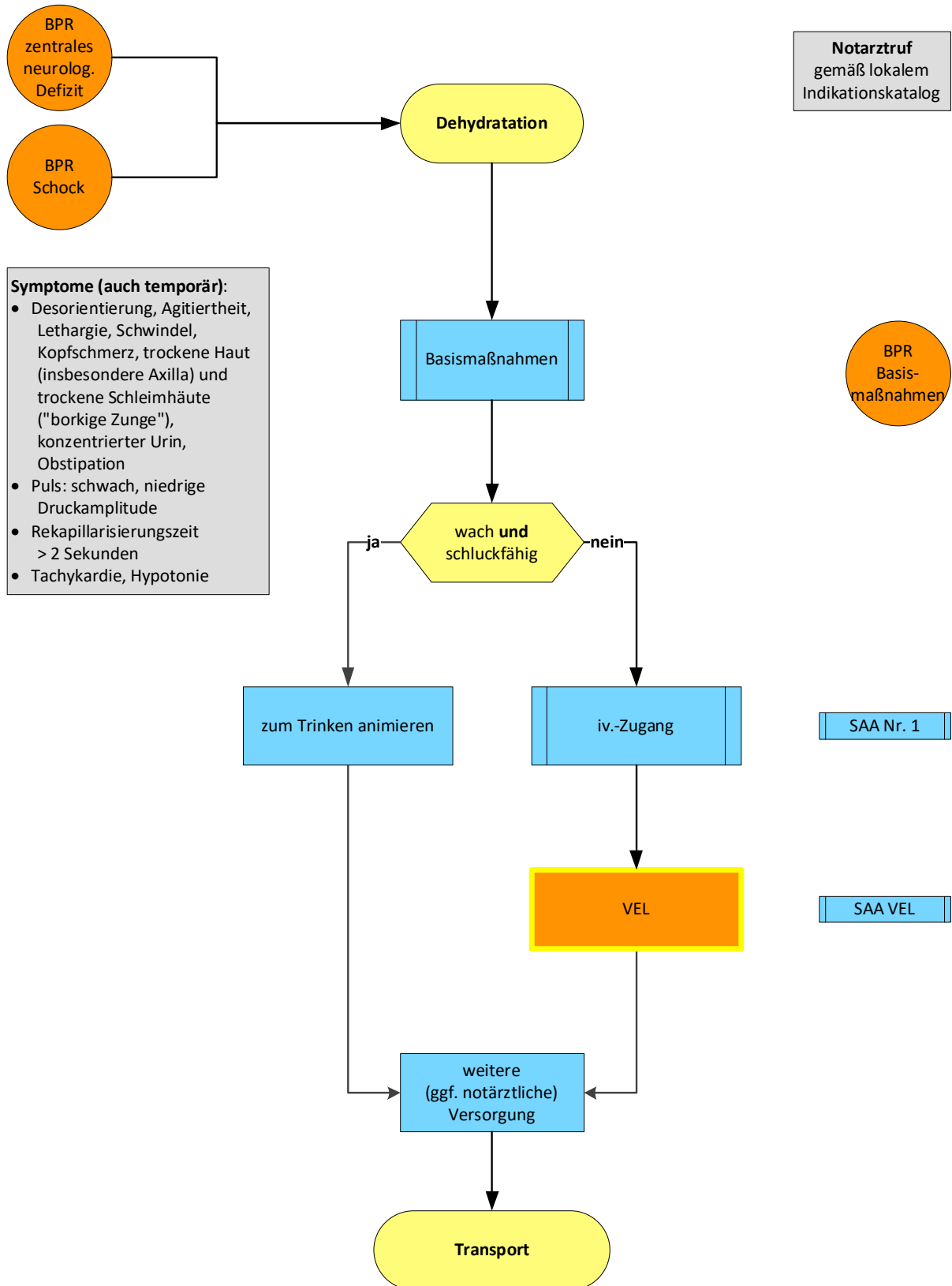
Bei kardial vorerkrankten Patienten ist die Gabe von β -Sympathomimetika aufgrund der Möglichkeit einer akuten kardialen Dekompensation kritisch zu prüfen.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Dehydration

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Erläuterungen

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 der Dehydratation kann sehr variabel und vielfältig sein.

Ursachen: Im Alter besteht ein physiologisch vermindertes Durstgefühl. Darüber hinaus existieren zahlreiche Symptome anderer Erkrankungen, die als mögliche Ursachen zur Entstehung beitragen können. Neben Erkrankungen mit Diarrhoe 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: 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 Flüssigkeitersatz kann sowohl oral, intestinal, subkutan wie auch intravenös erfolgen.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Hyperglykämie

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basismaß-
nahmen

kritische BZ-Erhöhung:

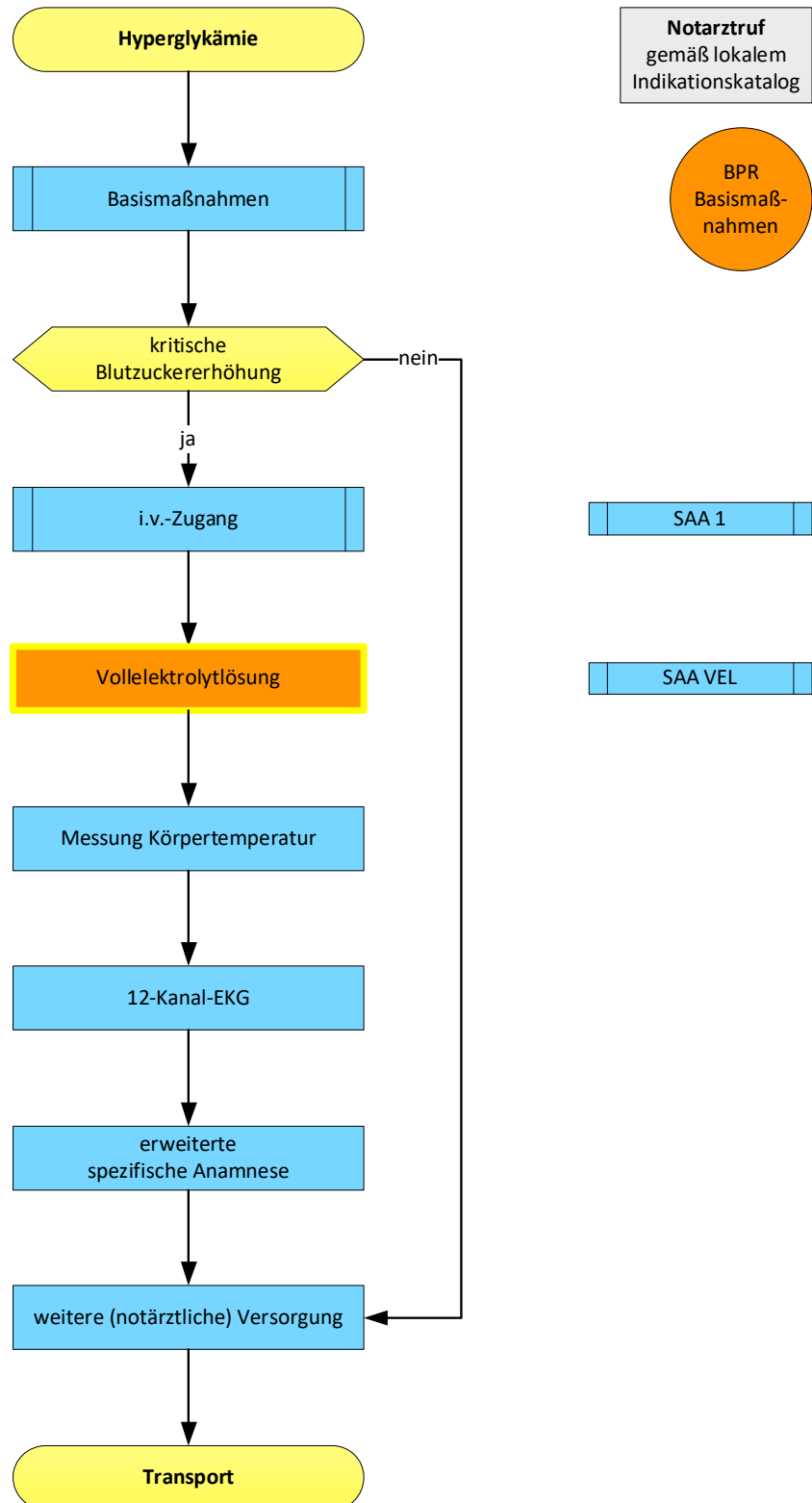
- Erwachsene > 250 mg/dl (13 mmol/l)
- Kinder > 200 mg/dl (10,5 mmol/l)

und

- Allgemeinsymptome
- ggf. Vigilanzminderung
- Koma diabeticum
- ggf. Störung weiterer Vitalfunktionen

erweiterte spezifische Anamnese:

- bekannter Diabetes?
- Neumanifestation?
- Infektzeichen?
- Therapieänderungen?
- Diätfehler?
- Steroidmedikation?
- Störung Insulinpumpe?



Erläuterungen

- Definition:** kritische Blutzuckererhöhung beim Erwachsenen über 250 mg/dl (13 mmol/l)
bei Kindern über 200 mg/l (10,5 mmol/l)
- Toleranz:** Die klinische Auswirkung einer Hyperglykämie auf den Patienten ist individuell sehr unterschiedlich, die erhöhten Blutzuckerwerte werden unterschiedlich gut toleriert. In Abhängigkeit der individuellen Toleranz stellen sich unterschiedlich schnell verschiedene vegetative und neurologische Symptome ein.
- Ursachen:** Die häufigste Ursache ist eine Hyperglykämie in Folge einer bestehenden Diabetes-Erkrankung. Neben einer Erstmanifestation eines noch nicht bekannten Diabetes können vielfältige Ursachen in der Therapieführung begründet sein, z.B. Diätfehler, Medikationsumstellungen, Insulinpumpendefekt, inkonsequente Lebensweise und Therapie.
Andere Ursachen können z.B. medikamentös (z.B. Kortison) oder durch Infekte bedingt sein.
Zur Ursachenklärung ist eine möglichst genaue Anamnese zu den Umständen der Hyperglykämie erforderlich.
- Therapie:** Die Therapie einer Hyperglykämie kann je nach Ursache und Ausprägung (insbes. Säure-Basen- und Wasser-/ Elektrolyt-Haushalt, Ketoazidose?) unter Umständen komplex sein. Insulin ist für die präklinische Anwendung schlecht praktikabel. Daher beschränkt sich die Therapie im Rettungsdienst in der Regel auf eine symptomatische Therapie gemäß ABCDE-Schema und einer angepassten Volumensubstitution.

Bei Bewusstseinsbeeinträchtigung sind neben den erhöhten Blutzuckerwerten unbedingt weitere Ursachen für die Bewusstseinsstörung zu erwägen, um ggf. entsprechend vorgehen zu können.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Hypertensiver Notfall

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 04.11.2019
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

5 L-AG
SAA und BPR

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basis-
maßnahmen

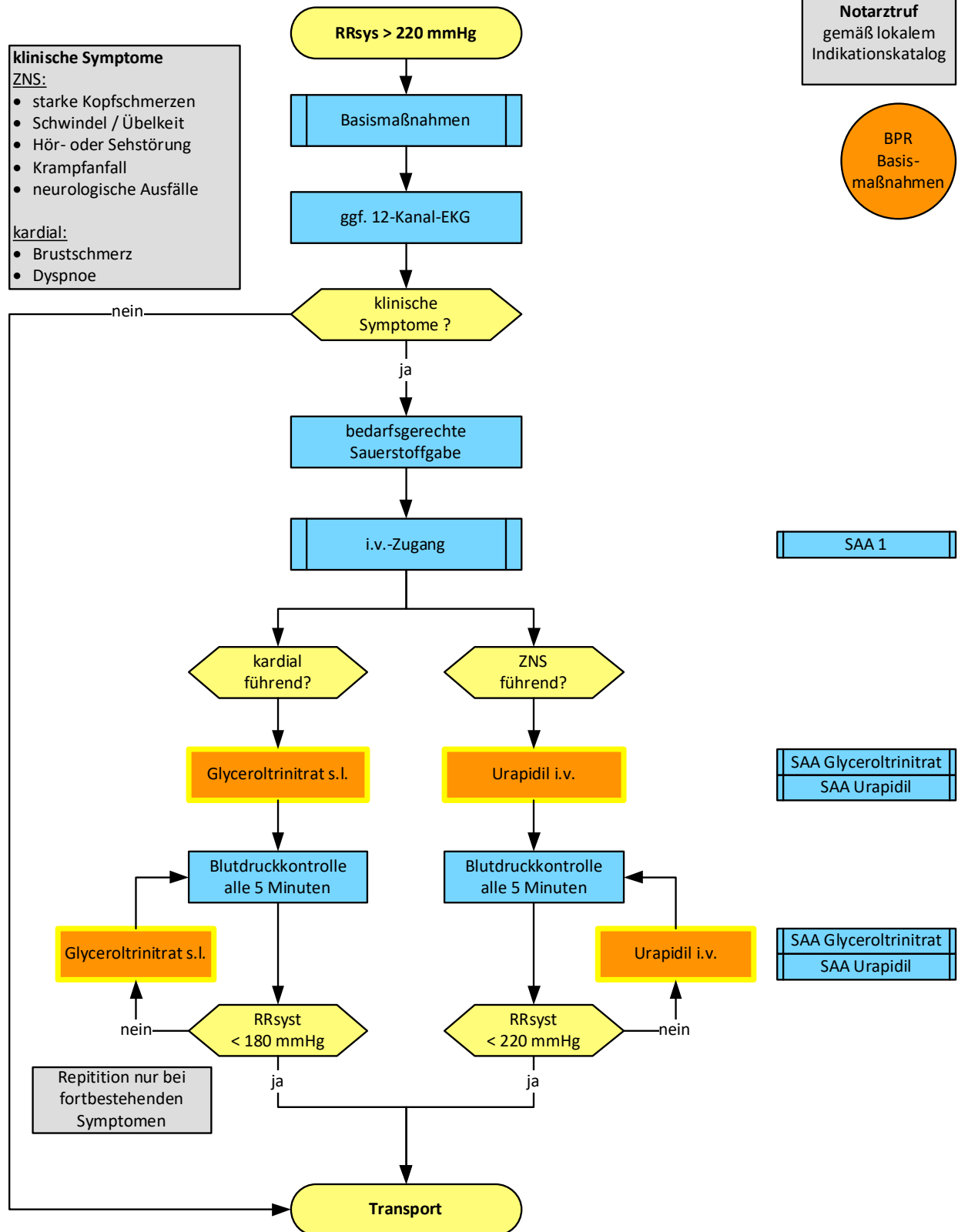
klinische Symptome

ZNS:

- starke Kopfschmerzen
- Schwindel / Übelkeit
- Hör- oder Sehstörung
- Krampfanfall
- neurologische Ausfälle

kardial:

- Brustschmerz
- Dyspnoe



Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Hypoglykämie

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



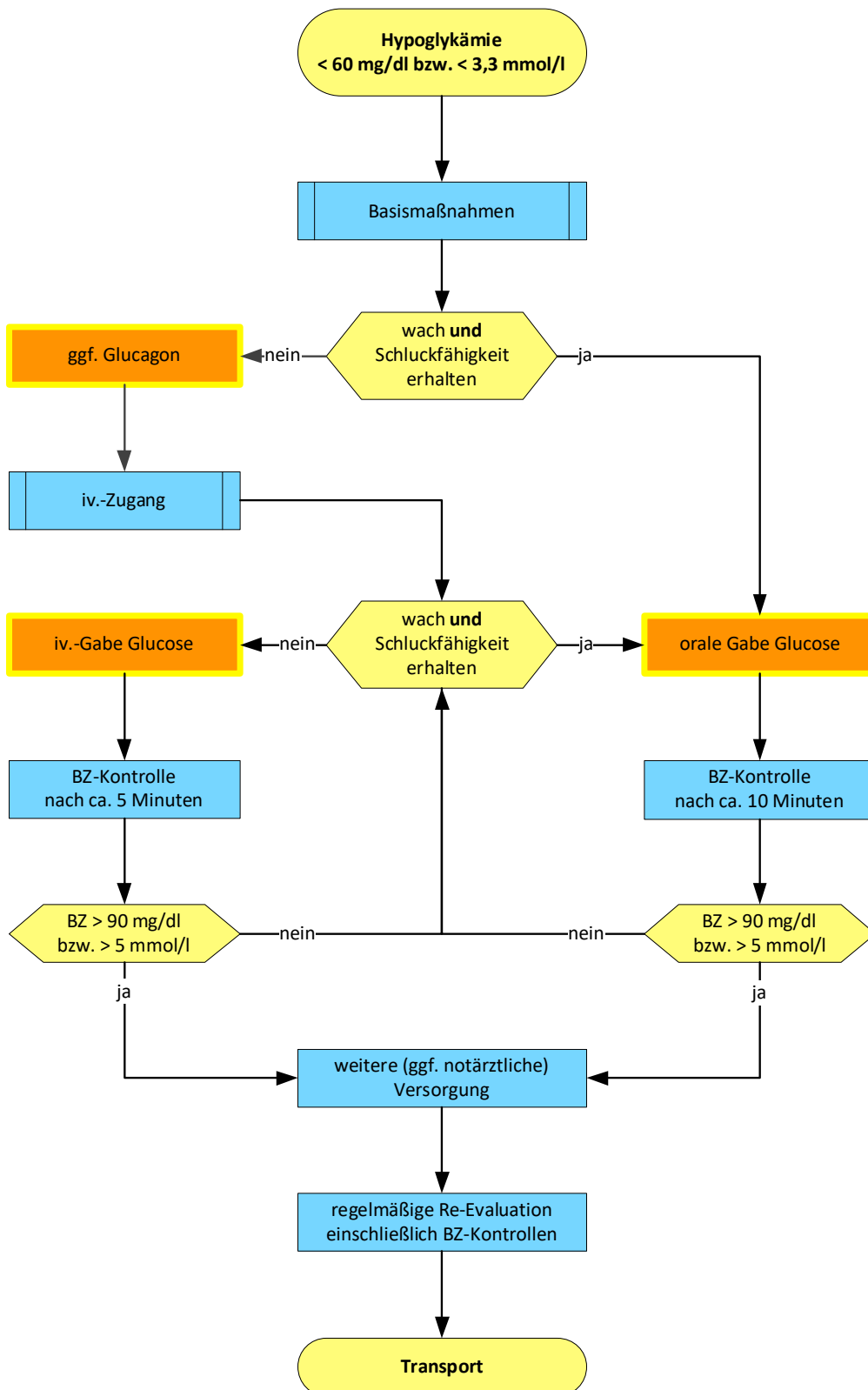
Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



SAA Glucagon

SAA 1

SAA Glucose



Erläuterungen

Definition: Blutzuckerwert unter 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l

Toleranz: Die klinische Auswirkung einer Hypoglykämie auf den Patienten ist individuell sehr unterschiedlich. Die niedrigen Blutzuckerwerte werden unterschiedlich gut toleriert. In Abhängigkeit der individuellen Toleranz stellen sich unterschiedlich schnell verschiedene vegetative und neurologische Symptome ein. Daher kann auch bei höheren Blutzuckerwerten (über 60 mg/dl, resp. 3,3 mmol/l) bei klinischen Symptomen eine Therapie notwendig sein.

Ursachen: Die häufigste Ursache ist eine Hypoglykämie in Folge einer bestehenden Diabetes-Erkrankung und der entsprechenden Therapie.
Andere, seltenere Ursachen können z.B. insulinproduzierende Tumore der Bauchspeicheldrüse (Insulinome), Lebererkrankungen, endokrinologische oder paraneoplastische Ursachen sein.
Zur Ursachenklärung ist eine möglichst genaue Anamnese zu den Umständen der Hypoglykämie erforderlich.

Therapie: Die Therapie besteht in der unverzüglichen Glucosezufuhr, oral oder parenteral, je nach Bewusstseinslage. Eine Alternative kann ggf. die Gabe von Glucagon s.c. oder i.m. darstellen.

Sollte ein Patient mit einer Hypoglykämie und Bewusstseins Einschränkung nicht aufklaren und sich die Vigilanz nicht verbessern, so sind unbedingt weitere Ursachen für die Bewusstseinsstörung zu erwägen, um entsprechend vorgehen zu können.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

„Hypothermie“

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 03.10.2018

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



milde Hypothermie (32 - 35°C)
moderate Hypothermie (28 - 32°C)
schwere Hypothermie (unter 28°C)

Stadien der Hypothermie

Stadium I: bewussteinklar, frierend

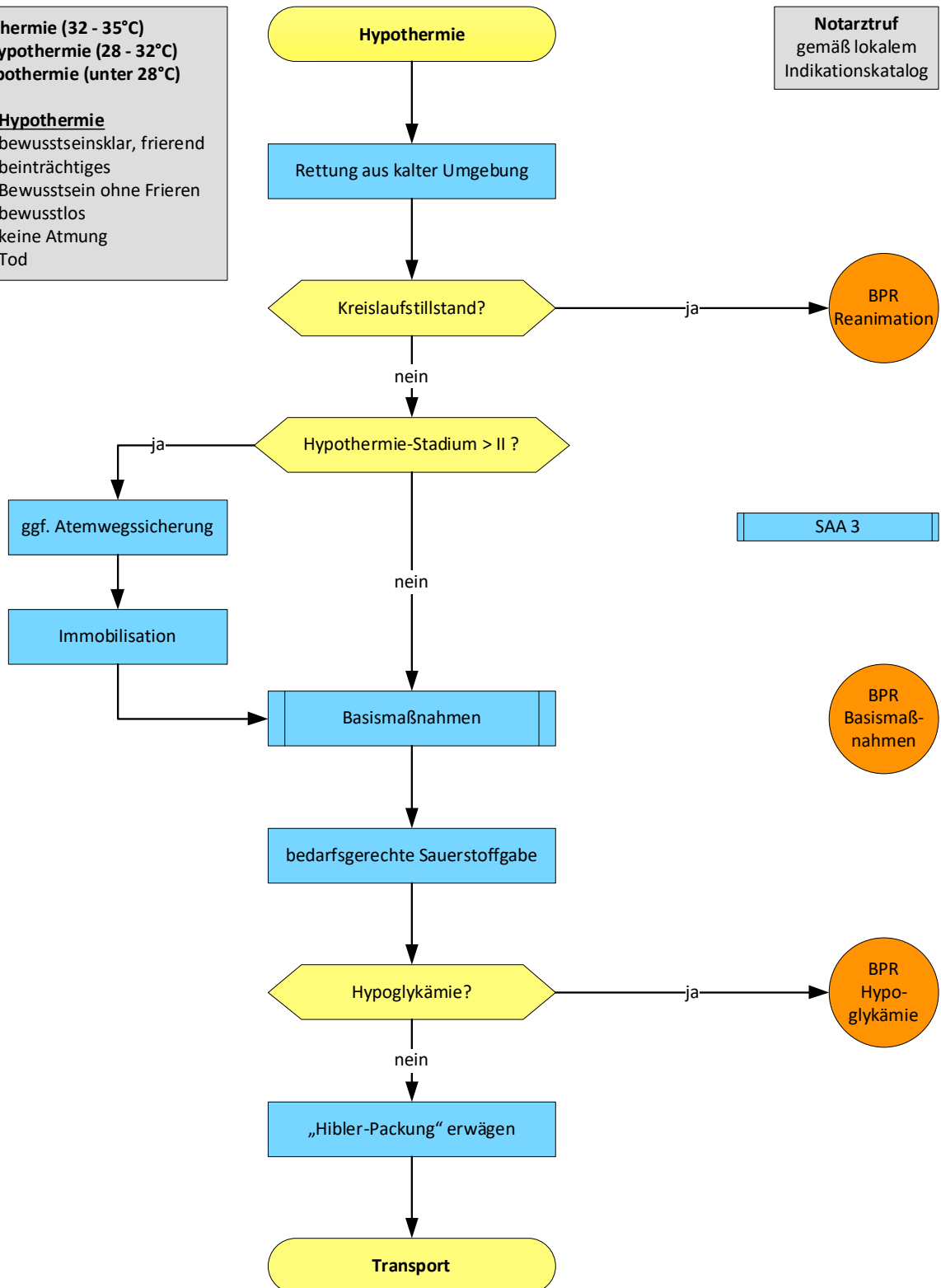
Stadium II: beeinträchtigtes
Bewusstsein ohne Frieren

Stadium III: bewusstlos

Stadium IV: keine Atmung

Stadium V: Tod

Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



Erläuterungen

Eine akzidentelle Hypothermie liegt vor, wenn die Körperkerntemperatur unbeabsichtigt unter 35°C fällt.

Temperaturmessung:

- Hypothermie wird häufig unterschätzt
- Tympanometer (cave: niedrige Temperaturen meist nicht im Messbereich) vs. Ösophagusthermometer (soweit verfügbar) erwägen
- ggf. rektale Temperaturmessung nutzen

Risikofaktoren:

- immobile Menschen bei kalten / windigen Wetterbedingungen
- Immersion / Submersion in kaltem Wasser
- beeinträchtigte Thermoregulation bei älteren Patienten oder Neugeborenen / Säuglingen
- Drogen- / Alkoholkonsum
- (Poly-) trauma

Maßnahmen:

- aktive Bewegung möglichst vermeiden
- nasse Körperpartien vorsichtig abtrocknen
- Vitalfunktionen sichern (Reanimationsbereitschaft)
- kalte Kleidung entfernen (Cave: Kleidung aufschneiden und nicht ausziehen)
- Medikamentengabe (unter 30°C: keine ; 30-35°C: doppeltes zeitliches Intervall)
- Defibrillation unter 30°C: maximal drei Versuche
- Körperwärme durch Isolation aufrechterhalten
- Afterdrop vermeiden (Reizschwelle für VF oder pVT erniedrigt)
- adäquate Oxygenierung zur Stabilisierung des Myokards
- Wiedererwärmung kann passiv, aktiv äußerlich oder aktiv intern durchgeführt werden (für Rettungsdienst: nur passive Wiedererwärmung bei bewussteinseinsklaren Patienten mit Frierreaktion)
- Transport – wenn es der Zustand des Pat. zulässt – in ein ECLS-Zentrum
- bei Reanimation gilt: „Niemand ist tot, ehe er nicht warm und tot ist“

Hibler-Packung:

Dazu werden chemische Wärmebeutel auf Brust und Bauch gelegt. Notfalls können auch feuchtheiße Tücher verwendet werden. Dabei sollen die Wärmequellen keinen direkten Hautkontakt haben, sondern auf Unterwäsche oder Decken gelegt werden. Darüber folgt Kleidung über den Rumpf, aber nicht über Arme und Beine. Falls vorhanden schützt eine Mütze den Kopf, da über ihn viel Wärme verloren geht. Zum Schluss wird der gesamte Körper in Decken oder einen Biwaksack mit gutem Abschluss am Hals gehüllt.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) *instabile Bradykardie*

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
 Stand: 31.03.2021
 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarztruf
 gemäß lokalem
 Indikationskatalog



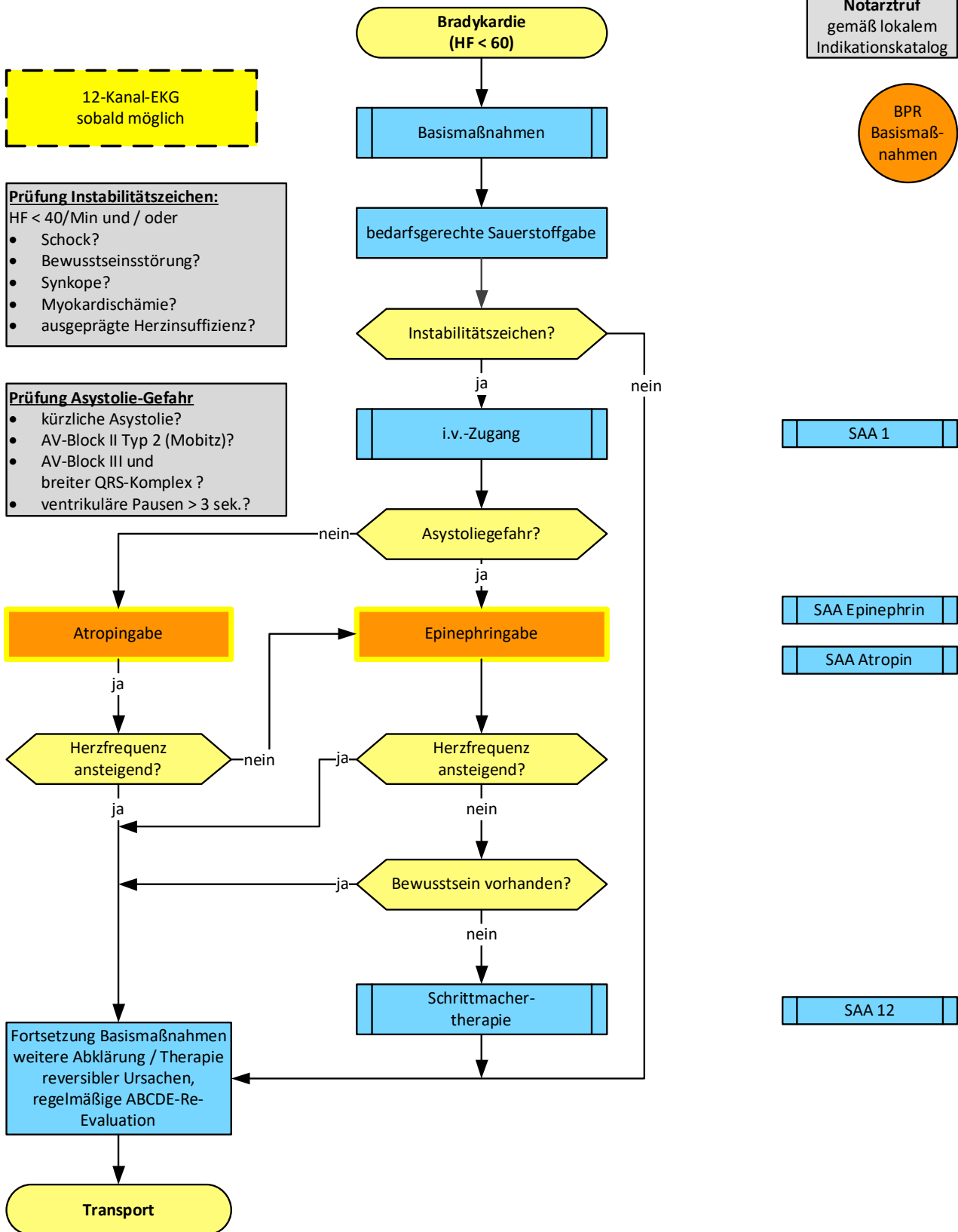
12-Kanal-EKG
 sobald möglich

Prüfung Instabilitätszeichen:
 HF < 40/Min und / oder

- Schock?
- Bewusstseinsstörung?
- Synkope?
- Myokardischämie?
- ausgeprägte Herzinsuffizienz?

Prüfung Asystolie-Gefahr

- kürzliche Asystolie?
- AV-Block II Typ 2 (Mobitz)?
- AV-Block III und breiter QRS-Komplex?
- ventrikuläre Pausen > 3 sek.?



Erläuterungen

Bei allen Herzrhythmusstörungen soll ein 12-Kanal-EKG vor, ggf. während und nach einer Intervention zu weiteren diagnostischen Zwecken geschrieben werden, um später eine Beurteilung durch einen Kardiologen zu ermöglichen. Dieses ist bei kritisch-instabilen Patienten mit unmittelbarer Handlungsnotwendigkeit nicht immer möglich. Es soll jedoch mindestens die Aufzeichnung des Monitor-EKGs ausgedruckt zur Verfügung gestellt werden können und unverzüglich ein 12-Kanal-EKG geschrieben werden.

Bei jeder Herzrhythmusstörung ist neben der Monitor-EKG-Überwachung auch eine Pulsmessung durch Palpation der A. radialis oder A. carotis notwendig, um ein eventuelles peripheres Pulsdefizit aufzudecken.

Nicht jeder Patient mit einer Bradykardie ist automatisch als instabil anzusehen.
Es gibt eine hohe Schwankungsbreite bezüglich der individuellen Frequenztoleranz.
Diese ist unter anderem abhängig von Alter und Vorerkrankungen.

Ausgeprägte Herzinsuffizienz im Sinne der Instabilitätszeichen ist das manifeste Lungenödem und / oder eine deutliche Halsvenenstauung.

Bei Patienten mit einer bestehenden Asystolie-Gefahr (kürzliche Asystolie, AV-Block II° Typ 2 (Mobitz), AV-Block III° mit breitem QRS-Komplex, ventrikuläre Pausen > 3 sek.) empfiehlt es sich, die Bereitschaft für eine transkutane Schrittmacherstimulation durch Aufkleben der Stimulationselektroden herzustellen.

Bei klinisch stabilen Patienten mit einer Bradykardie besteht häufig kein unmittelbarer Handlungszwang.

Bei einer Instabilität durch Herzrhythmusstörungen ist immer auch die Möglichkeit einer kardialen Ischämie als Ursache der Rhythmusstörung zu bedenken.

Notwendig ist bei allen Formen von Herzrhythmusstörungen die Suche nach Auslösern und therapierbaren reversiblen Ursachen (z.B. Elektrolytverschiebungen).

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

instabile Tachykardie

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



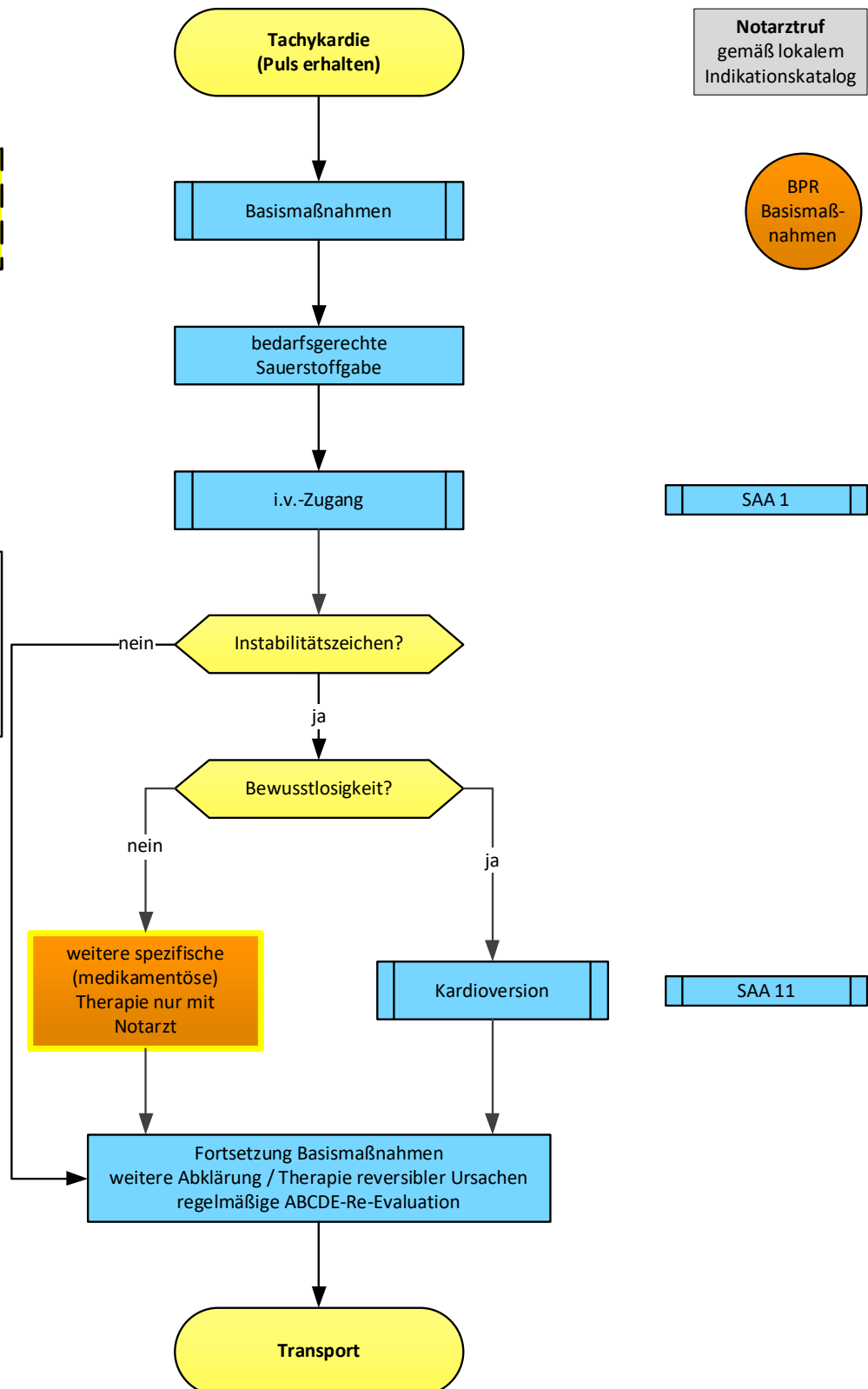
Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



12-Kanal-EKG
sobald möglich

Instabilitätszeichen:

- Schock?
- Bewusstseinsstörung
- Synkope?
- Myokardischämie?
- ausgeprägte Herzinsuffizienz?



SAA 1

SAA 11

Erläuterungen

Bei allen Herzrhythmusstörungen soll ein 12-Kanal-EKG vor, ggf. während und nach einer Intervention zu weiteren diagnostischen Zwecken geschrieben werden, um später eine Beurteilung durch einen Kardiologen zu ermöglichen. Dieses ist bei kritisch-instabilen Patienten mit unmittelbarer Handlungsnotwendigkeit nicht immer möglich. Es soll jedoch mindestens die Aufzeichnung des Monitor-EKGs ausgedruckt zur Verfügung gestellt werden können und unverzüglich ein 12-Kanal-EKG geschrieben werden.

Bei jeder Herzrhythmusstörung ist neben der Monitor-EKG-Überwachung auch eine Pulsmessung durch Palpation der A. radialis oder A. carotis notwendig, um ein eventuelles peripheres Pulsdefizit aufzudecken.

Nicht jeder Patient mit einer Tachykardie ist automatisch als instabil anzusehen.
Es gibt eine hohe Schwankungsbreite bezüglich der individuellen Frequenztoleranz.
Diese ist unter anderem abhängig von Alter und Vorerkrankungen.

Ausgeprägte Herzinsuffizienz im Sinne der Instabilitätszeichen ist das manifeste Lungenödem und / oder eine deutliche Halsvenenstauung.

Bei Patienten mit einer Breitrekomplextachykardie (QRS-Breite > 120 msec) ist bis zum Beweis des Gegenteils von der Möglichkeit einer Kammertachykardie auszugehen.

Eine spezifische medikamentöse Therapie einer Tachykardie bleibt dem Notarzt vorbehalten.

Bei klinisch stabilen Patienten mit einer Tachykardie besteht häufig kein unmittelbarer Handlungsdruck.

Bei instabilen Patienten, die aufgrund der Tachykardie bewusstlos sind, ist die elektrische Kardioversion Mittel der Wahl.

Grundsätzlich ist bei einer Breitrekomplex-Tachykardie eine höhere Energieabgabe empfohlen, als bei einer Tachykardie mit schmalen Kammerkomplexen notwendig ist.

Tachykardien mit schmalen Kammerkomplexen lassen sich häufig auch mit geringerer Energie terminieren. Aufgrund der bestehenden Instabilität mit Bewusstlosigkeit wird hier auf eine Unterscheidung zwischen unterschiedlichen Energiestufen für schmale oder breite Kammerkomplexe verzichtet. Ziel ist es, die Rhythmusstörung möglichst direkt zu beseitigen und einen einfachen und pragmatischen Ansatz zu haben. Es geht hier nicht um die elektive Kardioversion eines Patienten, sondern um eine Notfallmaßnahme. Würde der Patient, bei dem dieser Behandlungspfad genutzt wird, insuffizient oder gar nicht mehr atmen, so würden ohnehin die Behandlungspfade zur Reanimation genutzt werden müssen.

Bei einer Instabilität durch Herzrhythmusstörungen ist immer auch die Möglichkeit einer kardialen Ischämie als Ursache der Rhythmusstörung zu bedenken.

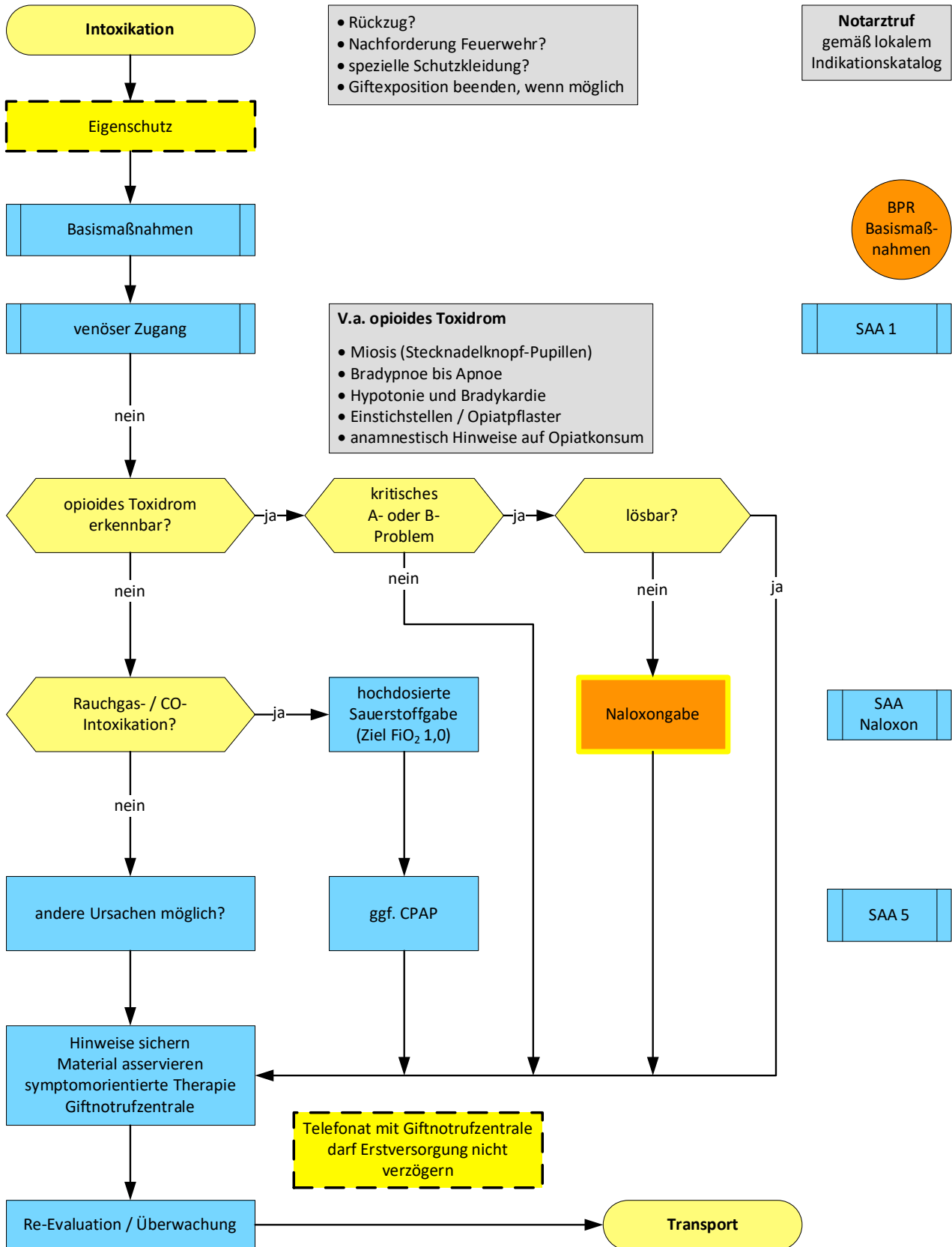
Notwendig ist bei allen Formen von Herzrhythmusstörungen die Suche nach Auslösern und therapierbaren reversiblen Ursachen (z.B. Elektrolytverschiebungen, Volumenmangel).

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Intoxikation

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

5 L-AG
SAA und BPR



Erläuterungen

Intoxikationen zählen zu den häufigsten Notfällen (5 - 10 % aller Notfalleinsätze, in ländlichen Regionen seltener als in Ballungsgebieten). Bei Personen unter 35 Jahren zählen Intoxikationen zu den häufigsten Todesursachen. Generell unterscheidet man akzidentielle von vorsätzlichen Vergiftungen, wobei letztere den Großteil ausmachen und entweder suizidal oder durch missbräuchliche Nutzung von Medikamenten oder Drogen zustande kommen.

Besteht der Verdacht einer Vergiftung, stehen neben dem Eigenschutz des Personals die symptomorientierte Therapie und die Klärung der möglichen Ursache im Vordergrund.

Eigenschutz

symptomorientierte Therapie und lebensrettende Sofortmaßnahmen

genauere Klärung und Einordnung

- wer?
- was?
- wieviel? – maximale Menge annehmen
- wovon?
- wann?
- wie?

Eine Asservierung von Erbrochenem oder anderen Körperflüssigkeiten für eventuell spätere toxikologische Analysen bringt erfahrungsgemäß wenig klinischen Nutzen, da meist andere Befunde zeitnah vorliegen bzw. die symptomatische Behandlung im Vordergrund steht.

Bei der Ersttherapie akuter Vergiftungen müssen stets symptomatische vor spezifischen Maßnahmen ergriffen werden. Lebensrettende Sofortmaßnahmen genießen immer höchste Priorität. Der Fokus liegt hier auf der Optimierung / Wiederherstellung der Respiration und Hämodynamik.

Übergabe durch den Rettungsdienst

besonderer Augenmerk auf die folgenden Punkte:

- Hinweis, ob es sich um Unfall oder Suizid handelt
- Intoxikationen oft mit Stoffen, an die Patienten herankommen (z.B. Methanol bei Modellbauern, Ethylenglykol in Frostschutzmitteln beim Alkoholiker, Chemikalien beim Laboranten)
- Übergabe der gefundenen Medikamentenblister oder anderen Stoffbehältnisse
- Gab es schon einen Anruf bei einer Giftinformationszentrale?
Wenn ja, bei welcher und welche Empfehlungen wurden gegeben?

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

kardiales Lungenödem

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Symptome:

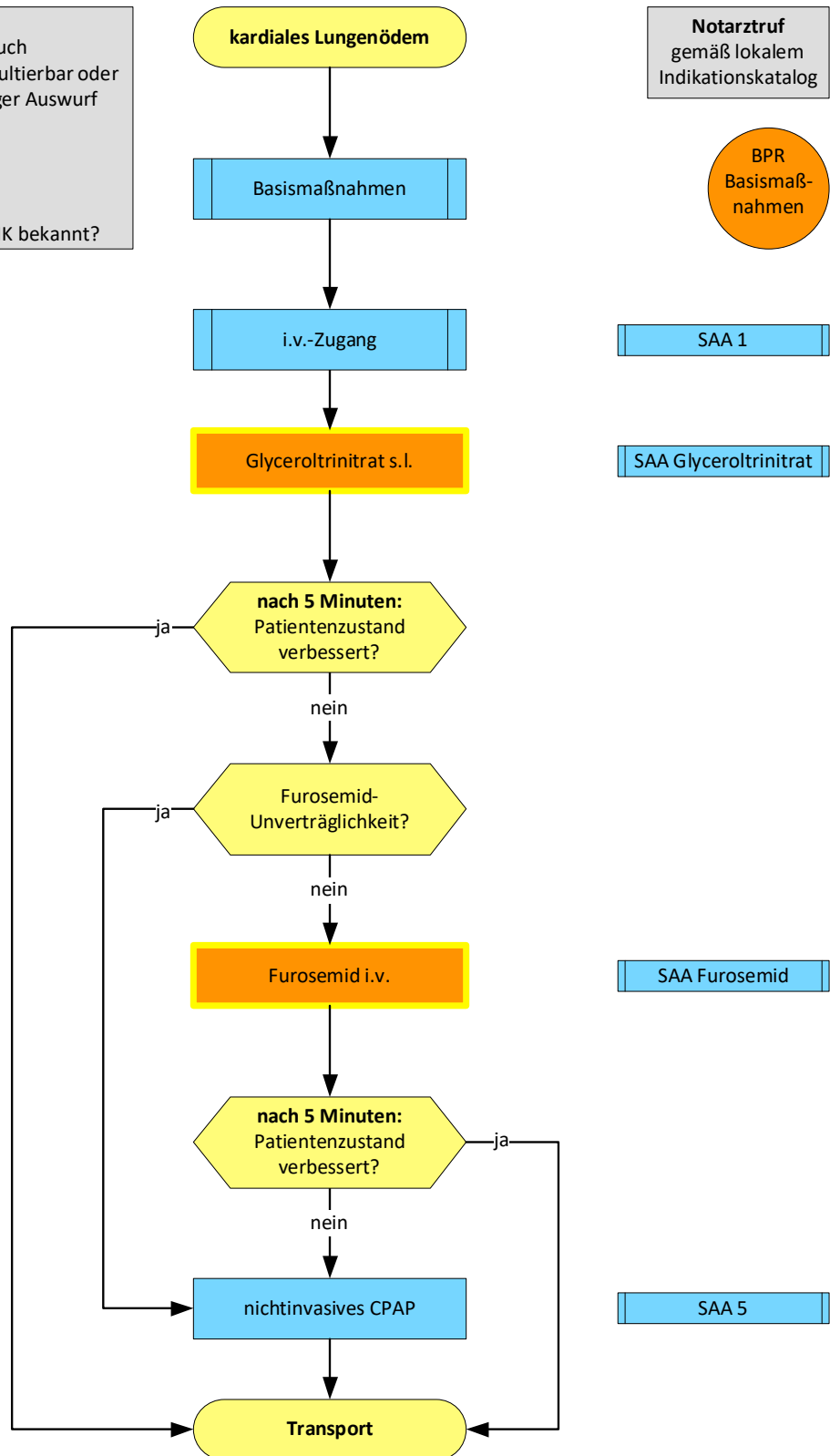
- Leitsymptom Atemnot, anfangs auch Hustenreiz, Rasselgeräusche auskultierbar oder auf Distanz hörbar, evtl. schaumiger Auswurf
- Unruhe, Angst
- Tachykardie mit flachem Puls
- eventuell Zyanose

Anamnese:

Herzinsuffizienz, Hypertonie oder KHK bekannt?

Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basismaß-
nahmen



SAA 1

SAA Glyceroltrinitrat

SAA Furosemid

SAA 5

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Krampfanfall

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

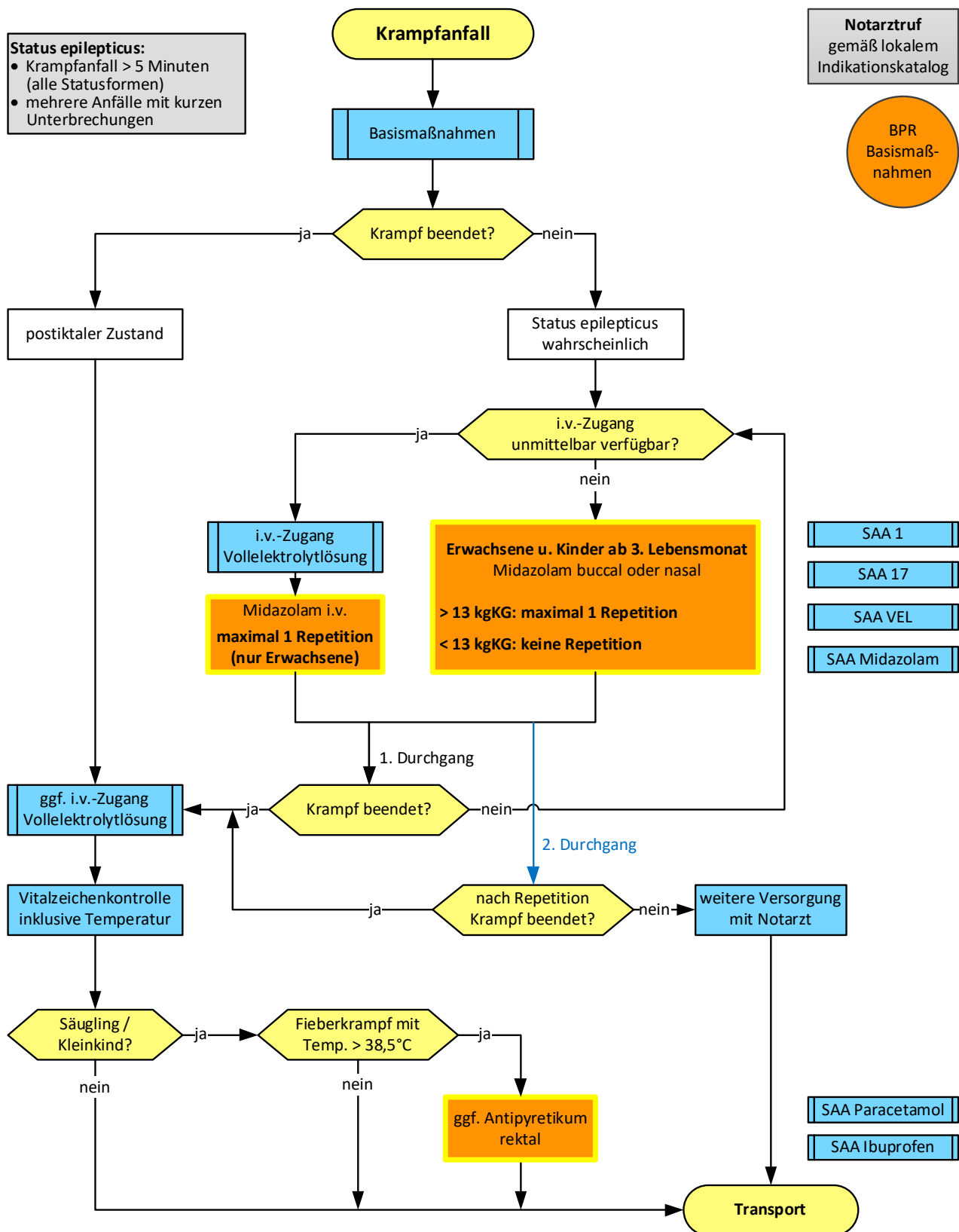
5 L-AG
SAA und BPR

Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basismaß-
nahmen

Status epilepticus:

- Krampfanfall > 5 Minuten (alle Statusformen)
- mehrere Anfälle mit kurzen Unterbrechungen



Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Krampfanfall

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023

5 L-AG
SAA und BPR

Erläuterungen

Der BPR Krampfanfall basiert auf der Empfehlung der Arbeitsgruppe 8 des Pyramidenprozess II vom 13.12.2016 (unverändert bestätigt durch beteiligte Fachgesellschaften im Dezember 2018) und der aktuellen S2k-Leitlinie von 2020

Definitionen:

Status epilepticus:

- Dauer des Krampfanfalls > 5 Minuten (operationale Definition der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (S2k-Leitlinie, AWMF-Nr. 030-079 von Oktober 2020))
- mehrere Anfälle mit kurzer Unterbrechung, ohne dass der Patient das Bewusstsein erlangt

typische Symptome:

- tonische / klonische Krämpfe („motorische, sensorische, autonome Entäußerungen“)
- Bewusstseinsstrübung, Bewusstlosigkeit
- evtl. Initialschrei, Zungenbiss, Speichelfluss, Einnässen, Einkoten
- unregelmäßige, flache Atmung; kurzzeitige Apnoe; Zyanose

postiktaler Zustand:

- Phase nach dem Anfall (sog. postkonvulsive Phase)
- Patient verwirrt, desorientiert, z. T. aggressiv, evtl. Bewusstseinsstrübung
- Normalisierung der Atmung, keine Zyanose
- evtl. Lähmungen (sog. Todd'sche Parese)

Anamnese:

- möglichst detaillierte Anfallsbeschreibung: Prodromi?, Aura?, Beginn?, Dauer?
- Auslöser? (z.B. körperliche Anstrengung, Aufregung, Kälte, Schlafentzug, Alkoholentzug, Infekt)
- Erstereignis?, Krampfleiden bekannt?, Notfallausweis vorhanden?, familiäre Belastung?
- Medikamenten- / Drogeneinnahme?, akut?, Dauermedikamente?

Diagnostik:

typische Symptome

Differentialdiagnosen:

psychogener Anfall, konvulsive Synkope

Maßnahmen:

- Lagerung: Oberkörper-Hochlagerung $\geq 30^\circ$, evtl. stabile Seitenlage
- Schutz vor Sekundärverletzungen inklusive Zungenbiss (keinen Beißkeil verwenden)
- Fiebersenkung bei kindlichem Fieberkrampf ab $38,5^\circ\text{C}$ (rektal gemessen) mit rektal applizierter gewichtsadaptierter Dosis von Paracetamol oder Ibuprofen (siehe SAA Paracetamol, SAA Ibuprofen), falls noch nicht als Laienmedikation (z. B. Eltern) erfolgt

spezifische Therapie:

postiktaler Zustand:

- keine antikonvulsive Therapie
- evtl. iv.-Zugang und Vollelektrolytlösung (siehe SAA VEL)
- Transport unter Monitorkontrolle

Status epilepticus:

- frühestmögliches Durchbrechen des Krampfanfalls mit i.v., nasal (via Zerstäuber) oder buccal appliziertem, geeignetem Benzodiazepin (siehe SAA Midazolam)
- Unterdosierungen sind zu vermeiden
- maximal einmalige Wiederholung unabhängig von einer evtl. vorher erfolgten antikonvulsiven Eigenmedikation
- ggf. kann bei Kindern über 3 Monaten präklinisch die buccale Gabe von Midazolam erwogen werden.
- bei Kindern unter 3 Monaten medikamentöse Therapie durch nicht ärztliches Rettungsdienstpersonal nur in Ausnahmefällen bei akut vitaler Gefährdung

Zerstäuber als Spritzenaufsatz bewirkt bessere Resorption des Medikamentes über die Nasenschleimhaut

Midazolam:

- siehe SAA Midazolam
- bei nasaler Gabe ist die höchstmögliche Konzentration zu verwenden, um das zu applizierende Volumen möglichst gering zu halten

Off-Label-Use:

Die rechtliche Problematik eines Off-Label-Use von Midazolam nasal durch Nichtärzte bleibt ungeachtet der Notfallsituation grundsätzlich gegeben. Bei vitaler Indikation kann es unter Güterabwägung trotzdem erforderlich sein, diese Maßnahme zur Behebung einer unmittelbar lebensgefährlichen Situation durchzuführen. Bei einem Status epilepticus mit unmittelbarem Handlungsbedarf aufgrund perakuter Vitalgefährdung ist die Rechtfertigung eines Off-Label-Use von Midazolam als gegeben anzusehen (siehe auch Vorwort).

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Lungenembolie

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Hinweise auf mögliche Lungenembolie:

- häufig akut einsetzende, oft stechende und evtl. atemabhängige Schmerzen
- Dyspnoe, beschleunigte Atmung
- evtl. Hustenreiz, Hämoptysen
- evtl. Synkopen
- evtl. Schockzeichen

erweiterte spezifische Anamnese:

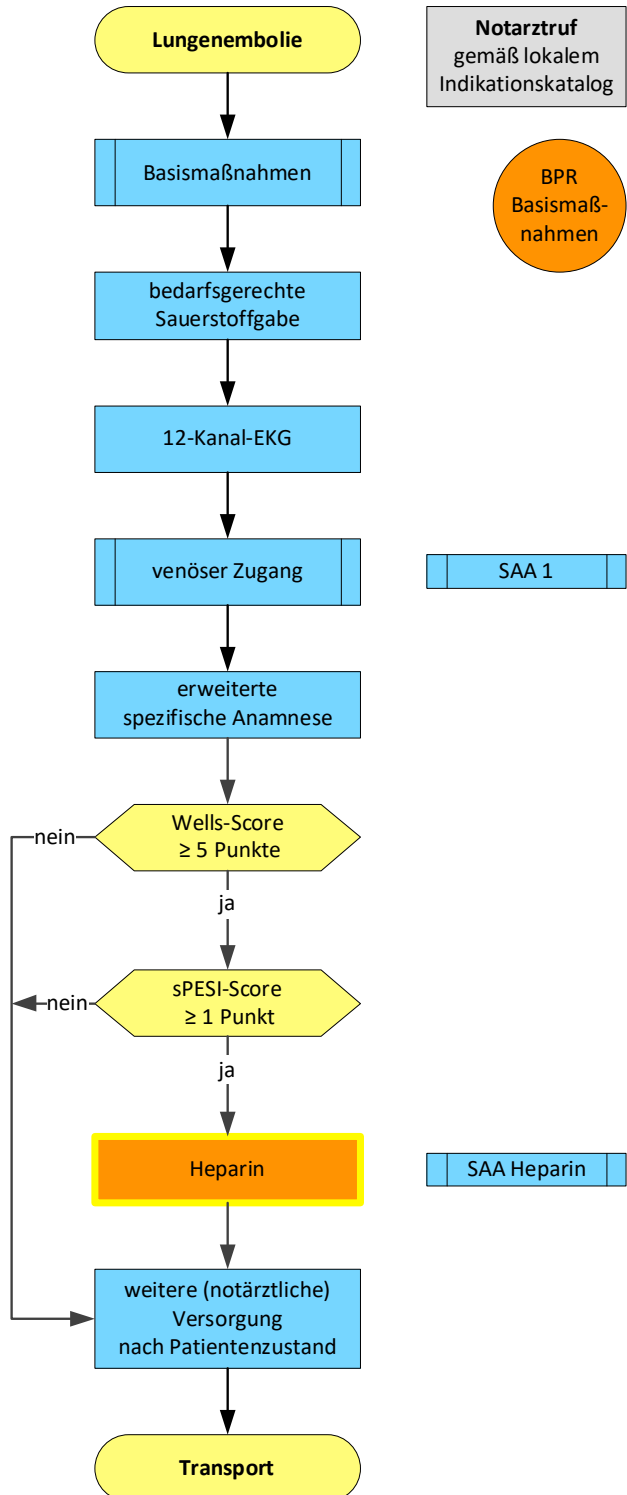
- Immobilität?
- Thrombosen / Lungenembolie in Anamnese?
- bekannte Gerinnungsstörungen?
- familiäre Thromboseneigung?
- Tumorerkrankungen?
- Rauchen?
- Hormontherapie?
- Schwangerschaft?

spezifische Anamnese (Wells-Score):

	Pkte
• Thrombose oder Lungenembolie in der Anamnese?	1,5
• frische Operation oder Immobilisation?	1,5
• Tumorerkrankung?	1
• Hämoptyse?	1
• Herzfrequenz > 100/min?	1,5
• Zeichen einer tiefen Venenthrombose?	3
• alternative Diagnose unwahrscheinlicher?	3

sPESI Score

	Pkte
• Alter über 80 Jahre?	1
• Krebserkrankung?	1
• Herzfrequenz ≥ 110/min?	1
• RR _{syst} < 100 mmHg?	1
• SpO ₂ < 90 %	1
• chron. Herzinsuff. und/oder Lungenerkrankung?	1



Erläuterungen

Die Diagnose einer Lungenembolie ist präklinisch selten eindeutig zu stellen.

Wichtig sind eine genaue Erfassung der Symptomatik, Anamnese und Vorerkrankungen, um entsprechende Risikofaktoren finden 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 2 Score-Systemen zur Abschätzung von 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%.

Unter Berücksichtigung etablierter und validierter Score-Systeme und der damit nachvollziehbaren Abschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Lungenembolie sowie des Risikos für einen schweren oder tödlichen Verlauf ist die Anwendung von Heparin i.v. gemäß SAA Heparin durch den Notfallsanitäter zu begründen.

Im Zweifelsfall erfolgt eine weitere spezifische Therapie nach weiterer Einschätzung und ggf. weiterer Diagnostik (z.B. Sonographie, Echo) durch den Notarzt.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

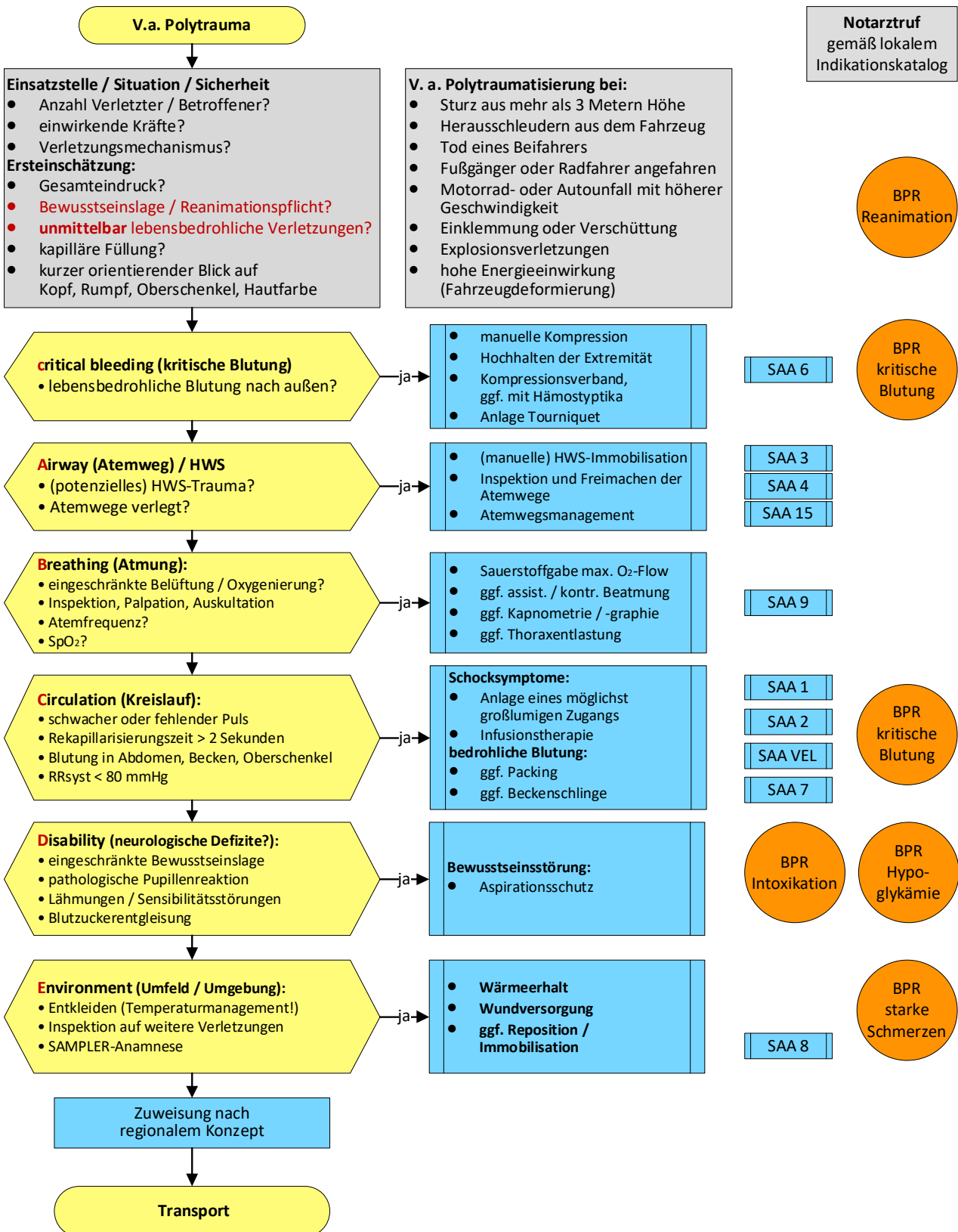
Polytrauma

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 03.10.2018

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog



Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Schlaganfall

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



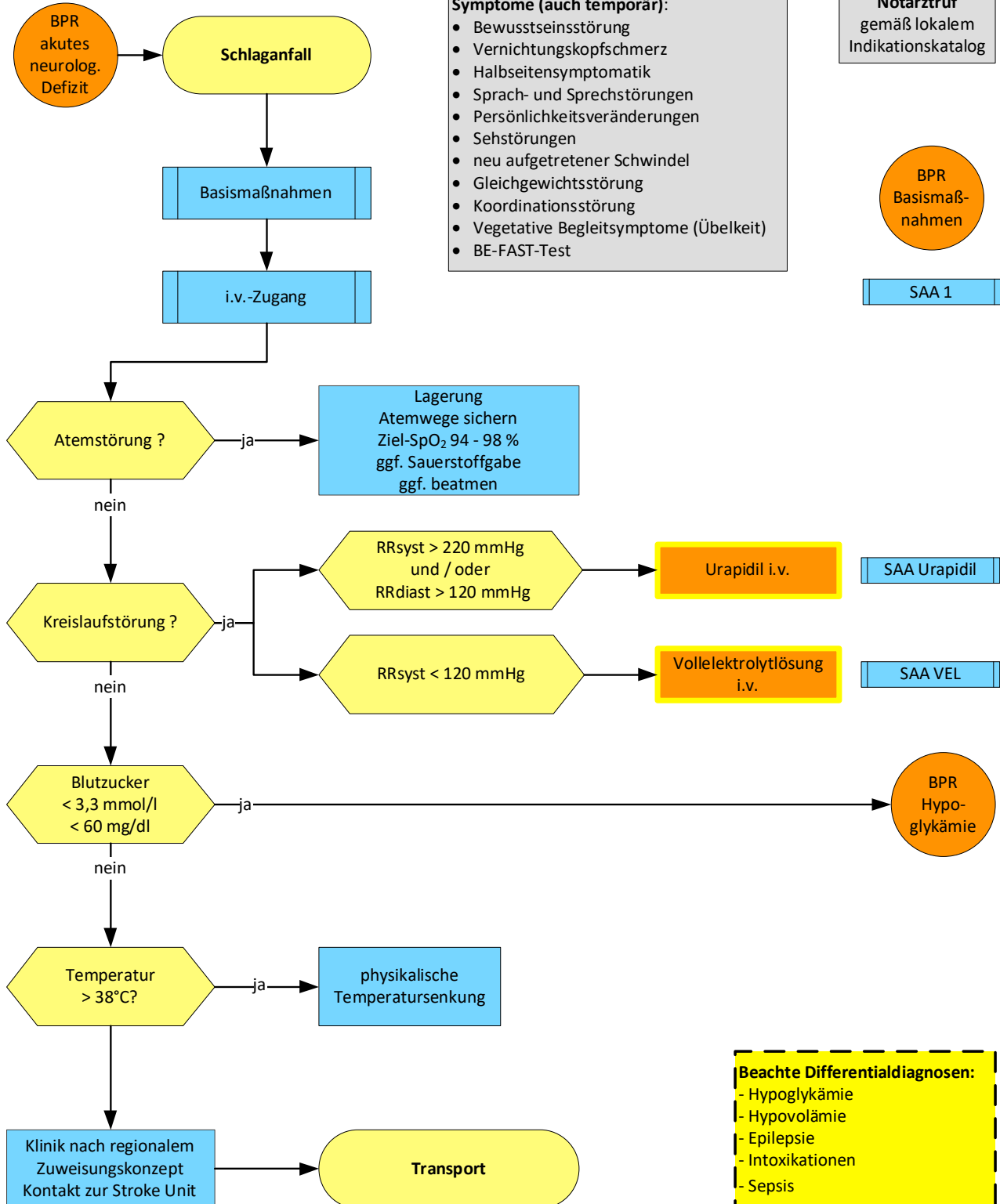
Notarztruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

BPR
Basismaß-
nahmen

SAA 1

Symptome (auch temporär):

- Bewusstseinsstörung
- Vernichtungskopfschmerz
- Halbseitensymptomatik
- Sprach- und Sprechstörungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Sehstörungen
- neu aufgetretener Schwindel
- Gleichgewichtsstörung
- Koordinationsstörung
- Vegetative Begleitsymptome (Übelkeit)
- BE-FAST-Test



Beachte Differentialdiagnosen:

- Hypoglykämie
- Hypovolämie
- Epilepsie
- Intoxikationen
- Sepsis

Erläuterungen

Präambel	Präklinisch ist eine sichere Unterscheidung der Genese des Schlaganfalls (Ischämie, Blutung) nicht möglich. Prioritär sind die Durchführung des Vitalmanagements, eine leitliniengerechte symptomatische Therapie zur Begrenzung von Folgeschäden / Komplikationen und der zügige Transport in die geeignete medizinische Einrichtung unter Beachtung der schnellstmöglichen Zuführung bei Berücksichtigung von Zeitfenstern und Vorerkrankungen
Notarzt	Die Instabilität des Schlaganfallpatienten ist entscheidend für die primäre Hinzuziehung des Notarztes durch die Leitstelle oder dessen Nachforderung / Kontaktierung. Als stabil in diesem Sinne gilt, wenn keines der vorliegenden Merkmale zutrifft: - Bewusstseinsstörung (GCS < 11) - starker Kopfschmerz - epileptischer Anfall - kardiorespiratorische Störung (O₂-Sättigung, RR_{syst} > 220 oder < 120 mmHg, relevante Tachy- oder Bradykardie) - Hypoglykämie oder kritische Hyperglykämie - relevante äußere Verletzungen
Diagnostik	Das neurologische Defizit ist zu erfassen: Dabei ist der BE-FAST-Test (Balance-Eyes-Face-Arm-Speech-Time / Symptombeginnerfassung) durchzuführen, um Hinweise auf ein neurologisches Defizit zu erhalten, wie Lähmungen einer Gesichtshälfte, Kraftminderung / Lähmung einer Körperhälfte, Sprach- / Verständigungsstörungen, neu aufgetretene Gleichgewichts- / Koordinationsstörung, neue Sehstörung, Gesichtsfeldeinschränkung.
Therapie	Für die Prähospitalphase werden empfohlen: - Stabilisierung der Vitalfunktionen - i.v.-Punktion am nicht gelähmten Arm - 30°-Oberkörper-Hochlagerung - titrierende Sauerstoff-Insufflation (SpO₂ 94 - 98 %) - RR_{syst} > 220 mmHg / RR_{diast} > 120 mmHg: Senkung mittels Urapidil i.v. Zielwert: 180 - 200 mmHg systolisch - RR_{syst} < 120 mmHg: i.v.-Volumengabe (500 ml VEL; Cave: Herzinsuffizienzzeichen) - BZ unter 60 mg/dl bzw. 3,3 mmol/l: 8 - 12 g Glukose i.v.
Transportziel	Voranmeldung an geeignetem Transportziel (Stroke Unit): Angaben zu Symptomen, Symptombeginn, Vormedikationen, Vorerkrankungen, Patientenalter und Kontaktmöglichkeiten zu Angehörigen erfassen Der Einsatz eines RTH zur Verkürzung der Prähospitalzeit muss früh erwogen werden.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Sepsis

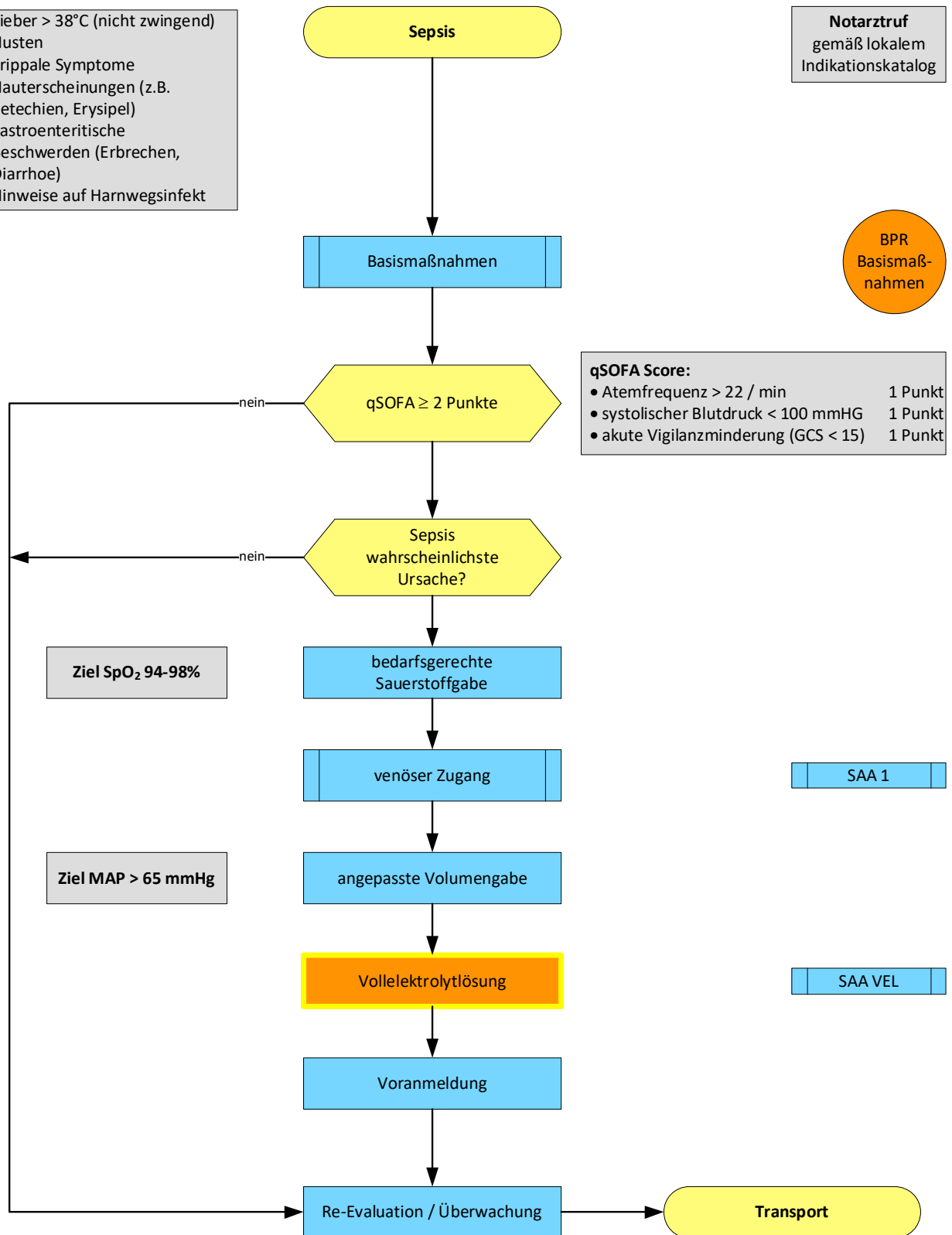
ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021
Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



- Fieber > 38°C (nicht zwingend)
- Husten
- grippale Symptome
- Hauterscheinungen (z.B. Petechien, Erysipel)
- gastroenteritische Beschwerden (Erbrechen, Diarrhoe)
- Hinweise auf Harnwegsinfekt

Notarzttruf
gemäß lokalem Indikationskatalog

BPR
Basismaßnahmen



Erläuterungen

Vorbemerkung

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 hiervon 138 Fälle und mit Schockgeschehen 40 Fälle pro 100.000 Einwohner. Die Sepsis stellt die zweithäufigste Tracer-Diagnose in Notaufnahmen dar, mit dem Rettungsdienst wurden hiervon 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 wurden neue Kriterien 2016 auf dem Jahreskongress der Society of Critical Care Medicine in Orlando vorgestellt, welche zudem im JAMA veröffentlicht wurden (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).

qSOFA-Score

Im Wesentlichen wurden hier die SIRS-Kriterien als zu unspezifisch gesehen und von einem neuen Score, dem SOFA-Score (Sepsis Related Organ Failure Assessment), 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)

Kriterien 2 bis 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-prozentiges Letalitätsrisiko).

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

- zunehmende respiratorische Insuffizienz mit Tachypnoe
- zunehmende Erschöpfung
- Agitiertheit
- Bewusstseinsminderung 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 sogenannten „Sepsis-Kits“ wird momentan wissenschaftlich begleitet getestet.

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.

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR) **Stromunfall**

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
 Stand: 31.03.2021
 Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



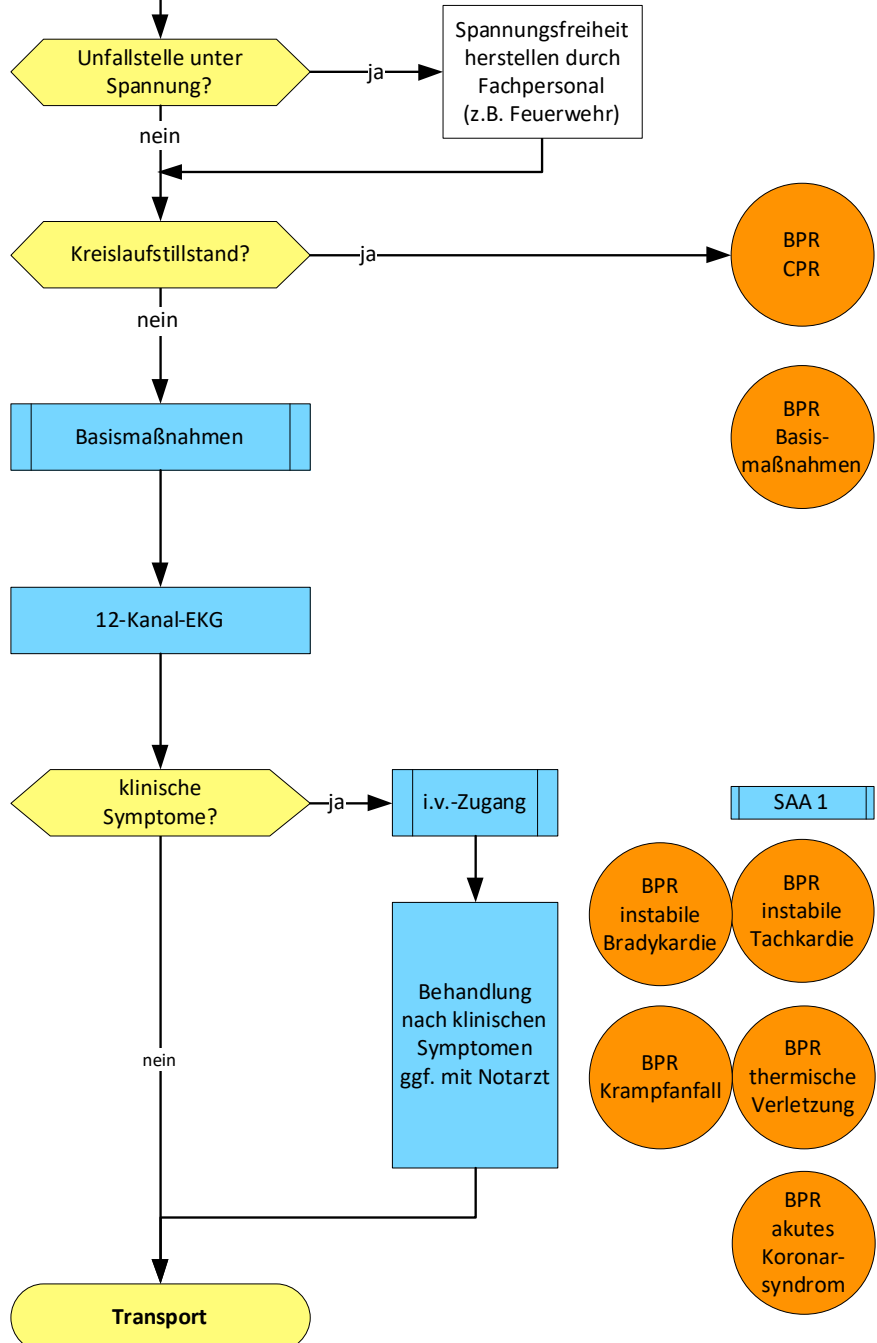
Eigenschutz
 Sicherheitsabstand
 Abschalten der Spannungsquelle



Stromunfall

Notarzttruf
 gemäß lokalem
 Indikationskatalog

Eigenschutz:
 nach VDE-Regel
Sicherheitsabstand:
Niederspannung < 1.000 V
 • 1 Meter
Hochspannung > 1.000 V
 • 5 Meter



klinische Symptome:
 • Strommarken
 • Herzrhythmusstörungen
 • Myalgien
 • Krampfanfall
 • neurologische Ausfälle
 • Verbrennungen
 • Weichteilverletzungen

SAA 1

Erläuterungen

Stromunfall

Grundregel bei Umgang mit Strom

Definition: Als Stromunfall wird eine Verletzung durch die Einwirkung elektrischen Stromes bezeichnet. Das Verletzungsausmaß variiert stark und hängt von den Faktoren Stromart, Kontaktdauer, Stromstärke, Kontaktfläche und Weg des Stromes durch den Körper ab.
Das Verletzungsausmaß kann von lokalisierten Kutisläsionen bis hin zur Verkohlungs ganzer Gliedmaßen reichen.

Ohmsches Gesetz: Wärme entsteht bei Stromdurchfluss in Abhängigkeit von Widerstand.

Der Stromfluss folgt in der Regel dem geringsten Widerstand, dadurch Verletzungen von Hautweichteilgeweben insbesondere an Ein- und Austrittsstellen. Aufgrund des hohen Widerstands der Knochen fließt der Strom am Knochen entlang. Hier entstehen Schäden der tiefen muskulären Strukturen. Bei Eintritt in der oberen Körperhälfte fließt der Strom häufig durch das Herz. Resultat: Schwere Herzrhythmusstörungen und Nekrosen.

Auf zellulärer Ebene kommt es zu Schädigung der Zellmembranen durch Elektroporation und Elektrodenaturierung von Aminosäuren.

Eigensicherung: Rettung je nach Spannungsart

Niederspannung (< 1.000 V)

- Sicherung entfernen
- Netzstecker ziehen
- Gerät ausschalten
- Isolierung durch geeigneten Standort

Hochspannung (> 1.000 V) Gefahr durch Spannungsüberschlag durch Luft (Blitz)

- Abstand halten – keine voreiligen Rettungsversuche
- Fachdienste verständigen, Maßnahmen nur durch Fachpersonal
- Freischalten
- Sicherung gegen Wiedereinschalten
- Feststellung der Spannungsfreiheit
- Erden und Kurzschließen
- Benachbarte Spannungsträger abdecken

Sicherheitsabstände: **Niederspannung**

1 Meter

Hochspannung Gefahr durch Spannungsüberschlag durch Luft (Blitz)

5 Meter

Behandlungspfad Rettungsdienst (BPR)

Thermische Verletzung

ÄLRD in Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt
Stand: 31.03.2021

Nächste geplante Überarbeitung: Juli 2023



Unterkühlung vermeiden!

- Inhalationstrauma
- ab 30% VKOF

Notarzttruf
gemäß lokalem
Indikationskatalog

thermische Verletzung

Basismaßnahmen

BPR
Basis-
maßnahmen

Kühlung beenden

i.v.-Zugang

SAA 1

Vollelektrolytlösung

SAA VEL

ggf. Analgesie

BPR
starke
Schmerzen

Wärmeerhalt

Abschätzung der VKOF

Abschätzung der VKOF mit der Handflächenregel:

Die Fläche einer Hand (des Betroffenen) entspricht einem Prozent seiner Körperoberfläche (KOF)

steriles Abdecken (trocken) der Wunden

Zuweisung nach
regionalem Konzept

Transport

Erläuterungen

Unter thermischen Verletzungen versteht man eine durch thermische Einflüsse ausgelöste schwere Schädigung der Haut und tiefergelegene Gewebe. Thermische Verletzungen zählen zu den schwersten und mit ihren Folgen auch zu den nachhaltigsten Traumata. Meist handelt es sich 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.

Spez. präklinische Therapie

- keine Aktive Kühlung durch med. Fachpersonal
- bereits durchgeführte Kühlung beenden
- i.v.-Zugang (ggf. 2. Zugangs), vorzugsweise in nicht verbrannte Hautareale, ggf. i.o.-Zugang
- kritische Überprüfung der Indikation zur invasiven Atemwegssicherung
- keine Cortison Gabe in jeglicher Form

Hypothermieprophylaxe

- Normothermie ist ein prognostisch günstiger Faktor für den Behandlungsverlauf und hat einen positiven Einfluss auf das Gesamtüberleben. Als Risikofaktor gelten Analgosedierung und Beatmung.
- Thermomonitoring
 - Vorheizen des Rettungsmittel
 - vorgewärmte Infusionen
 - aktive Einweg-Wärmedecken

Analgesie

- Eine Reduktion von Schmerzen kann durch supportive und / oder medikamentöse Maßnahmen erzielt werden. Analgesie dient zur Drosselung der reflektorischen sympathoadrenalen Stimulation. Ab Verbrennung dritten Grades sind Schmerzen nicht so stark ausgeprägt oder nicht vorhanden (niedriger Analgetikabedarf).
- bis zu einer VKOF von 15 %: bei Bedarf Monotherapie mit einem Analgetikum
 - ab einer VKOF von 15 % und bei hämodynamisch instabile Pat.: Esketamin/Midazolam

Volumentherapie

- Für die kalkulierte Volumentherapie in der Präklinik werden zur Vereinfachung und zur Vermeidung einer Überinfusion eine orientierende Volumenmenge angegeben. Balancierte, kristalloide Infusion (angewärmt):
- Erwachsene: max. 1l/h
 - Kinder: 10 ml/kg/KG/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) soll als Anzeichen eines Inhalationstraumas gewertet werden.

Bedenke V.a. CO Intoxikation.

Bei Bronchialobstruktion Gabe von β -Sympathomimetika.

Siehe auch:

S2k-LL „Behandlung thermischer Verletzungen des Erwachsenen“; AWMF-Nr. 044-001; Stand: 01.08.2018