



in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft  
der niedersächsischen Rettungsdienstschulen (LAG-RD)

# **NUN**

# **Algorithmen**

## **2022** Version 1.1

veröffentlicht als Empfehlung des  
Landesausschusses Rettungsdienst Niedersachsen (LARD)

# „NUN - Algorithmen“

## zur Aus- und Fortbildung und als Grundlage zur Tätigkeit von Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitätern in Niedersachsen

### Jahrgang 2022\* Version 1.1

(NUN = Niedersächsische Umsetzung Notfallsanitätergesetz)

- Die nachfolgenden Algorithmen stellen eine einheitliche **niedersächsische Schulungsgrundlage für Notfallsanitäter(innen)** dar und werden vom **Landesverband ÄLRD** (Ärztliche Leitung Rettungsdienst) **Niedersachsen/Bremen** in Zusammenarbeit mit der Landesarbeitsgemeinschaft Rettungsdienstschulen regelmäßig jährlich aktualisiert. Die **Veröffentlichung** erfolgt über das Kultusministerium, Landesschulbehörde und den Landesausschuss Rettungsdienst.

- Die **vorliegenden Algorithmen** stellen somit den **grundsätzlichen Befähigungsrahmen in der Aus- und Fortbildung** (Ausbildungsziel) **und für die Anwendung im Rettungsdienst** dar. Durch fachspezifische Aus- und regelmäßige Fortbildung muss durch die Anwendenden der erforderliche grundlegende Wissensstand gewährleistet und beachtet werden.

- Die **regionale Verantwortung** (SOP) obliegt der **zuständigen Ärztlichen Leitung Rettungsdienst**. Daher sind bei der Anwendung von Medikationen und Maßnahmen (besonders invasive Maßnahmen) immer die **regionalen Protokolle (SOP etc.)** der zuständigen **ÄLRD verbindlich**. *Hiervon ausgenommen sind Tätigkeiten nach § 2a NotSanG.*

- Alle Empfehlungen basieren auf dem Algorithmus „Ersteindruck/Erstuntersuchung (cABCDE-Schema)“. In diesem Bereich sind die Empfehlungen „symptomorientiert“. Ggf. werden zusätzliche spezielle Versorgungspfade, basierend auf Arbeitshypothesen, verknüpft.

- Grundsätzlich sind Leitlinieninhalte, Empfehlungen etc. eingearbeitet und durch die ÄLRD des LV Niedersachsen/Bremen für die Anwendung/Delegation an Notfallsanitäter(innen) bewertet worden.

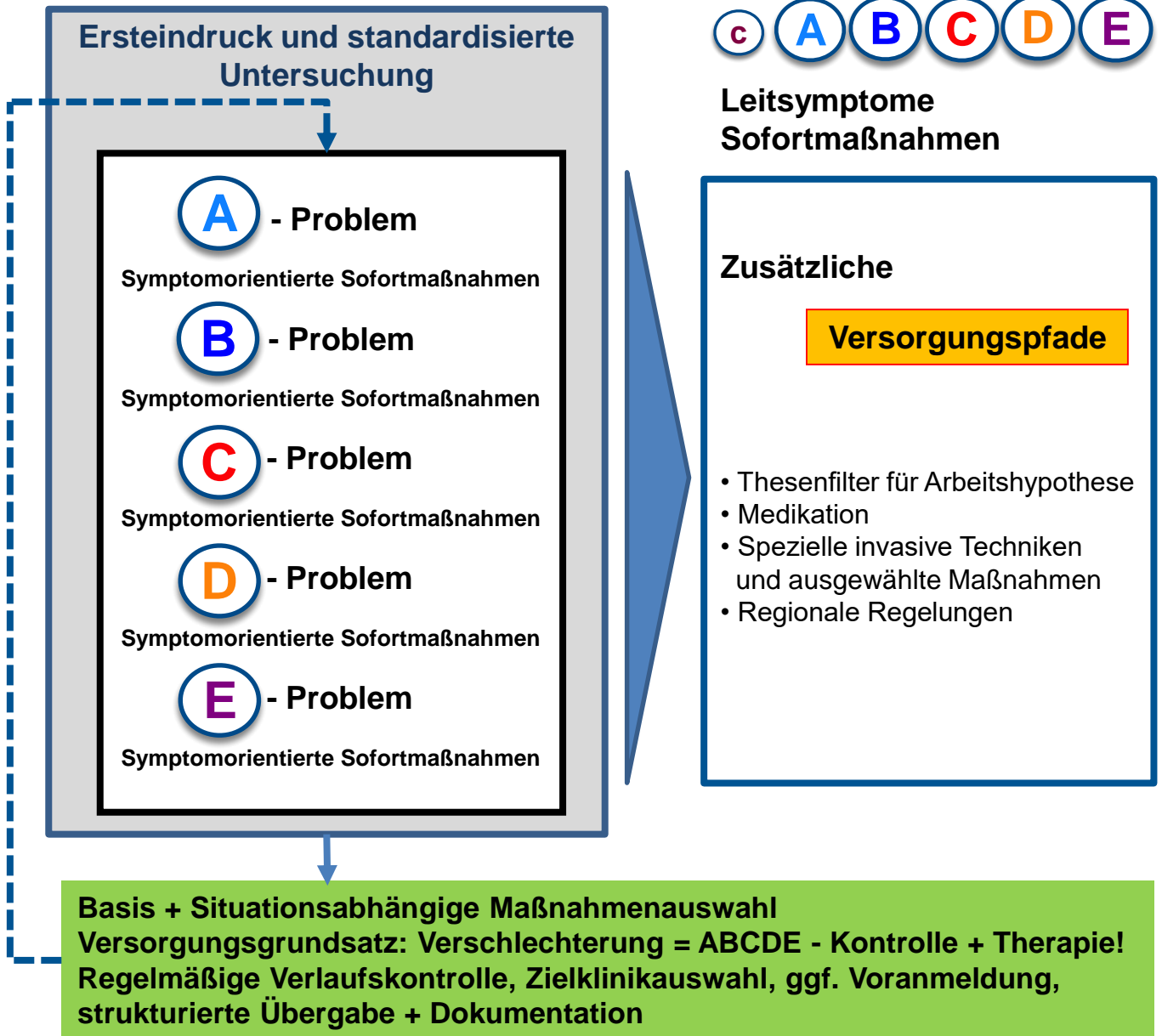
- Alle gelben Felder enthalten Medikamentenbeispiele bzw. invasive (erweiterte) Techniken, welche regional definiert und beachtet werden müssen. Schraffierte gelbe Felder unterliegen hierbei weiteren Besonderheiten (z. B. BtM etc.) → regionale Regelung!

- Die Nachalarmierung eines Notarztes / einer Notärztin bei Notwendigkeit erweiterter Maßnahmen unterliegt regionalen Vorgaben sowie der aktuellen Verfügbarkeit im Einsatzfall. Dies erfordert somit bei Nichtdurchführung eine sinnvolle Begründung basierend auf einer kritischen Einzelfallabwägung. Bei vitaler Bedrohung ist die schnellstmögliche Übergabe in (not)ärztliche Behandlung anzustreben.

AG NUN (Arbeitsgruppenleitung: Prof. Dr. A. Flemming)  
Vertreter und Vertreterinnen des LV ÄLRD Niedersachsen/Bremen  
Landesarbeitsgemeinschaft der niedersächsischen Rettungsdienstschulen (LAG-RD)  
Landesausschuss Rettungsdienst (LARD)

## INHALTSVERZEICHNIS (Änderungen in blau)

	Seite
Einleitung und wichtige Anmerkungen	01
Inhaltsverzeichnis	01a
Grundstruktur der NUN-Algorithmen	02
Ersteindruck + standardisierte Untersuchung (cABCDE-Schema)	03
Versorgungspfad (1) • Lebensbedrohliche externe Blutung	04
A - Problem • Symptomorientierte Sofortmaßnahmen	05
Versorgungspfad (2) • Fremdkörperentfernung	06
Versorgungspfad (3) • Erweiterte (invasive) Atemwegssicherung	07
B - Problem • Symptomorientierte Sofortmaßnahmen	08
C - Problem • Symptomorientierte Sofortmaßnahmen	09
D - Problem • Symptomorientierte Sofortmaßnahmen	10
E - Problem • Situationsabhängiges Teammanagement und Prioritäten	11
Versorgungspfad (4) • Obstruktive Atemnot	12
Versorgungspfad (5) • CPR	13
Versorgungspfad (6) • Akutes Koronarsyndrom (ACS)	14
Versorgungspfad (7) • Kardiales Lungenödem	15
Versorgungspfad (8) • Hypertensiver Notfall	16
Versorgungspfad (9) • Lungenembolie (LAE)	17
Versorgungspfad (10) • Lebensbedrohliche Bradykardie kardialer Ursache	18
Versorgungspfad (11) • Lebensbedrohliche Tachykardie kardialer Ursache	19
Versorgungspfad (12) • Allergischer Schock (Grad 2 + 3)	20
Versorgungspfad (13) • Sepsis	21
Versorgungspfad (14) • Hypoglykämie	22
Versorgungspfad (15) • Status generalisierter tonisch-klonischer Anfall (SGTKA)	23
Versorgungspfad (16) • Schlaganfall	24
Versorgungspfad (17) • Thermischer Schaden	25
Versorgungspfad (18) • Intoxikation	26
Versorgungspfad (19) • Medikamentöse Analgesie - Stärkste Schmerzen	27
Versorgungspfad (20) • Akute respiratorische Insuffizienz (ARI)	28
Anhang NUN-Algorithmen:	
Empfehlung zur strukturierten Übergabe	
von Notfallpatienten in den Notaufnahmeeinrichtungen der Kliniken	29a
Abkürzungsverzeichnis	29b



Das Erkennen und die Therapie von cABCDE-Problemen erfolgt als standardisiertes Stufenkonzept mit grundsätzlich steigender Komplexität und Invasivität.

Die Auswahl eines zusätzlichen Versorgungspfades erfolgt über eine Arbeitshypothese, welche mittels Thesenfilter gefestigt wird. Im begründeten Zweifelsfall ist von der Einleitung von speziellen (invasiven) Versorgungsmaßnahmen eines Versorgungspfades abzusehen.

Bezüglich delegierter Medikamentenauswahl, Dosis und Applikationsart entscheidet die Ärztliche Leitung Rettungsdienst in einem regionalen Protokoll.

# Ersteindruck + standardisierte Untersuchung (cABCDE-Schema)

4 S

## Sicherheit und Beurteilung der Einsatzstelle

- ✓ Persönliche Schutzausrüstung ausreichend?
- ✓ Gefahren an der Einsatzstelle, z.B. Hinweis auf CO Vergiftung? - **Gefährdungslage?**
- ✓ Entspricht die Lage, Patientenanzahl dem Alarmierungsbild?
- ✓ Weitere Kräfte oder Ausrüstung erforderlich?
- ✓ **Sofortige Nachforderung** / Rückmeldung erforderlich?

## Ersteindruck / Ersteinschätzung

- ▶ Gesamteindruck - vitale Bedrohung sofort erkennbar? Altersgruppe / Besonderheiten / Umgebung?
- ▶ **Lebensbedrohliche externe Blutung? Priorität sofortige Blutstillung (c = critical bleeding)!**
  - ▶ ggf. **Versorgungspfad 1 Lebensbedrohliche externe Blutung! (S. 4)**
- ▶ **Stimulation** und ggf. Oberkörper entkleiden (**Stripping**) zur AB-Beurteilung
- ▶ Schnelleinschätzung Bewusstsein: z.B. **WASB** (Wach, Reaktion nur auf Ansprache, Reaktion nur auf Schmerzreiz, reaktionslose Bewusstlosigkeit)

C

## Soforttherapie nach Befund

Atemweg frei und sicher?

N

- Atemweg freimachen
- Situationsabhängige Atemwegssicherung
- ggf. **MILS: Manuelle Inline Stabilisierung**

Belüftung ausreichend?

N

- Initial hochdosierte Sauerstoffgabe
- Assistierte / kontrollierte Beatmung
- Medikamenteninhaleation (s. Leitsymptomalgorithmus)
- Thoraxentlastungspunkt (nur bei vitaler Indikation und erfüllten Entlastungskriterien)

Kreislauffunktion ausreichend?

N

- Blutstillung (lebensbedrohliche Blutung) s.o.
- CPR bei Kreislaufstillstand
- Situationsabhängig: Volumen, ggf. Katecholamine
- Suche nach Anzeichen für nicht stillbare (innere) lebensbedrohliche Blutung od. lebensbedrohliche Verletzung Ziel: Erkennen der Transport-Versorgungsprioritäten
- Immer bei generalisiertem Traumamechanismus
- z.B. STU = schnelle Traumauntersuchung ITLS®)

Neurologie und Bewusstseinslage?

- **Immer bei:** < **Wach** in der Ersteinschätzung (WASB)!
- GCS, Pupillen, BZ, DMS, Neurologie (**G-FAST** etc.)
- Leitsymptom, Arbeitshypothese, + ggf. Versorgungspfad

Erweiterte Untersuchung

- Eigen- Fremdanamnese (SAMPLER♀S, VAS, HITS+Hs, **G-FAST** etc.)
- Wärmeerhalt
- Situationsabhängig:**
- Systematische / gezielte Untersuchung
- bedarfsgerechte Entkleidung
- Monitoring vervollständigen
- Asservierung von Giftstoffen
- Leitsymptom, Arbeitshypothese, Versorgungspfad - Analgesie

ABC - Problem? Soforttherapie, Teameinteilung, situationsgerechte Nachforderung NA!\*

ÄBD = Ärztlicher Bereitschaftsdienst  
HA = Hausarzt

**Versorgungsgrundsatz:** Verschlechterung = Unverzögliche ABCDE-Kontrolle und Therapie!

**Leitsymptom(e)** erheben, ggf. **Arbeitshypothese** eingrenzen und speziellen **Versorgungspfad** anwenden.

Alle Probleme entsprechend Priorität und Zeitfaktor behandeln!

**Basis:** ABCDE-Therapie, (spezielle) Lagerung, Ruhigstellung, z.B. **MILS**, psychologische Betreuung, **zeitgerechter Transport**, ggf. Voranmeldung. Regelmäßige Verlaufskontrolle, **erneute Beurteilung (Re-Assessment)**, Dokumentation, strukturierte Übergabe

**Situationsabhängig:** Notarztanforderung, Monitoring, situationsangepasste Sauerstoff-Gabe, Gefäßzugang, Infusion und Medikation (ggf. Leitsymptom- oder Verdachtsdiagnosealgorithmus) Übergabe in ärztliche Behandlung (ÄBD, HA)

Notarztindikation bei Notruf in der Leitstelle: Beachte regionale Vorgabe, LARD Empfehlung NA -Katalog

# Versorgungspfad 1 • Lebensbedrohliche externe Blutung

Eintreffen und standardisierte Erstuntersuchung

c ABC - Situationsabhängig Basismaßnahmen

Lebensbedrohliche externe Blutung

Lebensbedrohliche externe Blutungen sollen frühzeitig erkannt werden (Ersteinschätzung)

- Die Blutstillung hat **Priorität** und wird als **kleines c** (critical bleeding) **vorgezogen – Prioritätenanpassung!**
- Ggf. **Delegation** und ABC parallel fortführen
- NA-Ruf: Regionale Vorgaben



- ggf. situationsabhängig „Hochlagern“ (z.B. venöse Blutung), „Abdrücken“ (z.B. direkte Kompression nicht möglich)

Schnellstmögliche direkte **manuelle Kompression** (geeignete Komresse!) ggf. zusätzliche blutstillende Komresse(n) oder Tamponaden (z.B. Körperstamm- oder stammnahe Verletzung) Situationsabhängig (mehrfacher) **Druckverband**

Wenn aus Gründen der Einsatzsituation nicht möglich:

**Situationsabhängig primäres (taktisches) Tourniquet erwägen** - „zu wenig Hände“ - Mehrere aktive kritische Wunden (an einem Pat.)

- MANV - Schlechte Sicht - Nacht oder eingeklemmte Person
- Gefahr für Einsatzkräfte durch die Umgebung, ggf. Schnellrettung.

- Situationsabhängig Konversion (Druckverband etc.) erwägen, sobald **taktische Situation** bewältigt. NA anwesend.

Erfolg?

N

J

**Extremitäten Anlage Tourniquet**

Beachte besonders Anlageort (mind. 5 cm proximal) und ausreichende Kompressionsstärke! Gefahr der Stauung mit Blutungsverstärkung. Suffiziente Analgesie

**Analgesie**

**Esketamin i.v. / i.o.**

0,125 - 0,25 mg / kgKG

**Ggf. Sedierung:** Midazolam i.v. /

i.o. Erwachsene 1 - 2 mg (RDE)

Kinder 1 mg (RDK)

Rescuemedikation (MAD)

Esketamin 0,5-1mg i.n. (max. 50 mg)

**Beachte:**

Varizenblutungen und Shuntblutungen sind regelhaft keine Indikation für ein Tourniquet, da mit (Druck)Verband zu kontrollieren! Ein Tourniquet bei „offener Fraktur“ ist eine Ultima Ratio und somit ein zu begründender Ausnahmefall.

Erfolg?

ABCDE fortführen  
Prioritäten + Maßnahmen

Übergabe  
(not)ärztliche Weiterversorgung  
Transport in Klinik  
Übergabe mit Zeitpunkt der Anlage

- Anlage korrekt? Tourniquet überprüfen / korrigieren: Sistieren der Blutung? Kein peripherer Puls (falls möglich)? Anhaltende Blutung: 2. Tourniquet anlegen

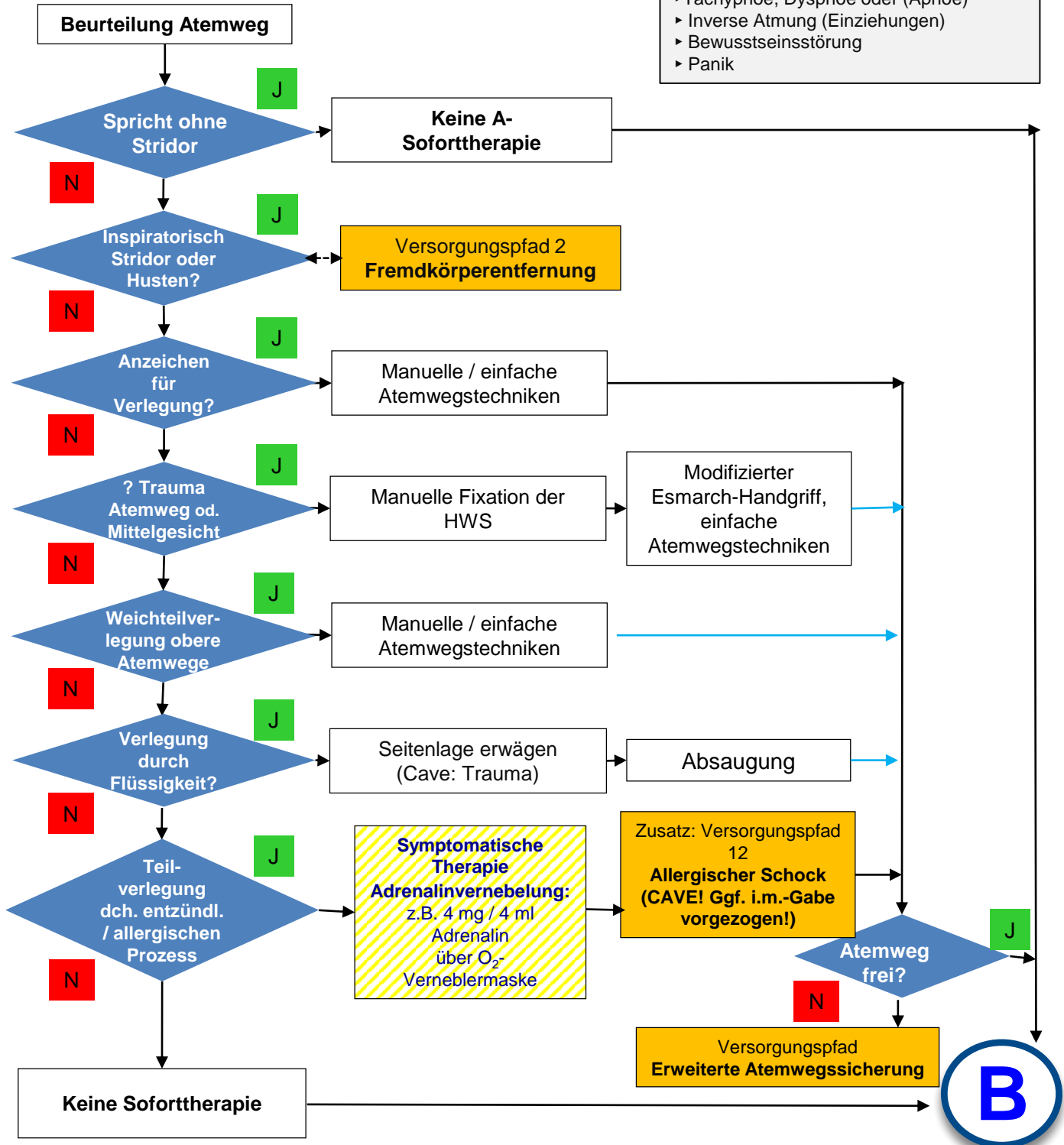


# A - Problem

## Symptomorientierte Sofortmaßnahmen

Anzeichen für A-Problem im Ersteindruck:

- Zyanose
- Stridor, Nasenflügeln (Säugling), Husten
- Tachypnoe, Dyspnoe oder (Apnoe)
- Inverse Atmung (Einziehungen)
- Bewusstseinsstörung
- Panik





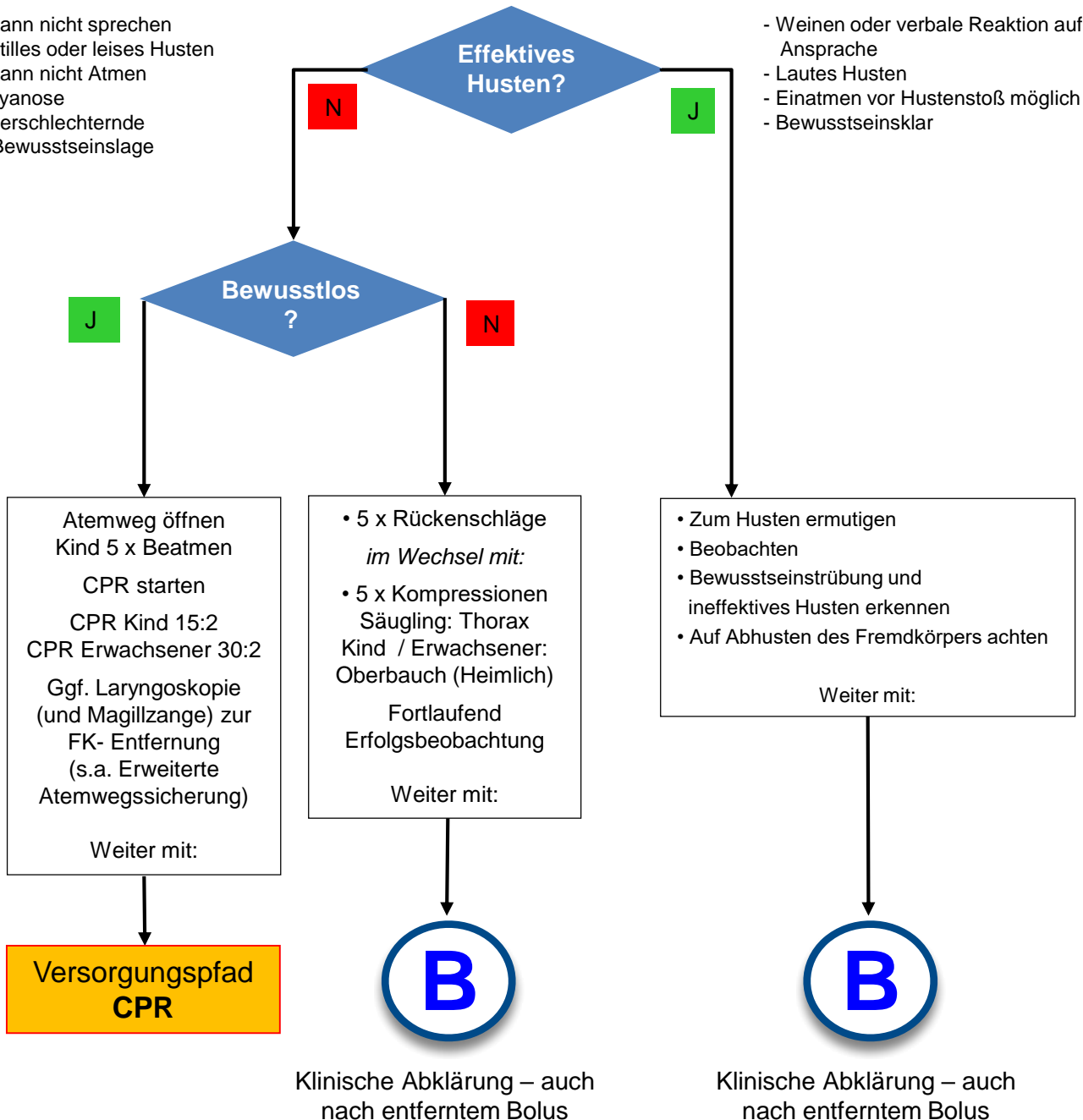
## Versorgungspfad 2 Fremdkörperentfernung

Arbeitshypothese festigen  
(bspw.: Kehlkopfschwellung / -trauma; Epiglottitis)  
Hinweise ermitteln, beachte besonders:

- Situation / Ereignis / Dynamik
- Fremdanamnese (Zeugenaussagen)
- Altersgruppe / Vorerkrankungen / Fieber

- Kann nicht sprechen
- Stilles oder leises Husten
- Kann nicht Atmen
- Zyanose
- Verschlechternde Bewusstseinslage

- Weinen oder verbale Reaktion auf Ansprache
- Lautes Husten
- Einatmen vor Hustenstoß möglich
- Bewusstseinsklar



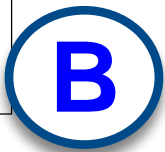
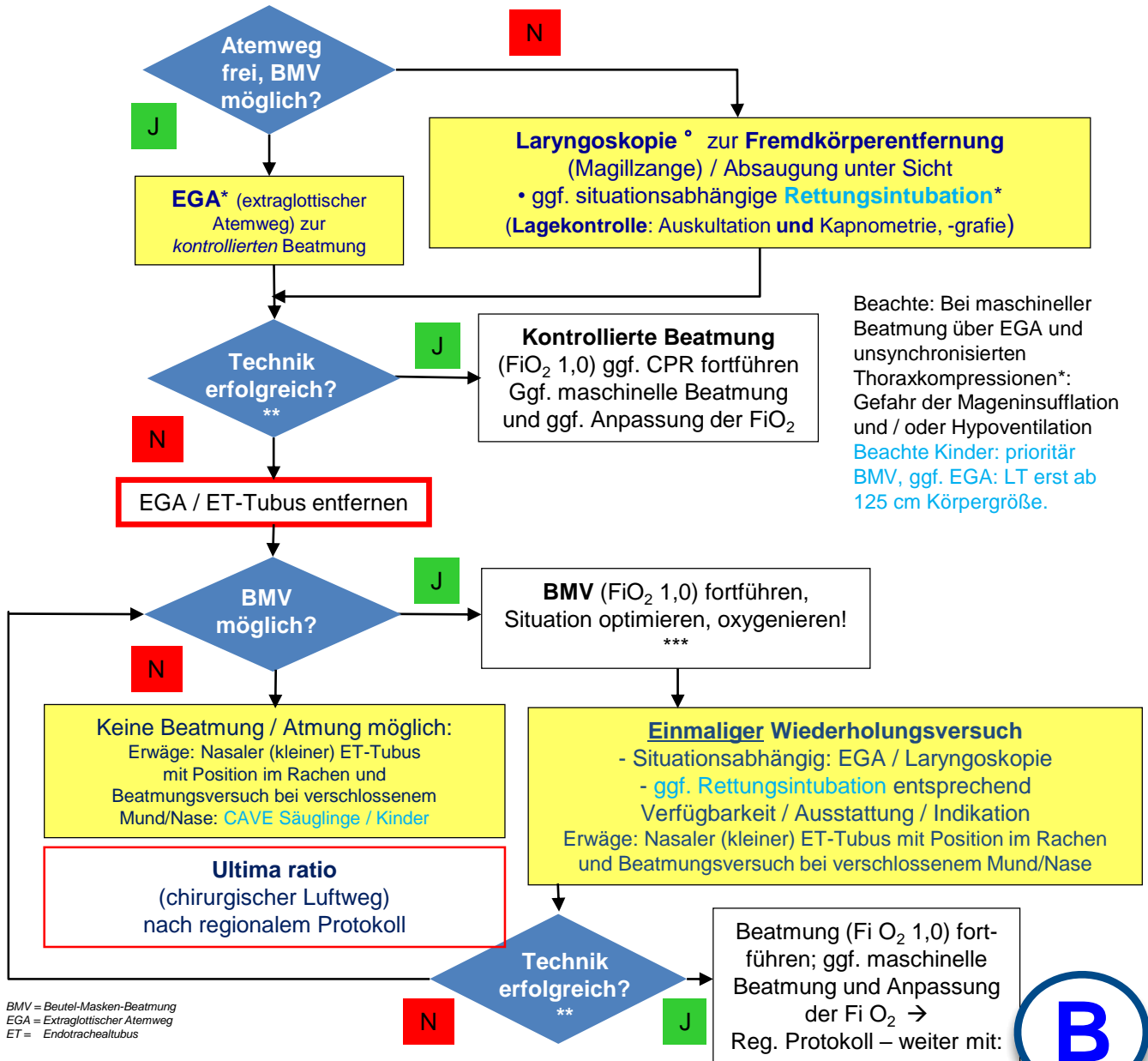




# Versorgungspfad 3

## Erweiterte (invasive) Atemwegssicherung

Manuelle / einfache Techniken: (modifizierter) Esmarch-Handgriff, Guedel-, Wendeltubus, Absaugen von Flüssigkeiten, Apnoe / Hypoventilation: **Sauerstoffbeatmung  $FiO_2$  1,0** (Beutelmaskenbeatmung (BMV), ggf. Zwei-Handtechnik) **beginnen**  
Bewusstseinslage: **Bewusstlos ohne Schutzreflexe CPR: Beachte CPR-Protokoll**



° Ausstattungsabhängig primärer Einsatz der Videolaryngoskopie

\* Beachte Zeitfenster: Rettungsintubation bei CPR: max. 5 sec. Unterbrechung der Thoraxkompressionen  
Bei CPR: Falls Bolusgeschehen unwahrscheinlich ist, **initialer** EGA-Einsatz möglich; sonst initial BMV mit manuellen einfachen Techniken. **Cuffdruckmessung besonders bei LT-Einsatz!**

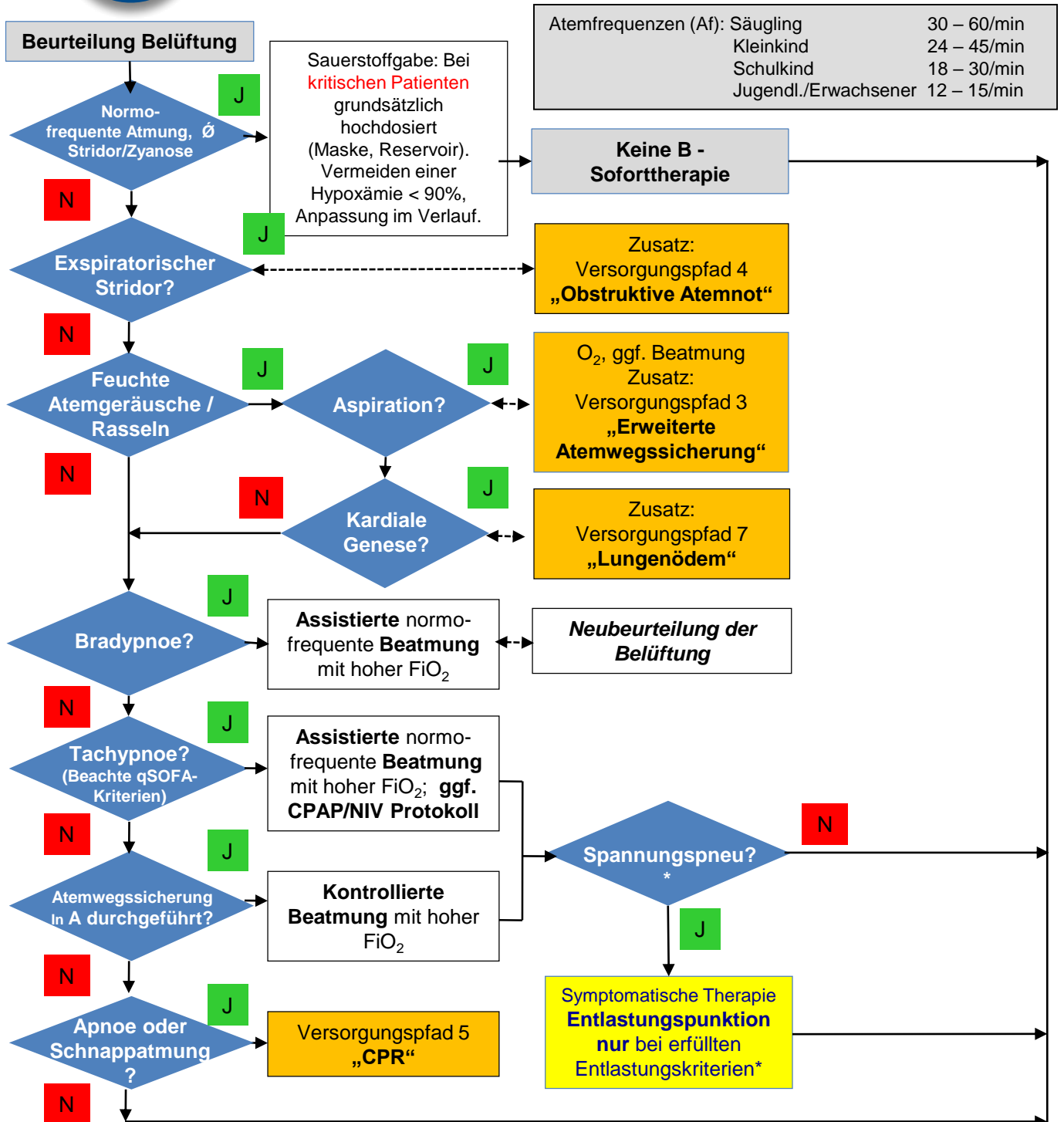
\*\* Lagekontrolle: Auskultation und Kapnometrie / Kapnografie (immer bei invasiver Atemwegssicherung)

\*\*\* Nach zweimaligem Versagen erweiterter Techniken zur Atemwegssicherung: BMV fortführen bis weitere qualifizierte Hilfe (NA) verfügbar.



# B - Problem

## Symptomorientierte Sofortmaßnahmen

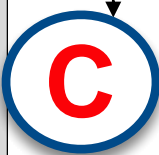


**\* Klinische Anzeichen für Spannungspneu:**

- Dyspnoe / Tachypnoe / Zyanose / SpO<sub>2</sub>↓
- Trachealverlagerung zur Gegenseite
- Hautemphysem • Obere Einflusstauung
- Tachykardie / Hypotension
- Fehlende Atemgeräusche / Hypersonorer Klopfeschall

**+ erfüllte Entlastungskriterien (mind. 2 von 3):**

1. Atemnot / Zyanose
2. Bewusstseinsstörungen durch Hypoxie
3. Fehlender Radialispuls (Kreislaufdepression)





# C - Problem

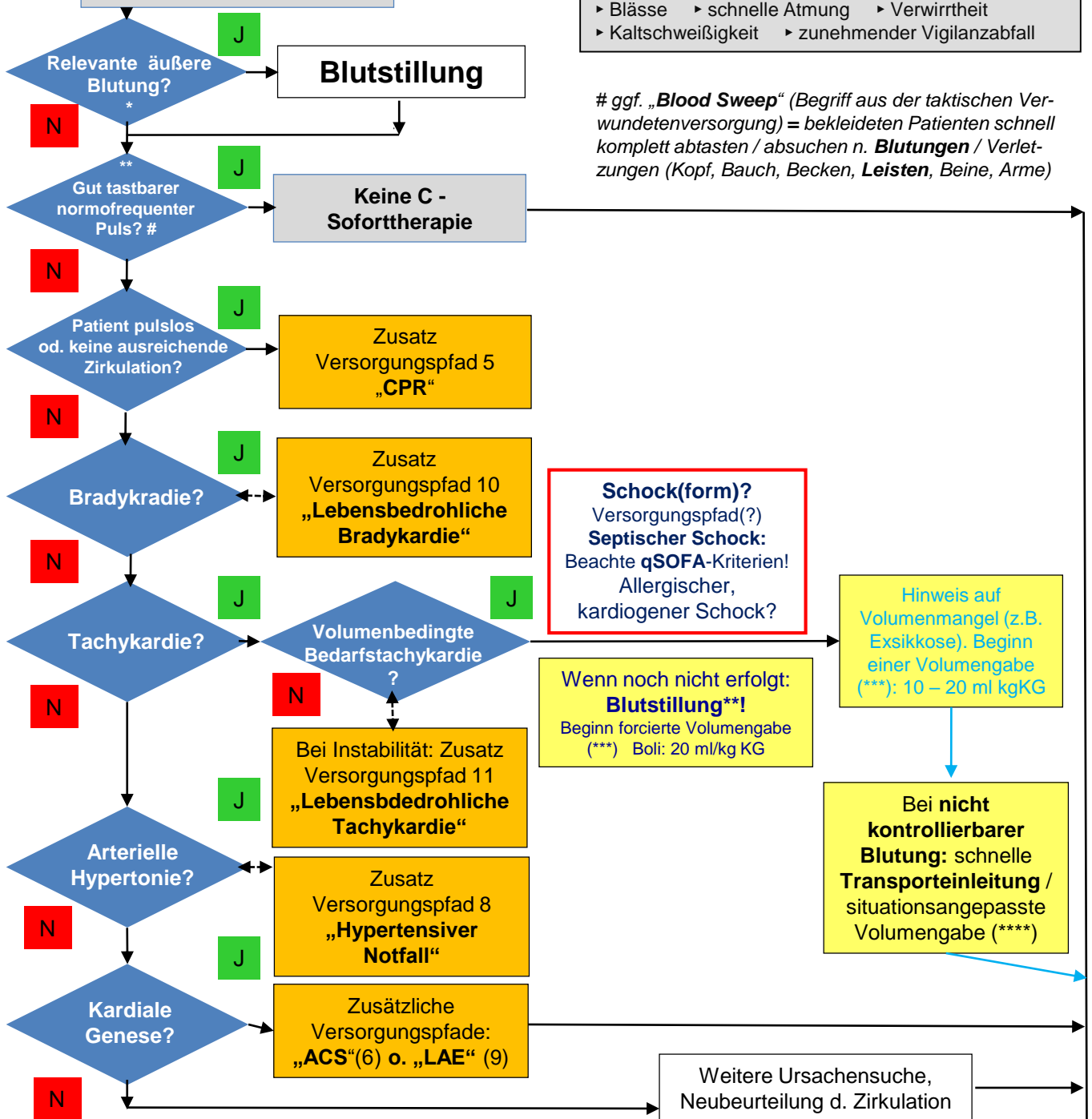
## Symptomorientierte Sofortmaßnahmen

### Beurteilung der Zirkulation

Zeichen für C-Problem im Ersteindruck:

- Blässe ► schnelle Atmung ► Verwirrtheit
- Kaltschweißigkeit ► zunehmender Vigilanzabfall

# ggf. „**Blood Sweep**“ (Begriff aus der taktischen Verwundetenversorgung) = bekleideten Patienten schnell komplett abtasten / absuchen n. **Blutungen** / Verletzungen (Kopf, Bauch, Becken, **Leisten**, Beine, Arme)



\* Lebensbedrohliche Blutungen werden mit Priorität gestillt („c“ / Erkennen bei Ersteinschätzung!)

\*\* Hinweise auf Dekompensationszeichen: Blässe, Schweißigkeit, Rekap(illarisierungs)-Zeit

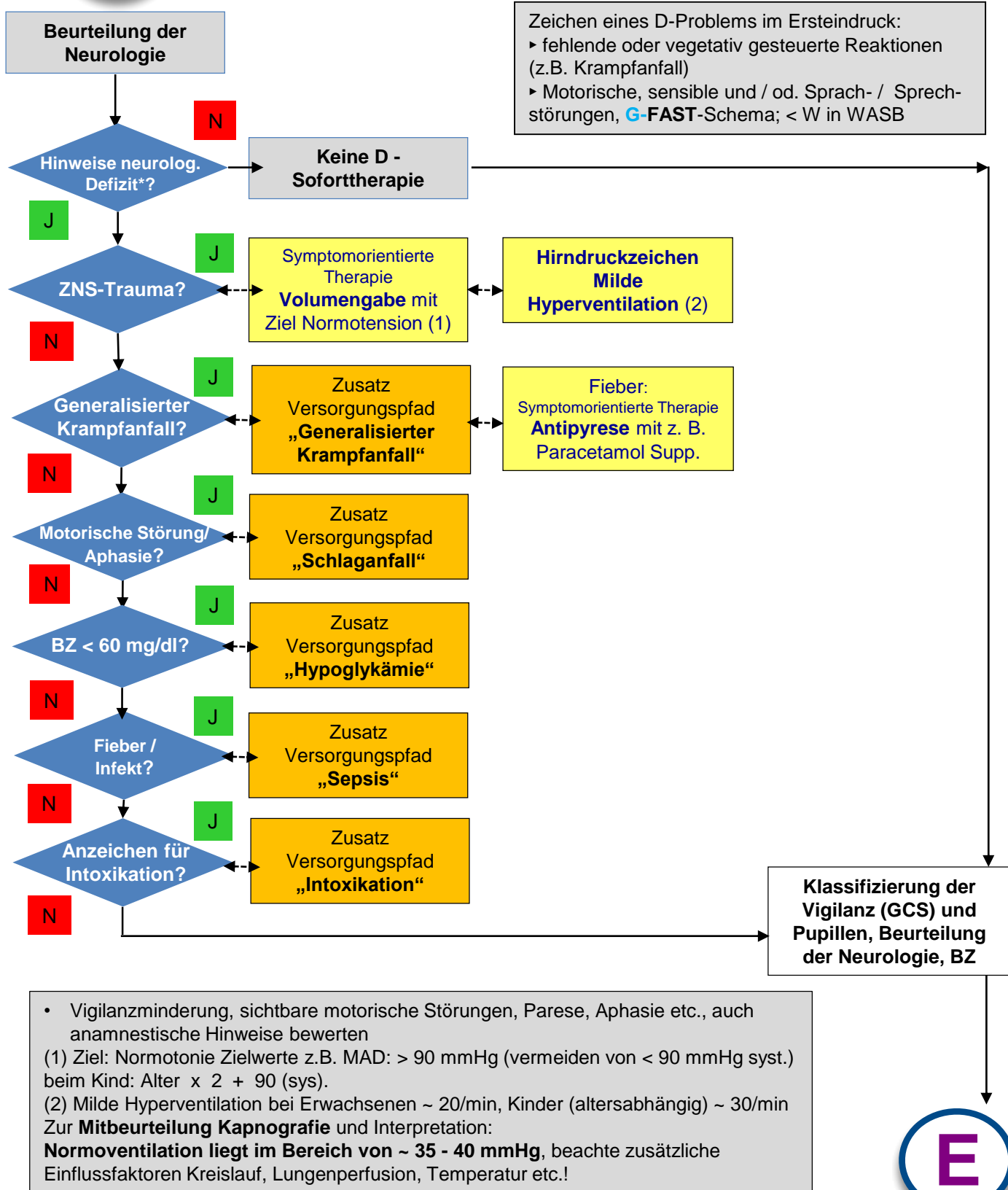
\*\*\* Infusionstherapie mittels balancierter kristalloider Lösungen (z.B. Ionosteril® od. Ringer Acetat®), bis Zeichen einer adäquaten Gewebepfusion erkennbar; ggf. Kolloide / Katecholamingabe durch NA

\*\*\*\* Ziel niedrig stabiles Niveau ~ 90 mmHg syst. MAD 60 mmHg; Bei SHT: Ziel Normotonie (MAD > 90 mmHg), Hypotonie (< 90 mmHg syst.) vermeiden



## D - Problem

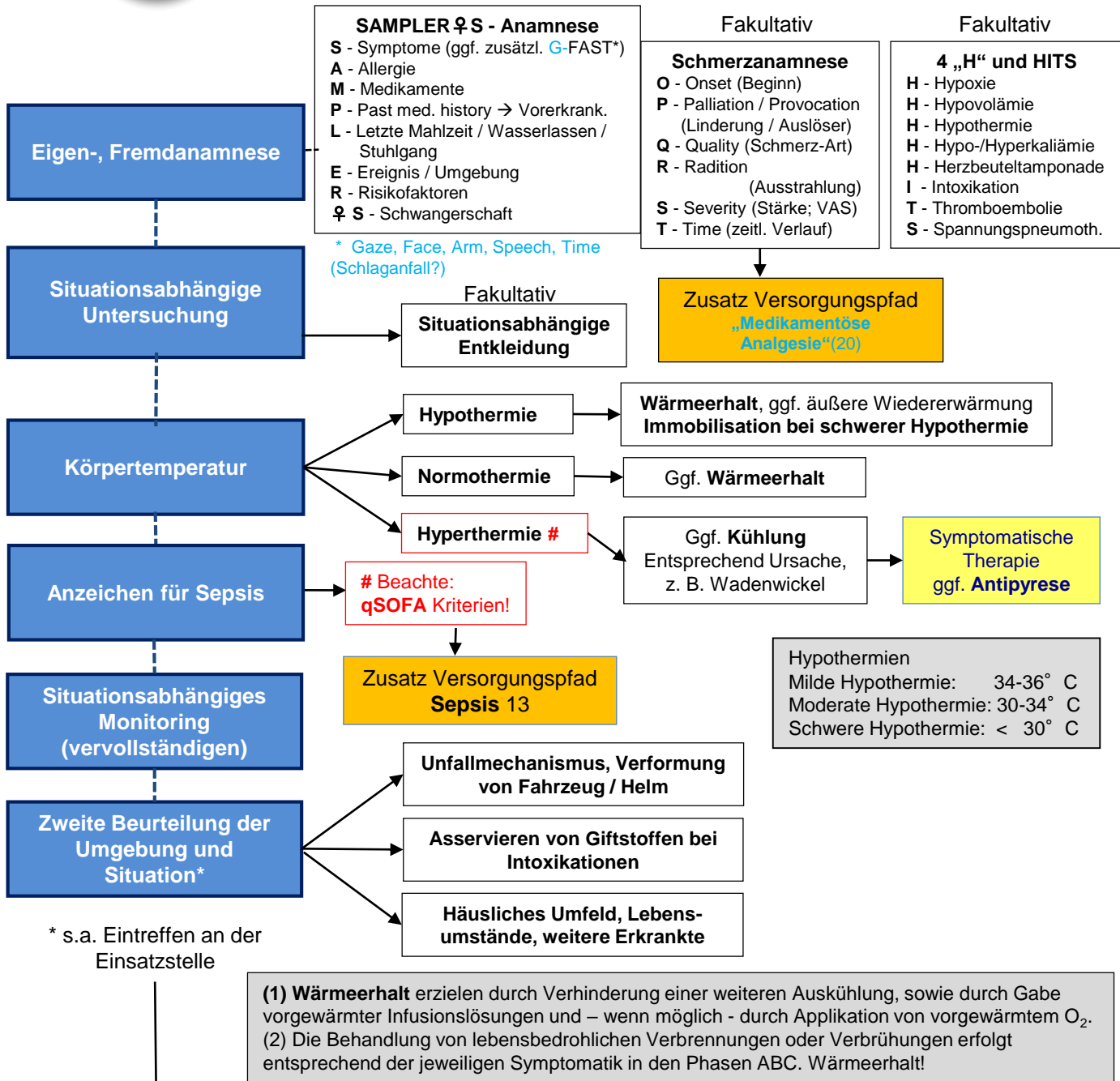
### Symptomorientierte Erstmaßnahmen





# E - Problem

Situationsabhängiges **Teammanagement** und **Prioritäten**  
(Anpassung Umfang / Reihenfolge; ggf. Delegation / paralleles Arbeiten)



**Versorgungsgrundsatz: Verschlechterung = Unverzügliche ABCDE-Kontrolle und Therapie!**

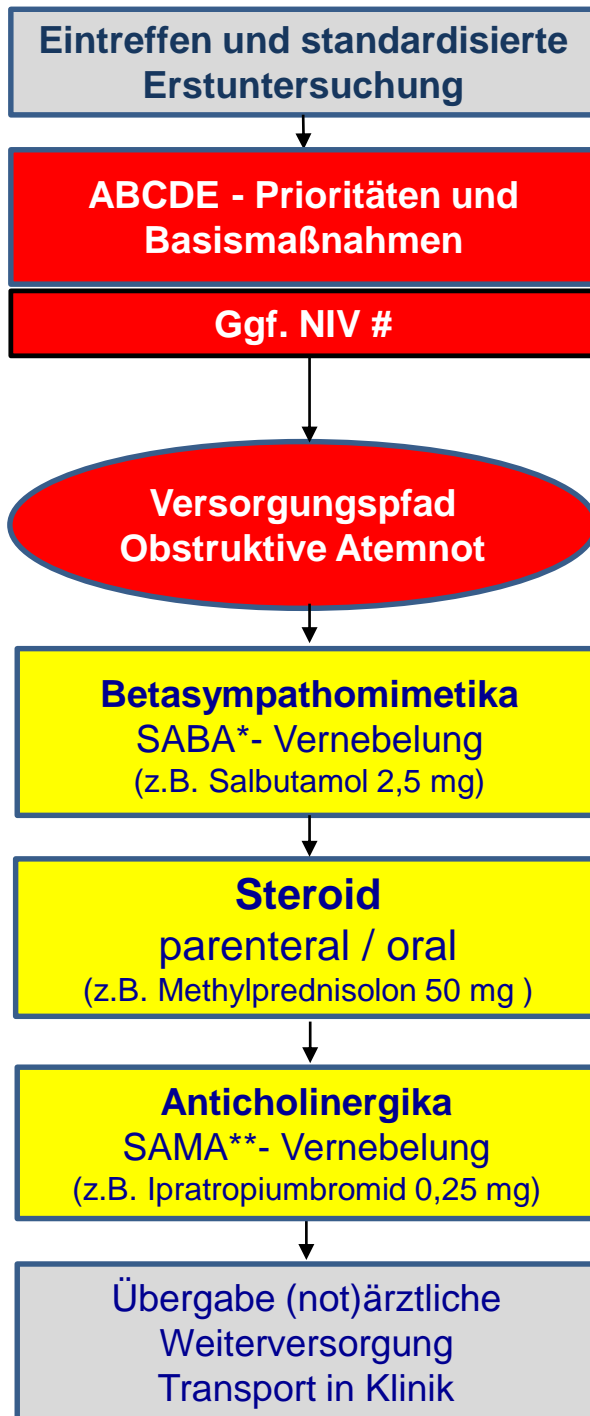
**Leitsymptom(e)** erheben, ggf. **Arbeitshypothese** eingrenzen und speziellen **Versorgungspfad** anwenden.

**Alle Probleme entsprechend Priorität und Zeitfaktor behandeln!**

**Basis:** ABCDE - Therapie (spezielle) Lagerung, Ruhigstellung, z.B. **MILS**, psychologische Betreuung, **zeitgerechter Transport**, ggf. Voranmeldung  
**regelmäßige** Verlaufskontrolle - **erneute Beurteilung (Re-Assessment)**, Dokumentation, strukturierte Übergabe

**Situationsabhängig:** Notarznachforderung, Monitoring, situationsangepasste Sauerstoff-Gabe, Gefäßzugang, Infusion u. Medikation  
(ggf. Leitsymptom- oder Verdachtsdiagnosealgorithmus), Übergabe in ärztliche Behandlung (Ärztlicher Bereitschaftsdienst, Hausarzt)

# Versorgungspfad 4 • Obstruktive Atemnot



**Beachte regionale  
Medikationsprotokolle**

Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):  
Akute (Asthma, Allergie) / chronische  
Obstruktion  
(COPD), Bolus, Allergie, Asthma kardiale

- Ereignis, Situation, zeitlicher Verlauf
- Anamnese, Vormedikation
- Auskultationsbefund

## Beachte

### # Ggf. regionales NIV-Protokoll

- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)
- Angepasste O<sub>2</sub>-Gabe bei COPD**
- 88 - 92% SpO<sub>2</sub>**

## Beachte Warnsignale

- verlängertes Expirium
- Af > 25/ min, SpO<sub>2</sub> < 92%
- Hf > 110/min
- „Silent Lung Phänomen“

\* **SABA**: Short-Acting-β2-Agonist  
= Beta 2 Mimetikum

## • Beachte

- Maximal-Dosis: Salbutamol 5 mg

Ggf. in Kombination mit SAMA  
z.B. Salbuhexal plus

Steigerung auf **100 mg möglich**

\*\*SAMA= Kurzwirksamer  
Muskarinrezeptor-Antagonist

Steigerung auf 0,5 mg möglich  
Ggf. in Kombination mit SABA  
z.B. Salbuhexal plus

## Besserung:

- Verbesserung der Klinik
- Abnahme der Atemfrequenz
- SpO<sub>2</sub> > 92 %

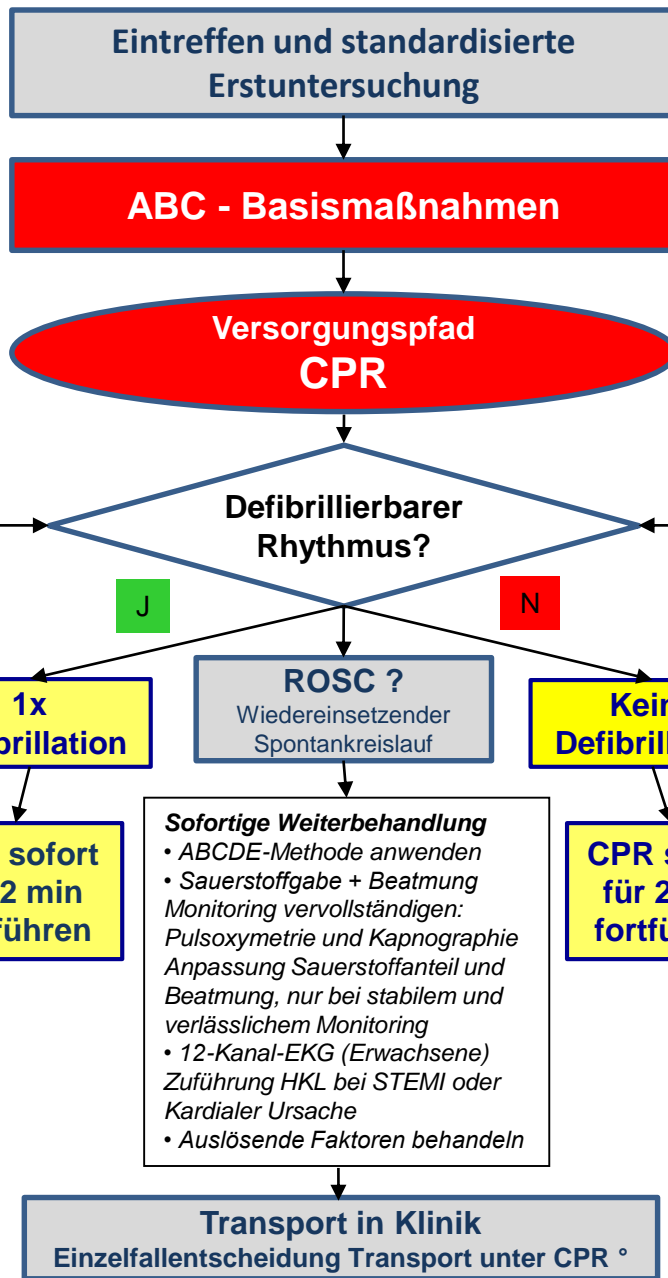
## Verschlechterung:

- Verschlechterung der Klinik
- Ggf. Bewusstseinsstrübung
- SpO<sub>2</sub> Abfall < 85%

## Beachte:

- Frühzeitiger Transportbeginn unter Inhalationstherapie
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)
- ggf. Übergabe in ärztliche Weiterversorgung

# Versorgungspfad 5 • CPR



**Bewusstloser Patient**  
ohne normale Atmung, ohne Lebenszeichen

- CPR starten 30:2 (Diagnosezeit: 10 sec)
- Patchelektroden des Defibrillators anschließen, sofort wenn einsatzbereit:
- Analyse und ggf. 1. Defibrillation
- Während Ladezeit CPR fortführen

**Besonderheiten Kinder (< 8 LJ):**

- Bei Feststellung Atemstillstand: 5 x initiale Beatmungen – ideal hochdosiert O<sub>2</sub>
- dann C - Kontrolle (+ Lebenszeichen?)
- dann ggf. CPR Beginn 15:2
- Drucktiefe Säugling 4 cm, Kind 5 cm
- Patchelektroden anschließen s. o.

**Beachte:**  
NA-Ruf zeitnah (parallel)

**Beachte:**  
Pulskontrolle nur bei Verdacht auf pulsatischen Rhythmus im EKG

**Sonderfall:**  
Beobachtetes Kammerflimmern / pVT:  
Sofort bis zu 3 x Defibrillation  
Diese zählen als erste Defibrillation (s.a. Algorithmus Tachykardie)

- Beachte:**
- ggf. AED - Einsatz
  - Manueller Modus: Energiewahl
  - **min. 150 – (200) J** (biphasisch)
  - 360 Joule (monophasisch)
  - **Kinder: 4 Joule / kgKG**

**Therapeutische Hypothermie** nach ROSC (Return Of Spontaneous Circulation), **Verweis auf TTM**, Zielgerichtetes Temperaturmanagement im weiteren **klinischen** Verlauf

° **Einzelfallentscheidung:**  
Transport unter laufender CPR, ggf. Einsatz mCPR (Thoraxkompressionsgerät)  
- CPR Abbruch nur durch **NA**

- Beachte:**
- Atemwegssicherung qualifikations- und situationsabhängig – Priorität: BLS / ggf. Defi
  - Gefäßzugang qualifikations- und situationsabhängig – Priorität: BLS / ggf. Defi
  - ROSC: Regionale Zuweisungsstrategie
  - Cardiac Arrest Center?
  - Ggf. HKL / PCI → Voranmeldung / Ankunft

**Reversible Ursachen suchen und behandeln!**  
(4 „H“ und HITS)

- Hypoxie
- Hypovolämie
- Hypo-/ Hyperkalämie / metabolisch
- Hypothermie
- Herzbeuteltamponade
- Intoxikation
- Thrombembolie (AMI, LAE)
- Spannungspneumothorax

- Während der CPR:**
- **Durchgehend CPR** sicherstellen: Frequenz (100-120/min), Tiefe, gute Entlastung!
  - CPR-Unterbrechung minimieren, Maßnahmen planen!
  - **Hochdosiert Sauerstoff** unter CPR
  - Atemwegssicherung (EGA / ggf. ET, ggf. erst nach ROSC) und **Kapnographie**
  - Herzdruckmassage ohne Unterbrechung, wenn Atemweg gesichert + keine Leckage
  - **Gefäßzugang:** intravenös, alternativ intraossär (im Kindesalter primär intraossär)

**Adrenalin:** 1 mg i.v./i.o. RDE alle 3-5 min, i.d. Praxis alle 4 min (0,01mg kgKG RDK) bei Asystolie / PEA schnellstmöglich, bei KF/pVT nach 3. Defibrillation

**Amiodaron:** 300 mg i.v./i.o. RDE (5 mg kgKG RDK) nach 3. *erfolgloser* Defibrillation; ggf. einmalige Repetition mit 150 mg i.v./i.o. (RDE) nach der 5. *erfolglosen* Defibrillation (bei Nichtverfügbarkeit: **Xylocain 100mg**; ERC 2021)

• RDE / RDK = Richtdosis Erwachsene / Kinder



# Versorgungspfad 6 • Akutes Koronarsyndrom (ACS)



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- ACS, Lungenembolie LAE, Aortendissektion, Pneumothorax, Trauma, Hohlorganperforation ...
- Anamnese, Vormedikation, Situation, Ereignis
- Atypische Symptomatik möglich (Diabetes, Frauen)
- Thoraxschmerzen differenzieren:  
(Lungenembolie, Pneumothorax, **Aortendissektion** → Perfusionsdefizit, SRR-Differenz: bds. RR-Messung!)
- Fortlaufendes EKG-Monitoring / Defibereitschaft
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)
- Initialtherapie Sauerstoff „Kritischer Patient“, anschließend bei unkomplizierten + stabilen Patienten Sauerstoffanpassung auf  $\text{SpO}_2 > 90\%$ ; Hyperoxämie ( $\text{SpO}_2 > 96\%$ ) vermeiden

**Beachte Warnsignale:** - Herzrhythmusstörungen  
- Kardiogener Schock - Lungenödem

**12-Kanal EKG = grundsätzlich bei nichttraumatischen thorakal-abdominellen Schmerzen:**

EKG bezüglich STEMI qualifiziert auswerten, z.B.: Softwareunterstützte EKG-Auswertung; Telemetrie  
• Beachte regionale Möglichkeiten / Algorithmen

**Bei STEMI keine Routinegabe von Nitrat!**

**Keine Nitrat-Gabe bei Anzeichen einer Rechts-herzbelastung / -insuffizienz; Hf < 60 oder > 120/**

**Verhindere Unterschreiten des unteren Grenzwertes SRR < 90 mmHg (ERC 2015); Beachte Regionales Protokoll > 90 mmHg (z.B. 120 mmHg)**  
**Sorgfältiges RR-Monitoring unter Nitratgabe!**

Nitrat-Gabe **nach** i.v.-Zugang! (Weitere) **KI** Nitrat:  
24 h n. Einnahme langwirksamer Vasodilatoren, Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®), Vardenafil (Levitra®)

**ASS** auch bei Vormedikation mit Phenprocoumon (Marcumar®) oder "Marcumar-Ersatz", wie Xarelto, Pradaxa oder Eliquis (orale Antikoagulation); Verzicht bei Vormedikation mit ASS p.o. möglich.  
**KI:** Allergie oder Asthma auf Wirkstoff, akute nicht kontrollierte Blutung (z.B. Ulcus, obere GI-Blutung).

**Beachte beim STEMI (Regionale Vorgabe!):**

- Transport in Klinik mit interventioneller Kardiologie (PCI) 24/7-**HKL** (Herzkatheterlabor)
- Telefonische **STEMI-Voranmeldung** mit Ankunftszeit (Arzt/NFS-zu-Arzt-Gespräch)
- Direkte Patientenübergabe **im HKL**.

**Beachte beim ACS (kein STEMI):**

- **Voranmeldung** in aufnahmebereiter / geeigneter Zielklinik je nach Zustand für ZNA oder Intensiv mit Ankunftszeit
- ggf. Arzt / NFS-zu-Arzt-Gespräch falls Diagnose unklar (z.B. STEMI kann nicht ausgeschlossen werden)

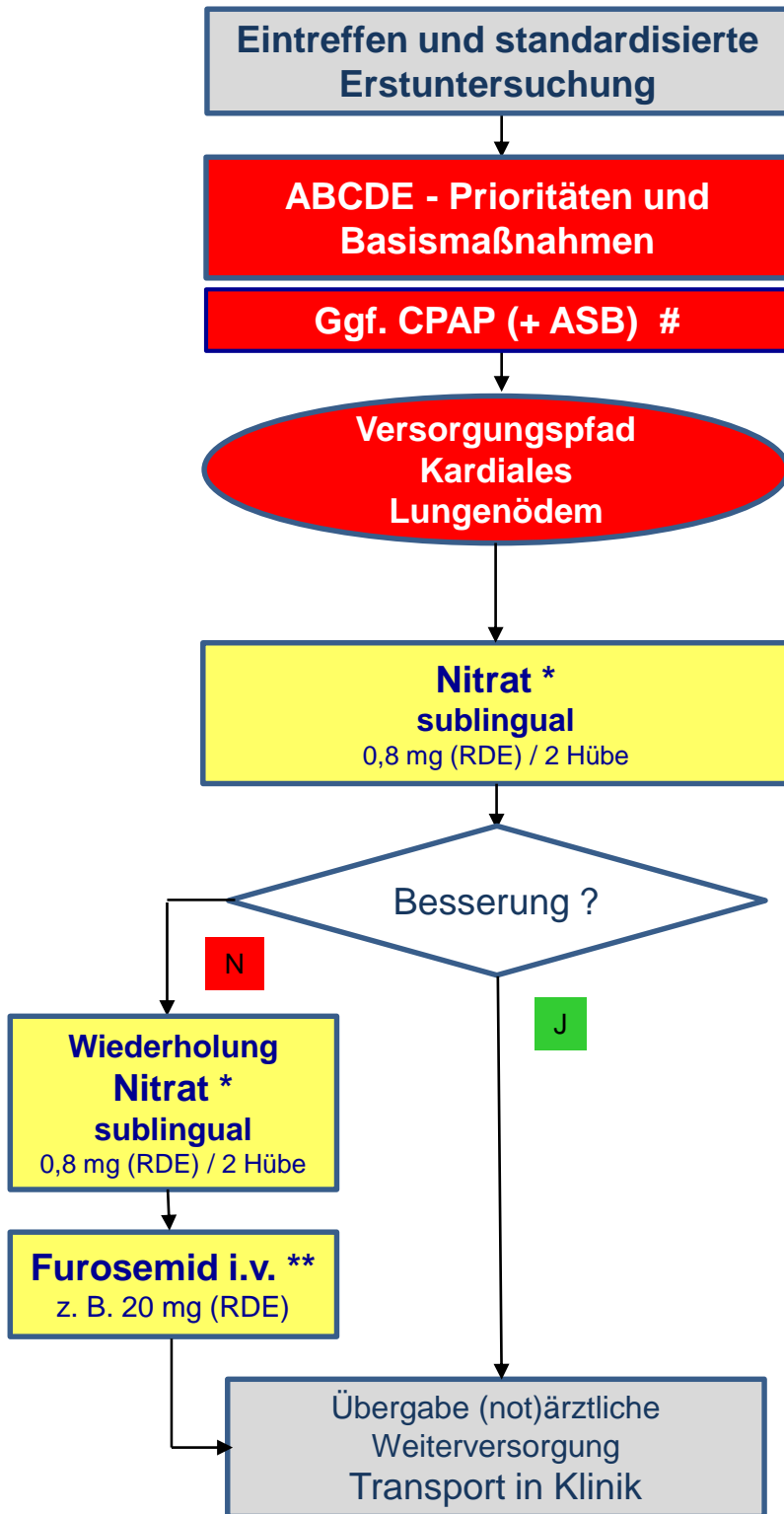
**# Beachte regionales Protokoll!**

**KI** = Kontraindikation

RDE= Richtdosis Erwachsene



# Versorgungspfad 7 • Kardiales Lungenödem



**Beachte regionale  
Medikationsprotokolle**

Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- Toxisches, Unterdruck-Lungenödem, Aspiration
- Anamnese, Vormedikation, Situation, Ereignis
- Auskultationsbefund

**Beachte**

- # Regionales CPAP / NIV-Protokoll
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

**Infarktbedingte Herzinsuffizienz?  
+ 12-Kanal-EKG auswerten!**

**Beachte Warnsignale:**

- fein- bzw. grobblasige RG
- AF > 25/ min, SpO<sub>2</sub> < 92%
- HF > 110/ min bzw. hypoxische Bradykardie

**\* Ausschluss von Kontraindikationen**

**Keine Nitrat-Gabe** bei Anzeichen einer Rechtsherzbelastung / -insuffizienz

**Grenzwerte:** SRR < 120 mmHg;

Hf < 60 oder > 120/ min

- **KI:** 24 h nach Einnahme langwirksamer Vasodilatoren, z.B.: Sildenafil (Viagra®), Tadalafil (Cialis®), Vardenafil (Levitra®).

**Besserung:**

- Verbesserung der Klinik
- Abnahme der Atemfrequenz
- Vesikuläres Atemgeräusch
- SpO<sub>2</sub> > 92 %

RDE = Richtdosis Erwachsene

**\*\* Steigerung auf 40 mg möglich**

**Den Einsatz von *Furosemid* genau abwägen**  
(bestehende Hypovolämie bei akuter Linksherzinsuffizienz)!

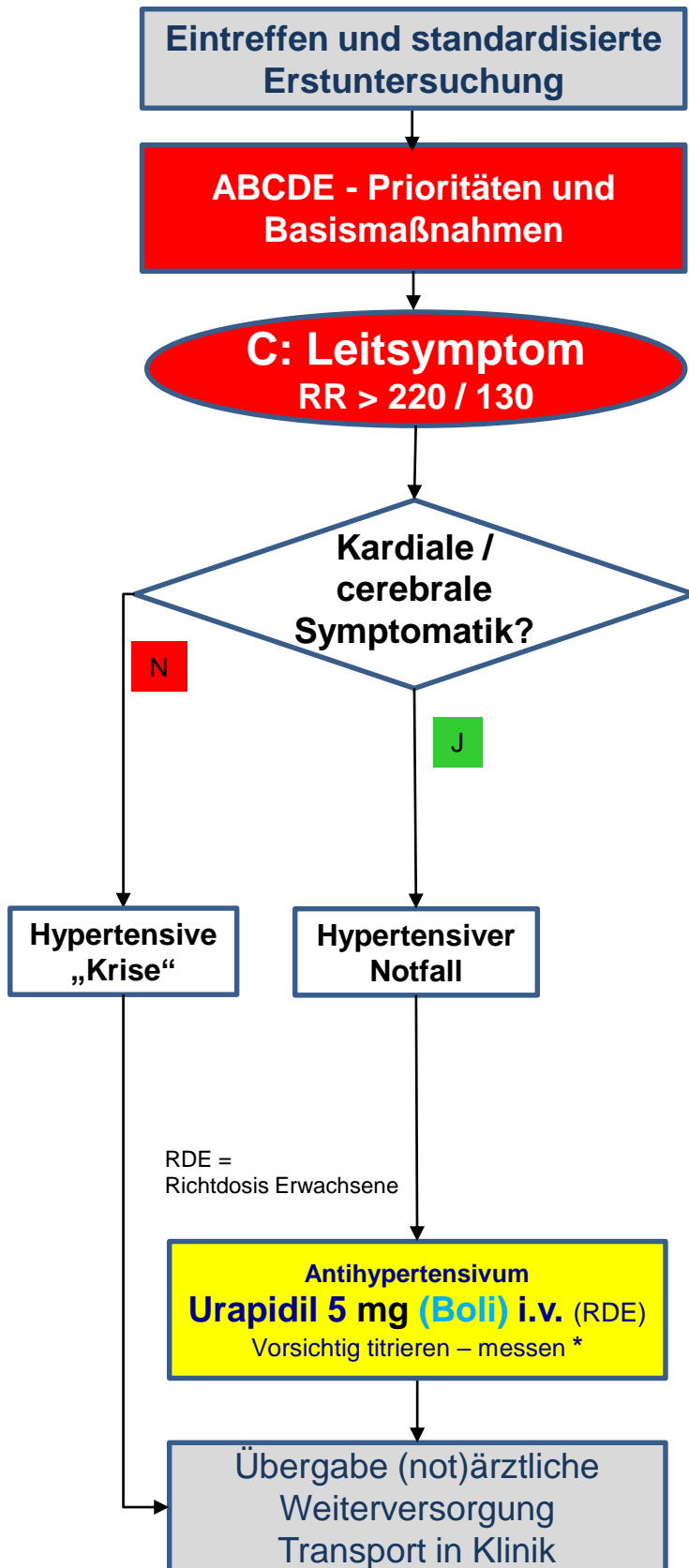
**Nicht Furosemid und Volumen zusammen verabreichen!**

**Die erste Wahl ist Nitratgabe; Furosemidgabe nur bei länger dauernden Transporten.**

**Beachte:**

- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)
- Ggf. Übergabe in ärztliche Weiterversorgung

# Versorgungspfad 8 • Hypertensiver Notfall



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- Asymptomatische Hypertonie
- „Hypertensive Krise“
- Cave: Stress, Schmerz

## Beachte

- Anamnese, Vornedikation
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

## Sorgfältiges RR-Monitoring

- Immer beidseitige RR-Messung

## Klinische Symptome

**Kardial:** ACS, Herzinsuffizienz, Lungenödem, Herzrhythmusstörungen

**Cerebral:** Enzephalopathie, intracranielle Blutungen, Schlaganfall, Kopfschmerz, Schwindel, Sehstörungen, Übelkeit, Erbrechen, Krampfanfälle, Somnolenz bis Koma, Parästhesien, Paresen

**Vaskulär:** Aortenaneurysmatische Dissektion, Epistaxis, Organschäden, GI-Blutungen

**Gravidität:** EPH-Gestose, Eklampsie, Somnolenz, Kopfschmerz, Ödeme, Krampfanfälle

## • Hypertensive Krise:

Patienten mit hohen Blutdruckwerten (auch über 220/130 mmHg) ohne die oben aufgeführten klinischen Symptome

## • Hypertensiver Notfall:

Kritischer Blutdruckanstieg und klinische Symptome durch Organschäden mit akuter vitaler Gefährdung

**Nitrat** bei ACS (Angina pectoris, Herzinfarkt) und Linksherzinsuffizienz; bei kardialer Dekompensation (Lungenödem) zusätzlich Furosemid (s. Versorgungspfad ACS bzw. kardiales Lungenödem!)

## Achte besonders auf:

- ACS (12-Kanal EKG)
- Lungenödem
- Schlaganfall
- Schweres (nicht traumatisches) Nasenbluten (Epistaxis)

\* **Urapidil:** Wiederholung nach 5 min, vorsichtig in 5 mg Boli bis max. 50 mg titrieren; keine unkontrollierte RR- Senkung!

## • Bei V.a. Schlaganfall

RR nicht unter ~ 180/110 mmHg

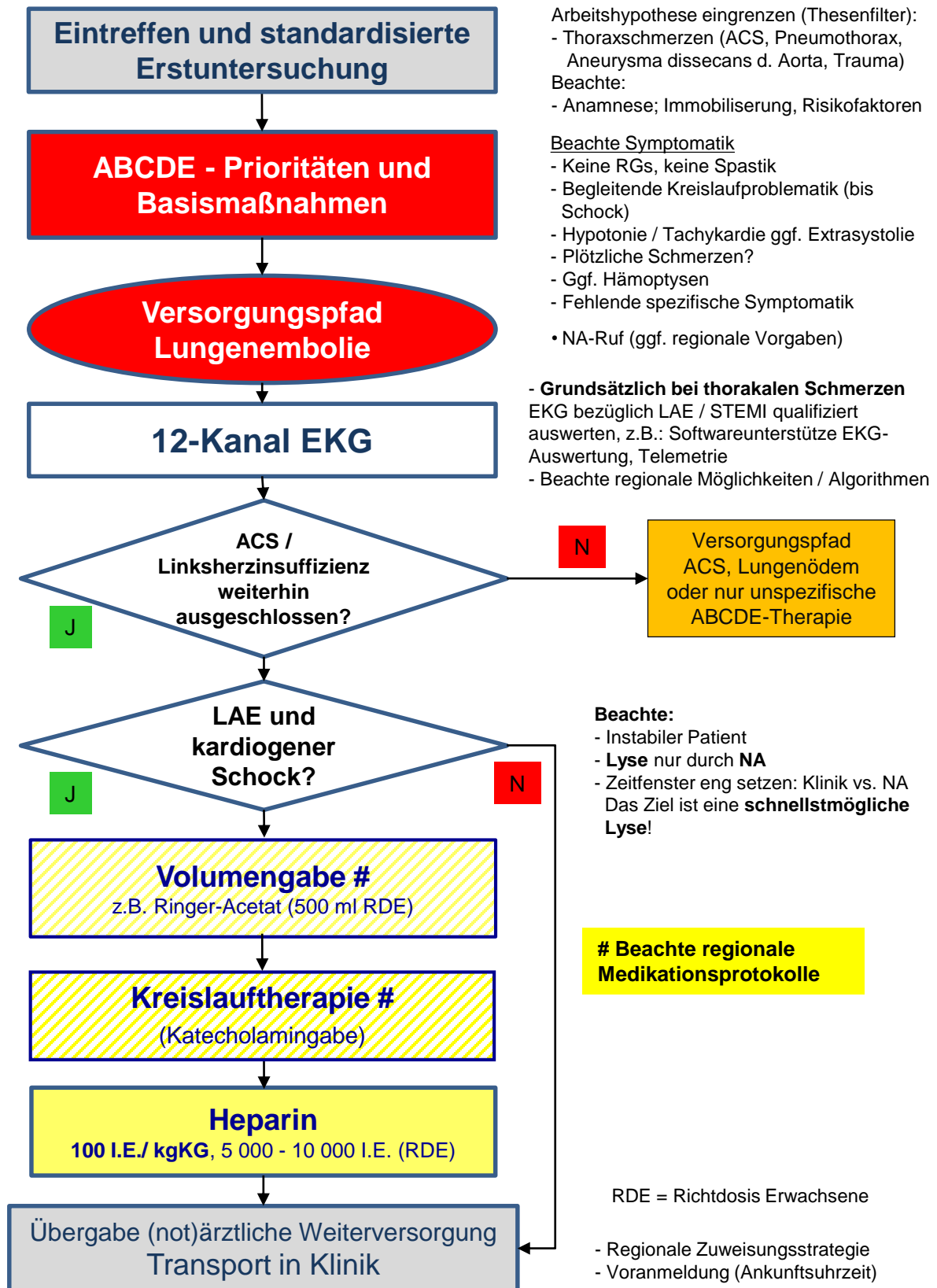
Regionale Zuweisungsstrategie

- Voranmeldung (Ankunftszeit)

- ggf. Übergabe in ärztl. Weiterversorgung

**Beachte regionale  
Medikationsprotokolle**

# Versorgungspfad 9 • Lungenembolie (LAE)



Eintreffen und standardisierte  
Erstuntersuchung

ABCDE - Basismaßnahmen

Versorgungspfad  
Bradykardie

**Beachte:**  
Bewusstseinsstörung  
ursächlich durch kardiale  
Instabilität, meist erst bei  
 $Hf \leq 40/ \text{min}$

Hf < 40/ min und  
Instabilitätszeichen?

N

J

Atropin

0,5 mg i.v. (RDE)

Hf < 40/ min und  
Instabilitätszeichen?

N

J

Atropin #

1,0 mg i.v. (RDE)

Hf  $\leq$  40/ min und  
Instabilitätszeichen?

N

J

Komplette Vagolyse: bis  
3 mg Atropin # + bewusstlos:  
Transkutane Schrittmachertherapie \*  
- Regionales Protokoll beachten -

Übergabe (not)ärztliche  
Weiterversorgung  
Transport in Klinik

Arbeitshypothese eingrenzen  
(Thesenfilter):  
- Hypoxische Bradykardie  
- Intoxikation - Hypothermie

**Beachte:**

- Ggf. aggressiver oder inadäquater Patient
- Anamnese, Vormedikation
- Schrittmacherträger

**Beachte Instabilitätszeichen:**

- Hypotonie
  - Schockanzeichen
  - Bewusstseinsstörung
  - NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)
  - Hypothermie u. respiratorische Störungen als behebbare Ursache ausschließen.
- Bei Kindern ist Hypoxie der häufigste Grund für Bradykardien, daher sollten die symptomorientierten ABC-Sofortmaßnahmen und die O<sub>2</sub>-Gabe die Therapie erster Wahl sein.

- CAVE Atropin: Paradoxe Bradykardie bei < 0,5 mg möglich

RDE = Richtdosis Erwachsene

**# Beachte regionale  
Medikationsprotokolle**

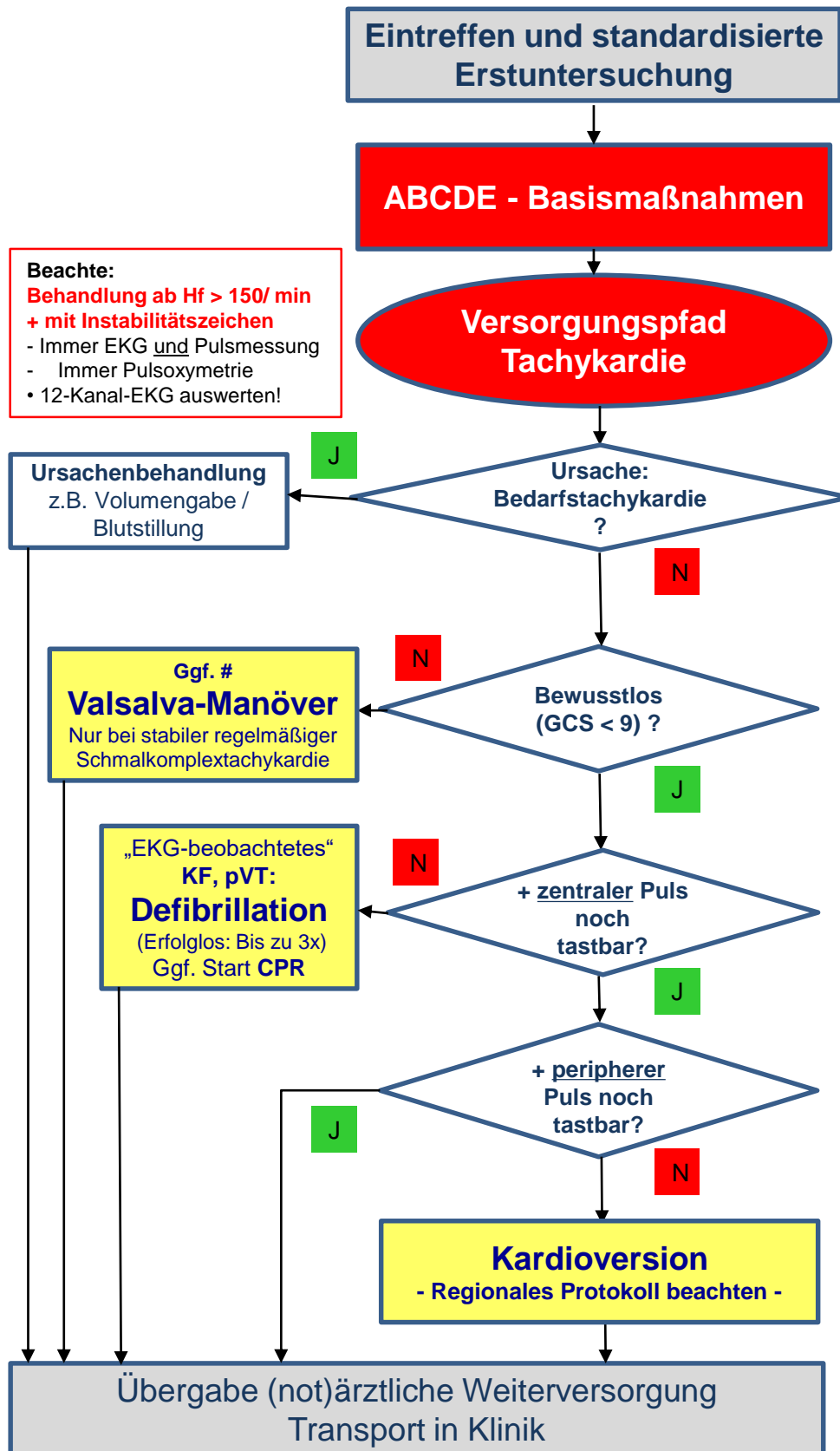
Atropin: Steigerung bis 3 mg möglich

*Adrenalin:* beachte regionales Protokoll (z.B. AV-Block III° oder erfolglose Vagolyse aber nicht Bewusstlos)  
Bei Überdosierung Tachykardie / Extrasystolie bis Kammerflimmern möglich! Anwendererkompetenz!  
*Theophyllin* s. regionale Protokolle

**\* Transkutane, externe  
Schrittmachertherapie:**

Beachte Verfügbarkeit und regionale Protokolle  
- GCS < 9 = Regionales Protokoll zur Schrittmachertherapie  
Demandmodus, EKG - und Kreislaufkontrolle  
Analgesedierung bei Schmerzen:  
s. regionales Protokoll

- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):  
Schockzustände nicht kardialer Ursache; Bedarfstachykardie?  
- Schmerzen, Angst, Fieber

**Beachte:**

- Ggf. aggressiver oder inadäquater Patient
  - Anamnese, Vormedikation
- Hinweis auf Bedarfstachykardie:**  
Regelmäßige Schmal-komplex-tachykardie! → Ausschließen und ursächliches Behandeln von: Volumenmangel, Hypoxie etc.

**Beachte Instabilitätszeichen:**

- Hypotonie / Synkope
- Schockanzeichen
- Bewusstseinsstörung
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

**Breitkomplextachykardie**  
wird schlecht toleriert und dekompensiert häufiger

**# Valsava-Manöver:**

Z. B.: "Spritzen-Manöver" ggf. in Kombination mit Lagerungsmanöver  
Regionale Protokolle beachten

**Beachte:**

Bewusstseinsstörung ursächlich durch kardiale Instabilität, Breitkomplex-Tachykardie?!  
Wird der Patient bereits tief bewusstlos und ohne tastbaren zentralen Puls aufgefunden → **CPR (PVT), Defibrillation!**  
Bei beobachtetem Eintritt von Bewusstlosigkeit und nicht mehr tastbarem zentralem Puls → **Defibrillation**

GCS < 9 = Regionales Protokoll zur elektr. **Notfall-Kardioversion** (Energistufe, Wiederholung)  
Analogsedierung s. regionales Protokoll

- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)

# Versorgungspfad 12 • Allergischer Schock (Grad 2 + 3)

## Eintreffen und standardisierte Erstuntersuchung

### Lebensbedrohliche ABC-Probleme:

- **A:** Schwellung der Luftwege, Heiserkeit, Stridor
- **B:** Tachypnoe, Giemen, Zyanose,  $SpO_2 < 92\%$ , Verwirrtheit, Müdigkeit
- **C:** Blässe, Schwitzen, Hypotonie, Schwäche, Schläfrigkeit, Bewusstlosigkeit

Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- Andere Schockformen, (Fremd-) Anamnese, Situation, Ereignis
- Allergen bekannt?

### Beachte:

- Allergen beseitigen
- Grad 4 → CPR beginnen
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

## ABCDE - Basismaßnahmen

### Adrenalin i.m.

- < 6 Lj \* = 0,15 mg (0,15 ml)
- 6-12 Lj \* = 0,3 mg (0,3 ml)
- > 12 Lj \* = 0,5 mg (0,5 ml)

\* Lj = Lebensjahr

### i.m. Injektion:

#### lateralen Oberschenkel

0,5 ml Adrenalin = 0,5 mg = 500 µg

- Bei nicht ausreichendem Ansprechen kann die i.m. Adrenalin-Injektion nach etwa 5 min wiederholt werden (gem. regionaler Protokolle)

Führendes Leitsymptom  
Stridor / Dyspnoe  
(A/B #)?

Führendes Leitsymptom  
Kreislaufinstabilität  
(C)?

**Adrenalin-Vernebelung**  
4 mg / 4 ml Adrenalin,  
fortlaufend über O<sub>2</sub>-Verneblermaske

Erwäge  
unverzüglichen  
Transportbeginn  
Ggf. NA-Rendezvous

Beachte: Situationsabhängig bei **A-Problematik**:

Frühestmöglicher **Transportbeginn** und **NA-Rendezvous**

(evtl. frühzeitige Notwendigkeit chirurgischer Atemwegssicherung)

**# Bei alleinigem expirator. Stridor** (Bronchospastik = B-Problem):  
Salbutamol-Vernebelung erwägen

Zildruck unter Volumen- und Katecholamingabe: Normotension  
Regelmäßige Kontrolle

Systemische Katecholamine  
grundsätzlich durch NA

z.B. 5 µg Boli Adrenalin:  
1 mg : 100 ml NaCl 0,9% = 10 µg/ml

## Volumengabe

z.B. Ringer-Acetat; Boli 10 - 20 ml/ kgKG (RDE: 750 ml)

## Prednisolon i.v.

- < 6 Lj \* = 50 mg
- 6-12 Lj \* = 100 mg
- > 12 Lj \* = 250 mg

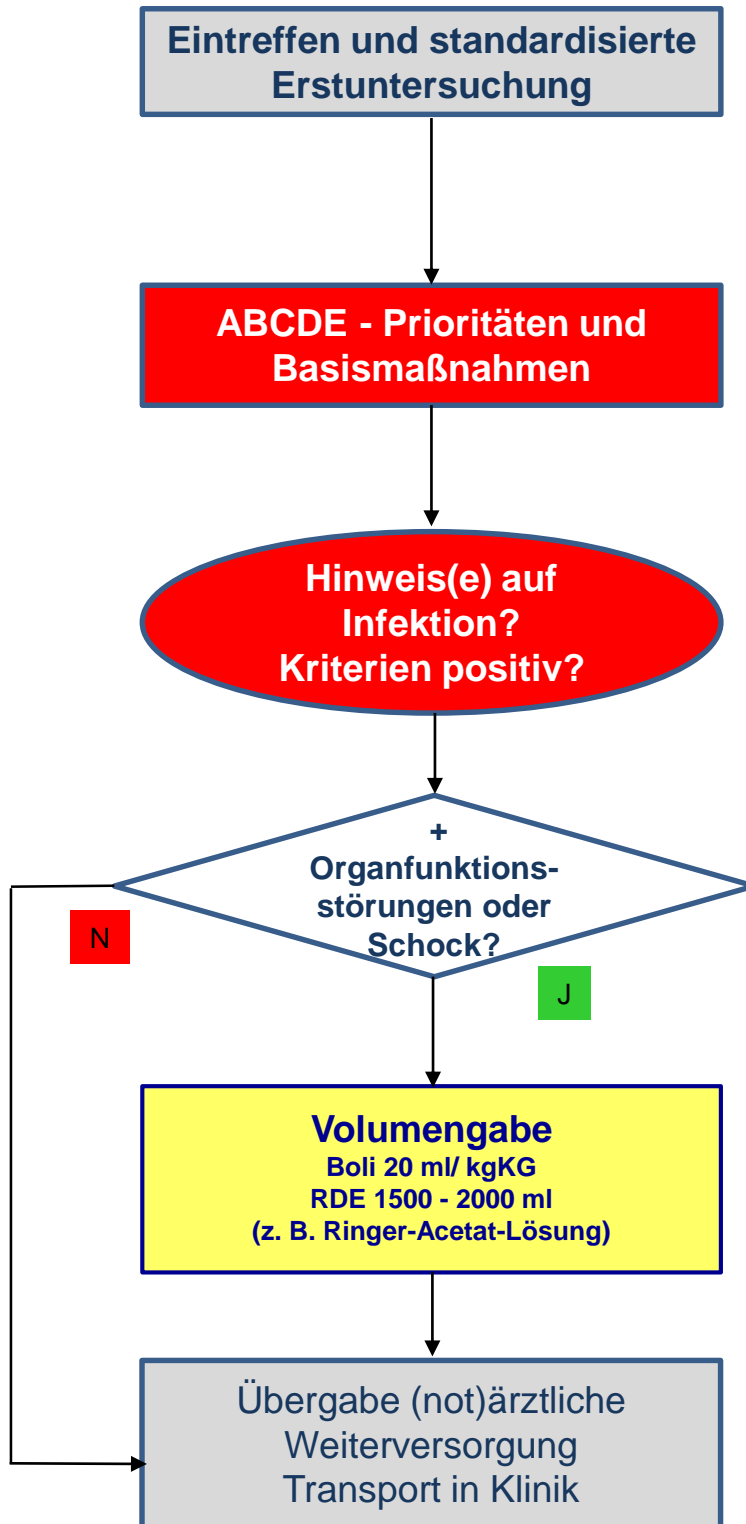
**Beachte regionale  
Medikationsprotokolle**

Übergabe (not)ärztliche Weiterversorgung  
Transport in Klinik

- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)

• Wegen biphasischer Reaktion (in 10-20%) auch bei Therapieerfolg 12 h Kliniküberwachung anstreben

# Versorgungspfad 13 • Sepsis



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- Andere Schockzustände
- Anamnese

**Klinische Hinweise einer Infektion (Fokus?):**  
 Z.B.: Pneumonie, Harnwegsinfekt, Bauchraum- oder Weichteilinfekt, Meningitis, Immunschwäche, kurzzeitig zurückliegender operativer Eingriff, invasive Maßnahme, Geburt etc.; Desorientiertheit, Unruhe, Delirium

**Beachte:**

- Grundhygiene / Eigenschutz!
- Sepsis ist ein zeitsensitiver Notfall

- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

**qSOFA-Kriterien**

(quick Sequential Organ Failure Assessment, vereinfachte Sepsis-Kriterien):

- Atemfrequenz (**Af**) > 22/ min
- Systolischer Blutdruck (**SRR**) < 100 mmHg und/oder **Rekapillarisationszeit** > 2 sec
- Verändertes Bewusstsein (Vigilanzminderung, **GCS** < 15)

**Beachte** Hinweise auf:

**Akute Enzephalopathie** oder **Akuter Sauerstoffmangel (Sättigung < 90%)** ohne anderwärtige Ursache (Lungenödem, COPD etc.) oder neu aufgetretene **Hautveränderungen (Petechien)** oder Hypotonie: **SRR < 90 mmHg**

RDE= Richtdosis Erwachsene

- Ggf. Erhöhung Volumengabe
- **CAVE** Volumengabe bei
  - Schwerer Herzinsuffizienz
  - Lungenödem-Zeichen
  - Dialysepflichtiger Niereninsuffizienz

**NA:** Katecholamintherapie

- Erwäge Antibiotikum bei V. a. Meningitis

- **Zügige Versorgung** (< 20 min)

- + Transport in geeignete Zielklinik
- Regionale Zuweisungsstrategie
- **Voranmeldung** (Ankunftszeit) mit Verdachtsdiagnose Sepsis Zielort regional:
- Sepsis → ZNA
- Septischer Schock → SCHOCKRAUM

**Beachte regionale Medikationsprotokolle**



# Versorgungspfad 14 • Hypoglykämie

Eintreffen und standardisierte  
Erstuntersuchung

ABCDE - Prioritäten und  
Basismaßnahmen

Versorgungspfad  
Hypoglykämie

BZ < 60 mg/ dl ?

N

J

**Glucosegabe**

8 - 16 g (0,2 g/ kgKG) #  
i. v. bei laufender Infusion  
Orale Gabe nur bei wachem Patienten!

Beachte regionale  
Medikationsprotokolle

Übergabe in (not)ärztliche  
Weiterversorgung  
Transport in Klinik

Arbeitshypothese eingrenzen  
(Thesenfilter):

- Intoxikation, Schlaganfall, ICB, Krampfleiden, SHT

- Bewusstseinstörung / Bewusstlos
- Neurologische Symptomatik
- Anamnese (Diabetes mellitus)
- Vormedikation

Mittels BZ-Messung wird Hypoglykämie zusätzlich quantitativ gemessen und symptomatisch behandelt.

Cave: Unterlassene BZ-Messung bei WASB < W oder neurologischer Symptomatik.

**Beachte:**

Ggf. aggressiver oder inadäquater Patient

Symptomatik?

Bewusstseinstörung aller Grade  
Neurologische Symptomatik

**Beachte:**

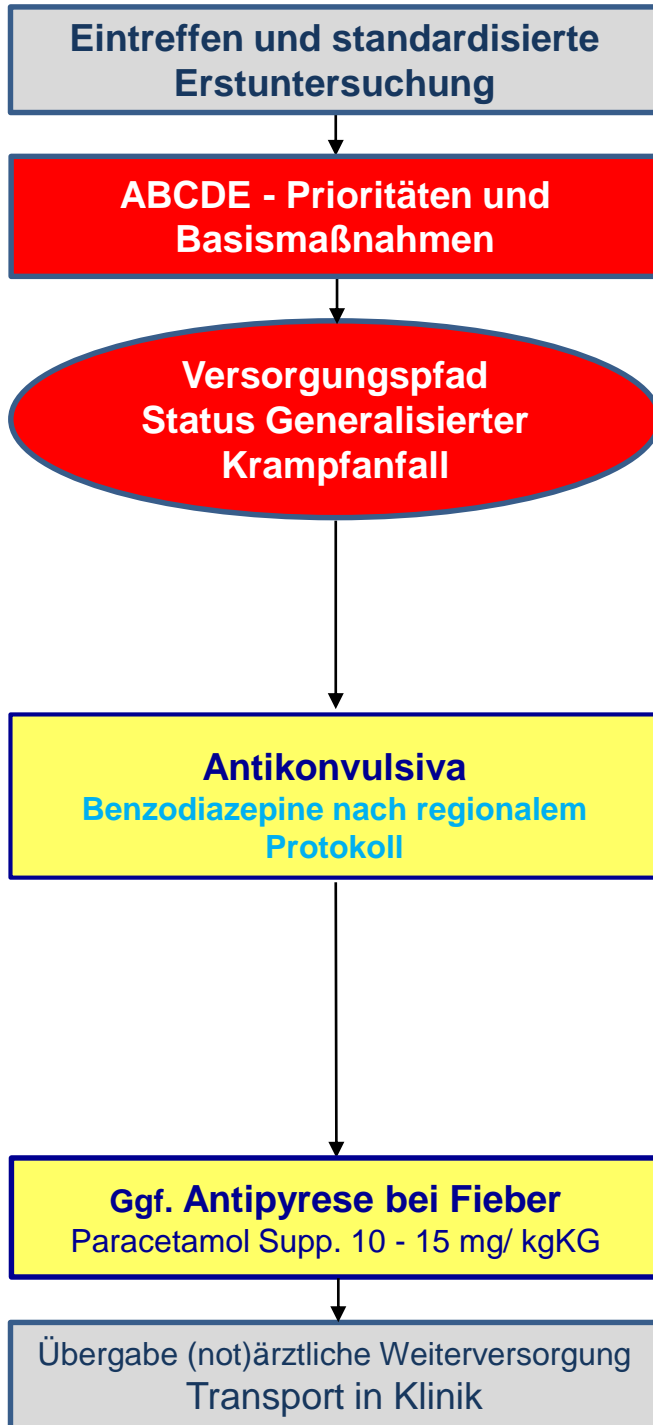
- Konzentrierte Glucoselösungen i.v. nur verdünnt applizieren (# empfohlen **Glucose 20%**; Glucose 40% darf nur zentralvenös gegeben werden)
- Beachte regionale Protokolle
- Repetitionsdosis gemäß regionaler Protokolle

- Ggf. weitere Ursachenfindung
- **NA-Ruf** bei unklarer oder anhaltender Bewusstseinsstörung oder Therapie-resistenz (regionale Vorgaben)
- Transportverweigerung n. RD-Behandlung: Beachte regionales Protokoll
- Patienten nach erfolgreicher Therapie vor Ort lassen: Regionales Protokoll
- Ggf. Übergabe in ärztliche Weiterbehandlung



## Status generalisierter tonisch-klonischer Anfall (SGTKA)\*

\* > 5 Minuten, bzw. Anfallsserie ohne vollständiges Erwachen



**Beachte regionale Medikationsprotokolle**

RDE / RDK = Richtdosis Erwachsene / Kinder

Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- ZNS-Schäden, Intoxikation
- Hypoxischer Krampfanfall
- Hypoglykämischer Krampfanfall
- Psychogener Anfall

**Beachte:**

- Anamnese, Vornedikation
- NA Indikation regionale Vorgaben

**Beachte Warnsignale:**

- Obere Atemwegsverlegung
- Ggf. „oberes Atemwegsproblem“ in der Nachschlafphase (postiktale Phase)
- Ggf. fokale oder generalisierte Krämpfe

**Beachte:**

- Bei Bewusstseinsstörung: Ausschluss einer zugrundeliegenden Hypoglykämie

**Zweitgabe nach Laientherapie:**

- Wenn bereits Gabe durch z. B. Angehörige: Regionales Protokoll beachten! (Z. B.: Erstgabe durch RettD in ½ Dosierung!)

**Alternativ nach Verfügbarkeit bzw. nach regionalem Protokoll:**

- Lorazepam 0,05 mg/ kgKG i.v. oder
- Lorazepam 2,5 mg buccal („off label“) oder
- Midazolam buccal (Buccolam) bis zum 18. Lj., Lösung zur Anwendung in der Mundhöhle Dosierung: 3 Mon. bis < 1. Lj.: 2,5 mg, 1. Lj. bis < 5. Lj.: 5 mg, 5. Lj. bis < 10. Lj.: 7,5 mg, 10. Lj. bis < 18. Lj.: 10 mg oder
- Diazepam Rectiole 0,3 - 0,5 mg/ kgKG; RDK: 5 mg < 15 kg (4 Monate bis etwa 3 Jahre) 10 mg, > 15 kg (ca. 3 Jahre bis ca. 6 Jahre)
- Midazolam i.m. (Desijekt ®) 5 mg/ml (RDE 10mg)

# MAD-Einsatz = „off label“

Wiederholung Benzodiazepin: **Beachte regionale Protokolle!**

Wenn Venenzugang vorhanden:

- Midazolam-Gabe titriert 0,1 mg kgKG i.v.
- Lorazepam 0,05 mg kgKG max. 0,1 mg kgKG
- Andernfalls titriert die o.g. Dosis erhöhen
- Immer Wirkungseintritt abwarten

**Beachte:**

Physikalische Maßnahmen: z. B. Wadenwickel

- Ggf. weitere Ursachenfindung
- Ggf. NA-Rendezvous bei unklarer Bewusstseinsstörung oder persistierendem Krampfanfall
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)
- Ggf. Übergabe in ärztliche Weiterversorgung

# Versorgungspfad 16 • Schlaganfall

**Eintreffen und standardisierte Erstuntersuchung**

**ABCDE - Prioritäten und Basismaßnahmen**

**Versorgungspfad Schlaganfall**

**RR\* - abhängige Therapie**

**SRR < 120 mmHg\***  
bzw. Dehydrationszeichen  
Keine Herzinsuffizienz

**SRR 120 – 220 mmHg\***

**SRR > 220 mmHg\* und /  
oder DRR > 130 mmHg\***

**Volumengabe**

z.B. Ringer-Acetat (500 ml RDE)  
mit Ziel einer Normotension

**Keine RR-relevante  
medikamentöse  
Therapie**

**Vorsichtige RR-Senkung**

um max. 20% (nicht unter ~ 180/110);  
# z. B. Urapidil 5 mg i.v.  
bis max. 50 mg titrieren

**# Beachte regionale  
Medikationsprotokolle**

RDE= Richtdosis Erwachsene

Übergabe (not)ärztliche Weiterversorgung  
Transport in Klinik  
(cCT und unverzüglicher Therapieentscheid!)  
Ggf. Interventionelle Therapie;  
u. U. Notfallverlegung, regionaler LVO-  
Zuweisungspfad (z.B. basierend auf G-FAST)

• Regionale Zuweisungsstrategie; idealerweise Stroke Unit

**Voranmeldung umfasst:**

Name, Alter, m / w.; Neurolog. Symptomatik,  
Dauer Symptombeginn. Ggf. A-B-C-Problem.  
Ankunftszeit

Arbeitshypothese eingrenzen  
(Thesenfilter):

- ZNS-Schäden (z.B. Trauma, Entzündung)
- Bewusstseinstörung / bewusstlos bei Intoxikation, Hypoglykämie

**Beachte:**

- Hydrationszustand (Exsikkose)
- Ausschluss einer Hypoglykämie
- Anamnese (Dauer, Verlauf ...)

Temporäre Symptome möglich  
(Transitorisch ischämische  
Anfälle, TIA)  
Im RettD wird eine **TIA** wie ein  
Schlaganfall eingestuft!

RR = Blutdruck  
SRR = Systolischer Blutdruck  
DRR = Diastolischer Blutdruck

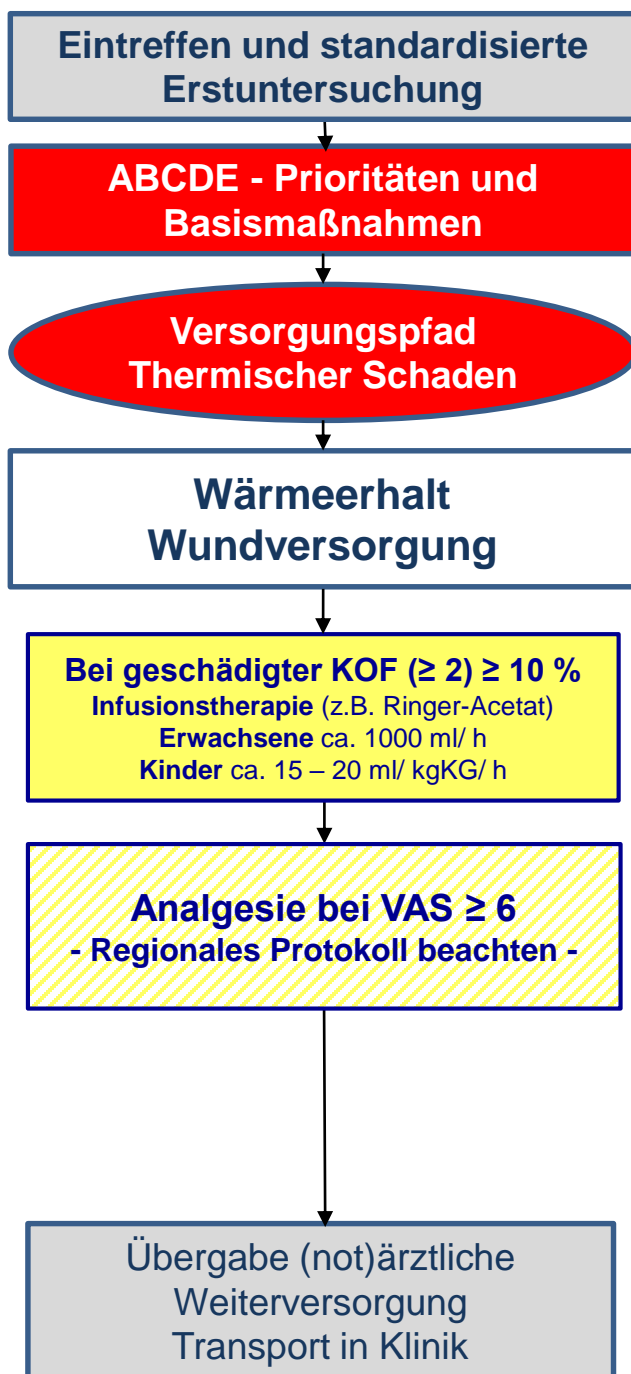
\* Beidseitige RR-Messung  
und regelmäßige Kontrollen  
empfohlen

- Zusätzliches Warnsignal:  
„Vernichtungskopfschmerz“  
(V.a. SAB)

- **G-FAST-Schema**

- Halbseitensymptomatik (Gesicht, Extremitäten)
- Sprach-, Sprech-, Sehstörungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Vegetative Begleitsymptome
- Passagere Symptomatik möglich
- **Beginn** und Dauer der **Symptomatik** (wenn unklar: letzter sicherer beschwerdefreier Zeitpunkt), **gerinnungshemmende Vormedikation genau erfragen!**
- „**Wake-up stroke**“ (unklarer Beginn in der Nacht zuvor) **ist ebenfalls ein zeitsensitiver Notfall** + MRT-Diagnostik erforderlich

# Versorgungspfad 17 • Thermischer Schaden



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):  
Systemischer Hitzeschaden / Kälteschaden  
Zusatzschäden: - CO-Intox, (Stark)strom!  
- Cave: Pulsoxymetrie

## Beachte:

- Inhalationstrauma mit folgend. A, B-Problem? • Zirkuläre Rumpfverbrennung mit folgendem B-Problem?
- Bei C-Problem (Schock); Ursachensuche: Begleitverletzung (z.B. Sturz)?
- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

Abschätzen der geschädigten KOF:  
Neuner-Regel, II. – III. Grad  
Sonderfall: Hochspannungsunfall

- Kühlmaßnahme (als Laienhilfe) beenden!
- Grundsätzlich keine Kühlung durch RD bei > 5 - 10% verbrannter KOF
- Konsequenter Wärmeerhalt
- Wundversorgung trocken und keimfrei

## Anhalt Parklandformel:

$(4 \text{ ml} \times \% \text{VKOF} \geq 11^\circ) \times \text{Körpergewicht} = 24\text{h}$  - Davon die Hälfte über die ersten 8h!

- Vermeiden einer Überinfusion!
- Beachte C- Problem: Schockzeichen: Ursachensuche?

**Beachte regionale Medikationsprotokolle**

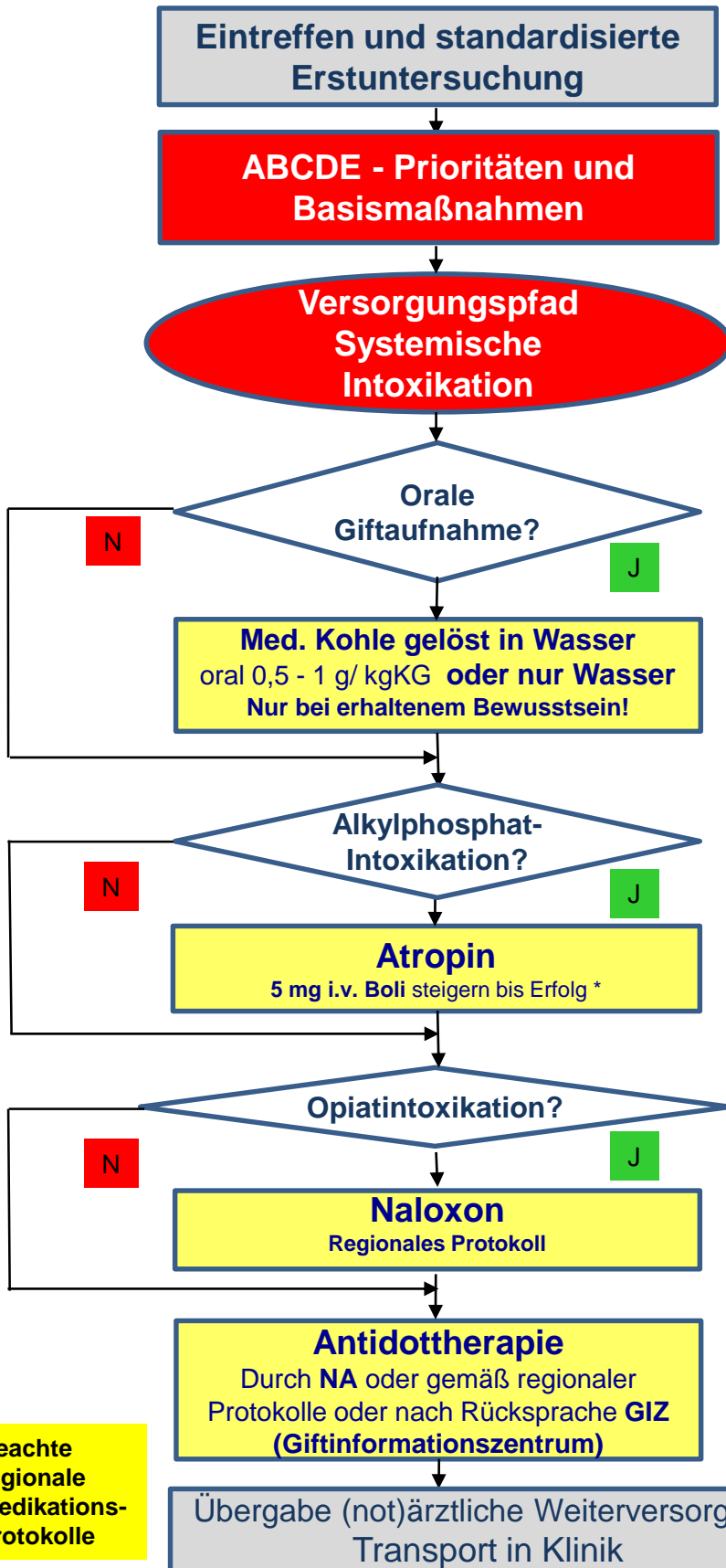
RDE / RDK =  
Richtdosis Erwachsene /Kinder

SBVZ  
Schwerbrandverletzten-  
zentrum  
\*\* ZV HH  
Zentrale Bettenvergabe  
Schwerbrandverletzte HH

## Beachte:

- Ohne NA: Nächste geeignete chirurgische Klinik zur Erstversorgung
- Primär-RTW-Transport in SBVZ\* nur nach Rücksprache / Anmeldung (über RLS) mit ZV HH\*\* und Transportzeit < 45 min, (andernfalls RTH erwägen oder Erstversorgung in nächstem Schwerpunkt-KH)
- Voranmeldung (Ankunftszeit)

# Versorgungspfad 18 • Intoxikation



Arbeitshypothese eingrenzen (Thesenfilter):

- Anamnese und Umfeld
- **Eigensicherung!** CO? Kontaktgift?
- ggf. aggressiver, inadäquater oder bewusstloser Patient

Ggf. Versorgungspfad CPR beginnen

- NA-Ruf (ggf. regionale Vorgaben)

- Giftasservierung
- Anruf **GIZ** (Giftinformationszentrum)
- Stoff, Menge, Zeit
- Therapieempfehlung?

- Erbrechen bei erhaltenen Schutzreflexen nur unterstützen, aber nicht auslösen!

**Grundsätzlich keine Antiemetika!**

**Beachte:**

- **Vorher Auskunft des GIZ**

**Kontraindikationen:**

- Bewusstseinstörung
- Eingeschränkte Schutzreflexe
- Intoxikation mit Laugen, Alkohol, Schwermetallen, anorganischen Säuren

**Beachte:**

- Cholinerge Symptomatik: Bradykardie, Speichelfluss

- Repetitionsdosis bei Wiedereinsetzen von Speichelfluss, bzw. Fortbestehen der Bradykardie alle 3-5 min erforderlich, bis 50 mg
- Schnellstmögliche Gabe von Toxogonin in der aufnehmenden Klinik anstreben (Arzt / NFS-zu-Arzt-Gespräch)

Beachte regionales Protokoll, bei

**Opiatintoxikation / -überdosierung**, z. B.: Naloxon über **MAD #** (Nasal höhere Dosis RDE 1,8 mg z.B. Nyxoid®) und/oder i.m. (0,8 mg in den lateralen Oberschenkel) bzw.

i.v. 0,4 mg - 2 mg

(# MAD-Einsatz = „off label“)

RDE = Richtdosis Erwachsene

- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)

**Eintreffen und standardisierte Erstuntersuchung**

**Beachte regionale Medikationsprotokolle!**

**ABCDE - Prioritäten und Basismaßnahmen**

**E: Mittelstarker Schmerz**  
VAS/NAS  $\geq 6 - 8$

**E: Starker Schmerz**  
VAS/NAS  $> 8$

**Opioid**

Beachte medikamenten- und applikationsspezifische Zeit bis Wirkungseintritt

**Nicht-Opioid**

Beachte medikamenten- und applikationsspezifische Zeit bis Wirkungseintritt

Ziel erreicht?  
Halbierung  
oder Senkung  
um  $\geq 3$  Punkte

**J**

Ziel erreicht?  
Halbierung  
oder Senkung  
um  $\geq 3$  Punkte

**N**

Kein(e) Sättigungsabfall  
Vigilanzminderung, oder  
Hypotonie:  
**Opioid**

Kein(e) Sättigungsabfall  
Vigilanzminderung, oder  
Hypotonie:  
**Repetition Opioid**

Ziel erreicht?  
Halbierung  
oder Senkung  
um  $\geq 3$  Punkte

**J**

Ziel erreicht?  
Halbierung  
oder Senkung  
um  $\geq 3$  Punkte

**N**

Kein(e) Sättigungsabfall  
Vigilanzminderung, oder  
Hypotonie:  
**Repetition Opioid**

Kein(e) Sättigungsabfall  
Vigilanzminderung, oder  
Hypotonie:  
**Repetition Opioid /  
ggf. Esketamin**

**Übergabe (not)ärztliche Weiterversorgung  
Transport in Klinik**

Grundvoraussetzungen für die Anwendung von **BtM** (Betäubungsmittelgesetz - BtMG) müssen mittels regionaler Protokolle geregelt sein.  
• **BtM-Dokumentation, QM ÄLRD**  
Ggf. Einbindung Telemedizin

**Basismaßnahmen der Schmerzbehandlung** durchführen:

- Ruhigstellung
- Lagerung
- Zuwendung
- Notarzttalarmierung (regionale Vorgabe)
- Monitoring Pulsoxymetrie, AF u. Vigilanz
- Grundsätzlich Sauerstoffinhalation

**Beachte**

Einstufung Schmerzintensität durch den Patienten über ein Skalierungssystem objektivieren: (z.B. VAS, NAS)  
Dokumentation z.B. VAS: 0 - 10  
• **Beachte** bei der Einschätzung zusätzlich Begleitsymptome (Sympatikusatktivität, Haltung und Mobilität) bewerten  
- Ohne Selbsteinstufung oder bei Bewusstseinsstrübung: keine medikamentöse Analgesie!

Beispiele: i.v. Wirkstoffe (beachte regionales Protokoll, Kontraindikationen)  
Nicht-Opioide

- Paracetamol (auch bei STEMI)
- Metamizol (spezif. Risikoaufklärung)

Opioide

- Morphin, Piritramid (BtM)
- Nalbuphin (kein BtM)

Beispiel: Initiale Rescue-Medikation  
Esketamin nasal (MAD): 0,5 – 1 mg (max. 50 mg)  
- Keine initiale Esketamingabe bei ACS / STEMI / SHT

**Beachte:**

- Schmerzintensität?
- Schmerzlinderung beginnt?
- ABC weiterhin stabil?
- Transportvorbereitung und Lagerung möglich?
- Transportbeginn möglich?

**Bei ABCD-Problemen (Verlaufskontrolle)**  
**ABC-Maßnahmen einleiten und Analgesie stoppen, ggf. Antagonisierung**

- Bei Übelkeit: Antiemese nach regionalem Protokoll
- Initialer Versuch Aromatherapie: Riechen an Tupfer mit Isopropylalkohol

**Beachte:**

- Notarznachforderung (regionale Vorgaben)
- Regionale Zuweisungsstrategie
- Voranmeldung (Ankunftszeit)
- ggf. Übergabe in ärztliche Weiterversorgung

# Versorgungspfad 20 • Akute respiratorische Insuffizienz (ARI)

## Beispielanwendung CPAP / ASB Therapie

**Beachte regionale Ausstattung und Protokolle**

**Eintreffen und standardisierte Erstuntersuchung**

**ABCDE – Basismaßnahmen**

**Versorgungspfad ARI**

Indikation CPAP / NIV ?

Kontraindikation CPAP / NIV?

**ABCDE – Basismaßnahmen**

### Beispielprotokoll:

Aufklärung des Pat., Auswahl Maskengröße, Initiale Geräteeinstellung PEEP = 5 mbar, Druckunterstützung ( $\Delta$  ASB) = 5 mbar, Initiale FiO<sub>2</sub> = 1,0 (No Air Mix), Anpassung (Air Mix) nach Bedarf (COPD!) pMax = 25 mbar, Druckrampe = Steil  
Maske zunächst von Hand dicht auf das Gesicht halten – gefühlvolle Patientenführung (ggf. Pat. helfen lassen)!  
Bei Toleranz, Fixierung („Spinne“) verwenden

SpO<sub>2</sub> > 90%,  
Verbesserung der Vigilanz?

Führendes Krankheitsbild?

### Grundsätze der Therapieanpassung

Hyperkapnisches ARI: Eher ASB-Steigerung  
Kardiales Lungenödem: Eher PEEP-Steigerung

**Übergabe (not)ärztliche Weiterversorgung  
Transport in Klinik**

### Beachte:

Besonders geeignete Lagerung, Sauerstoff, Medikamenteneinhalation etc.  
Beachte Versorgungspfade COPD oder kardiales Lungenödem

### Notarztzuf:

„Beatmungspflichtige ARI“

### Kontraindikationen NIV:

#### Absolut:

- Atemstillstand, Schnappatmung
- Verlegter Atemweg
- GI-Blutung oder Ileus
- Nicht-hyperkapnisch bedingtes Koma
- Spannungspneumothorax
- Bewusstseinsbeeinträchtigung mit Aspirationsrisiko

#### Relativ:

- Hyperkapnisch bedingtes Koma
- Massive Agitation, fehlende Kooperation
- Hämodynamische Instabilität (z.B. kardiogener Schock) SRR < 100 mmHg
- Inkompatibilität (Maske nicht abdichten)

### Beachte Abbruchkriterien:

- Weitere respiratorische Erschöpfung
- Fortschreitende Bewusstseinsbeeinträchtigung
- Zunehmende Kreislaufinstabilität
- Intoleranz der Maßnahme

#### Alternativ:

- Überbrückende Beutel-Masken Beatmung
- Intubation (Vorbereitung) + Narkose durch NA

- Regionale Zuweisungsstrategie
- Nächste Klinik (Achtung: bei CPAP/ NIV, klinische Beatmungsmöglichkeit?)
- Voranmeldung (Ankunftszeit)

### Indikationen NIV:

- Starke Dyspnoe + Respiratorische Insuffizienz (Angst, Unruhe, Einsatz Atemhilfsmuskulatur, Einziehungen etc.)
- SpO<sub>2</sub> < 90% (COPD < 88%), trotz (angepasstem) Sauerstoff
- Af > 25/ min (auszählen)



## **Empfehlung zur strukturierten Übergabe von Notfallpatienten in den Notaufnahmeeinrichtungen der Kliniken**

### **Vorwort:**

Die Übergabe eines Notfallpatienten vom Rettungsdienst in die Verantwortung der Klinik stellt in der Versorgungskette einen wichtigen, oft kritischen Prozess dar, da Teams aufeinandertreffen, die sich ggf. persönlich nicht kennen, häufig unter Zeitdruck stehen, aber einen lückenlosen Informationsfluss sicherstellen müssen. Durch einen unstrukturierten Ablauf, mangelnde Aufmerksamkeit der Beteiligten oder unklare Zuständigkeiten und Hierarchien können wichtige Informationen, die im Rettungsdienst standardisiert nach vorgegebenen Algorithmen erhoben worden sind, mit negativen Auswirkungen auf den weiteren Behandlungsverlauf des Patienten verloren gehen.

In Abstimmung zwischen dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst und den Notaufnahmeeinrichtungen der Kliniken müssen durch gemeinsame Schulungskonzepte (Übergabetrainings) Professionalität und Qualität an dieser wichtigen Nahtstelle gesichert werden.

Der Landesverband Niedersachsen/Bremen der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Deutschland e. V. empfiehlt aus Sicht des Rettungsdienstes folgendes Vorgehen für alle Einsätze in der Notfallrettung (mit und ohne Notarztbegleitung):

### **Anmeldung in der Klinik:**

Die Anmeldung eines Notfallpatienten in der Klinik erfolgt über einen zwischen Leitstelle, Rettungsdienst und Kliniken des Rettungsdienstbereiches festgelegten, vordefinierten Kommunikationsweg (webbasierte Verfahren z.B. IVENA, z.B. Klinik-Display von Rescuetrack, Telefon, andere Systeme). Eine Abstimmung zwischen benachbarten Rettungsdienstbereichen ist wünschenswert.

Voraussetzungen (Eckpunkte) in der Klinik sind:

- Festlegung von Zuständigkeit / Entscheidungskompetenz zur Verfügung über vorhandene krankenhausinterne Ressourcen
- Festlegung der Zuständigkeit/Entscheidungskompetenz, krankenhausinterne Alarmketten (z.B. Schockraumalarm) auszulösen
- Nutzung eines mit dem Rettungsdienst abgestimmten Anmeldeschemas (z.B. MANDAT)

Diese Informationen sind auch den benachbarten Rettungsdiensten bekannt zu geben.

## Ablauf der Übergabe in der Klinik:

Die Übergabe erfolgt am Ort der Behandlung, also z.B. im Behandlungszimmer oder Schockraum. Der Patient verbleibt bis zum Abschluss der Übergabe auf der Rettungsdienststrage (Ausnahme: instabiler Patient!). Die Übergabe findet in ruhiger Atmosphäre statt. Während der Übergabe werden nur unmittelbar lebensrettende Tätigkeiten am Patienten vorgenommen (z.B. Herzdruckmassage und Fortführung der Beatmung). Der Teamleiter Rettungsdienst vergewissert sich, dass alle Teammitglieder der übernehmenden Abteilungen anwesend sind, es erfolgt eine Übergabe für das gesamte Team. Es muss für alle Anwesenden im Schockraum eine hohe (Gesprächs-) Disziplin herrschen!

Empfohlen wird eine Patientenübergabe nach dem von WHO und DGAI empfohlenen SBAR-Konzept mit Anpassung für den Rettungsdienst:

### Situation

- \*Name, Geschlecht, Alter
- \*Aktuelles Problem
- \*(Verdachts-)Diagnose

### Background

- \*Unfallmechanismus/ Notfallgeschehen
- \*Beschwerdebeginn

### Assessment

(Einschätzung/ Erhebung)

- \*cABCDE-Schema (jeweils Maßnahmen und Verlauf)
- \*SAMPLER, ggf. OPQRST
- \*Während/ nach Reanimation: 4 Hs und HITS

### Recommendation/ Rückfragen

(geschlossene Kommunikationsschleife)

- \*Empfehlungen des Teamleiters RD
- \*Erreichbarkeit Angehörige, Patientenverfügung/ Vollmacht

Der Teamkoordinator/-leiter der Aufnahmeeinrichtung (des Schockraumes) fasst die Übergabe zusammen, jetzt werden Rückfragen der Teammitglieder gestellt. Der Teamkoordinator/-leiter (Schockraum) gibt die Umlagerung frei, nachdem alle Fragen beantwortet wurden.

Anschließend Übergaben von Patienteneigentum, Blutproben, Chipkarten etc. und Protokollen

**Erst jetzt wird wieder mit der Patientin bzw. dem Patienten gesprochen und Maßnahmen durchgeführt. Nach der Patientenübergabe erfolgt die Übergabe des vollständig und leserlich ausgefüllten Rettungsdienst-Protokolls.**



# Abkürzungsverzeichnis NUN-Algorithmen

ÄBD	Ärztlicher Bereitschaftsdienst
ACS	Akutes Koronarsyndrom
ÄLRD	Ärztliche Leitung Rettungsdienst
ALS	Advanced Life Support
AMI	Akuter Myokardinfarkt
AP	Angina Pectoris
ARI	Akute respiratorische Insuffizienz
ASB	Assisted Spontaneous Breathing
AZ	Allgemeinzustand
BLS	Basic Life Support
BMV	Beutelmaskenventilation
BtM	Betäubungsmittel
BZ	Blutzucker
cCT	craniales Computertomogramm
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation
DRR	Diastolischer Blutdruck
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenierung
eCPR	extrakorporale CPR
EGA	Extraglottischer Atemweg
ET	Endotracheale Intubation
GCS	Glasgow Coma Scale
G-FAST	Gaze-Face-Arm-Speech-Time
GIZ	Giftinformationszentrum
h	Stunde
HA	Hausarzt*in
HF	Herzfrequenz
HKL	Herzkatheterlabor
HRST	Herzrhythmusstörung
HWS	Halswirbelsäule
I.E.	Internationale Einheit
i.m.	intramuskulär
i.v.	intravenös
ICB	Intracraniale Blutung
IPS	Intensiv-Pflege-Station
KF	Kammerflimmern
kg KG	Kilogramm Körpergewicht
KHK	Koronare Herzkrankheit
KI	Kontraindikation

KOF	Körperoberfläche
LAE	Lungenarterienembolie
Lj	Lebensjahre
LSB	Linksschenkelblock
LT	Larynxtrubus
LV	Landesverband
LVO	Large Vessel Occlusion
LVOS	Large Vessel Occlusion Stroke
MAD	Mucosal atomization Device (Schleimhaut Zerstäuber)
MILS	Manuelle Inline-Stabilisation
NA	Notarzt*in
NIV	Nicht Invasive Ventilation
NRS	Numerische Ratingskala
NSTEMI	Nicht-ST-Hebungsinfarkt
p.o.	per os (durch den Mund)
PEA	Pulslose elektrische Aktivität
pVT	Pulslose ventrikuläre Tachykardie
QM	Qualitätsmanagement
RDE	Richtdosis Erwachsener
RDK	Richtdosis Kind
RLS	Rettungsleitstelle
ROSC	Return of spontaneous circulation
RR	Blutdruck
RTH	Rettungshubschrauber
s.l.	sublingual
SABA	Short-Acting- $\beta$ 2-Agonist
SAMA	Short-Acting-Muskarinrezeptor-Antagonist
SGTKA	Status generalisierter tonisch-klonischer Anfall
SHT	Schädelhirntrauma
SOP	Standard Operational Procedure
SOP	Standardisierte Operative Prozedur
SRR	Systemischer Blutdruck
STEMI	ST-Hebungsinfarkt
STU	Schnelle Traumauntersuchung
TK	Thoraxkompression
TNA	Telenotfallmediziner*in
UAW	Unerwünschte Arzneimittelwirkung
VES	Ventrikuläre Extrasystole
VF	Ventrikuläres Flattern / Flimmern
ZNA	Zentrale Notaufnahme
ZV	Zentrale Bettenvergabe Schwerbrandverletzte