

VAW MED-01A: Reanimation im Rettungsdienst

Patenschaft:

- Rettungsdienstschule Saar (M. Höll, ERC-Kursdirektor / GRC National Educator)
- Notarztstandort NEF 7221 – KKH St. Ingbert (CÄ Dr. C. Meyer-Lang)

1. Rahmenbedingungen

Grundlage für eine Reanimation im saarländischen Rettungsdienst bei Kindern und Erwachsenen sind die jeweils gültigen **Leitlinien des European Resuscitation Councils (ERC)** mit den lebensrettenden Basismaßnahmen für Erwachsene und Verwendung automatisierter externer Defibrillatoren, Kardioversion und Schrittmachertherapie sowie der erweiterten Reanimationsmaßnahmen für Erwachsene und Kinder.

Aufgrund der altersspezifischen Besonderheiten stellt die VAW MED-01A die Reanimation im Erwachsenenalter und die VAW MED-01P gesondert die Kinderreanimation dar.

2. Basismaßnahmen zur Wiederbelebung Erwachsener und Verwendung von AEDs

2.1 Überlebenskette

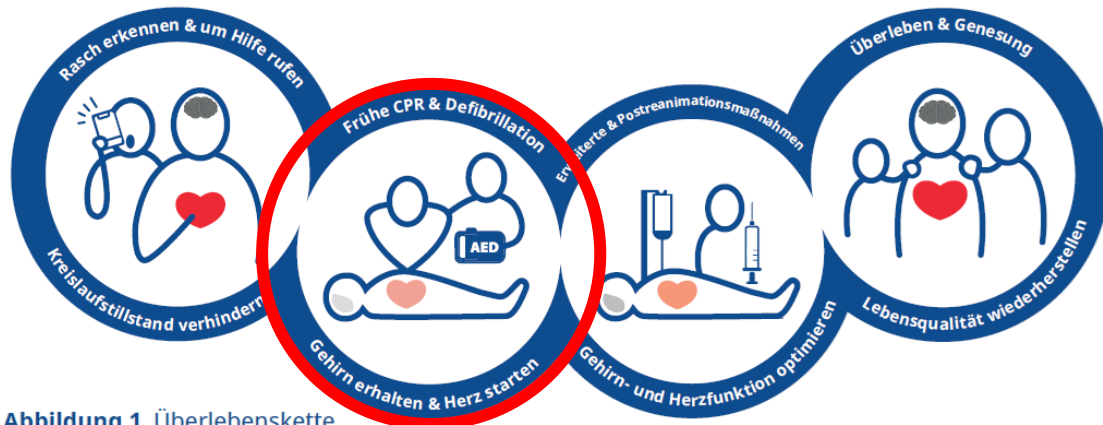


Abbildung 1 Überlebenskette

2.2 Basic Life Support und Verwendung von AEDs



Das Erkennen eines Herz- Kreislaufstillstandes ist essenziell. Ziel ist es die Verzögerung einer suffizienten Basisreanimation zu vermeiden.

Für alle Kreislaufstillstände im Rettungsdienst muss deshalb sichergestellt sein, dass beim Herantreten an die betreffende Person folgende drei Schritte Beachtung finden (auf den Rettungsdienst adaptiert)

Prüfen

- Ist es sicher, sich zu nähern?
- Ist die Person bei Bewusstsein?

Rufen

- Erwägen Sie eine Rückmeldung an die ILS (ggf. Nachforderung weiterer Kräfte)
- Beurteilen Sie die Atmung

Drücken

- Beginnen Sie sofort mit CPR, wenn die Person **nicht reagiert und keine normale Atmung zeigt**
- Sobald ein AED verfügbar ist, schließen Sie ihn an und befolgen die Anweisungen des AED
- und falls indiziert, erfolgt so schnell wie möglich eine **Defibrillation**
- Bei Unsicherheit Beginnen Sie unmittelbar mit der Thoraxkompression

Sicherheit

Vergewissern Sie sich, dass Patient und Anwesende nicht gefährdet sind. Achten Sie auf die Sicherheit! Stellen Sie ggf. die nötige Sicherheit für sich, den Betroffenen und weitere Helfer und Zeugen her.

Erkennen des Kreislaufstillstandes

Während Sie den Atemweg offenhalten: Sehen, hören und fühlen Sie **maximal 10 Sekunden**, um festzustellen, ob der Patient normal atmet oder andere Lebenszeichen zeigt. Insbesondere in den ersten Minuten eines Kreislaufstillstandes tritt häufig eine agonale Atmung (Schnappatmung) auf, dies ist ein typisches Merkmal eines Kreislaufstillstandes und sollte nicht als Zeichen normaler Atmung und normaler Kreislauffunktion missverstanden werden. Agonale Atmung tritt bei 30 – 60% der Herz- Kreislaufstillstände vorwiegend zu Beginn auf. Gleiches gilt für ein kurzfristiges, in der Regel durch Hypoxämie bedingtes Krampfen des Patienten.

Die Prüfung des Karotispulses hat sich für Laien- wie auch für professionelle Helfer als ungenaue Methode herausgestellt, um festzustellen, ob ein Kreislauf vorhanden ist. Sollte eine Pulskontrolle durchgeführt werden, muss diese mit der Atemkontrolle simultan erfolgen.

Für den Fall, dass der Patient nicht normal atmet und nicht reagiert, ist von einem Kreislaufstillstand auszugehen. Die erhöhte Mortalität eines Kreislaufstillstandes wiegt schwerer als das Risiko mit einer Wiederbelebung zu beginnen, sollte beim Patienten kein Kreislaufstillstand vorliegen.

Herzdruckmassage

Wenn ein Erwachsener Herzdruckmassage benötigt, besteht in der Regel ein kardiales Problem. Um den Vorrang der Herzdruckmassage bei der Wiederbelebung zu betonen, wird empfohlen, diese mit Thoraxkompressionen zu beginnen.

Führen Sie eine qualitativ hochwertige Thoraxkompressionen wie folgt durch:

- 1) stellen Sie kontinuierlich eine adäquate Thoraxkompression sicher – ohne den Beginn der CPR zu verzögern.
- 2) drücken Sie über der Mitte des Thorax mit der Handposition über der unteren Hälfte des Brustbeins
- 3) drücken Sie bei einem durchschnittlichen Erwachsenen ungefähr 5 cm tief, aber nicht tiefer **als** 6 cm.
- 4) komprimieren Sie den Thorax mit einer Frequenz von 100 – 120 pro Minute, unterbrechen Sie so selten wie möglich
- 5) entlasten Sie nach jeder Kompression den Thorax vollständig, lehnen Sie sich nicht auf den Thorax

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	2 von 18

Defibrillation mittels AED

Eine frühe Defibrillation ist eines der ganz entscheidenden Glieder in der Überlebenskette und eine der wenigen Maßnahmen, für die bewiesen ist, dass sie zu einem verbesserten Überleben nach einem Kreislaufstillstand bei VF/pVT führt. Daher sind im saarländischen Rettungsdienst alle KTW mit AED-Geräten ausgerüstet, damit der BLS durch das Team des KTW bereits durch eine Defibrillation schockbarer Rhythmen ergänzt werden kann.

Die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Defibrillation nimmt im Laufe der Zeit schnell ab. Aus diesem Grund ist eine frühe Defibrillation einer der wichtigsten Faktoren, die das Überleben nach einem Kreislaufstillstand bestimmen. Wenn keine Reanimation durch Zeugen des Ereignisses durchgeführt wird, erhöht sich die Sterblichkeit in jeder Minute die zwischen den Kollaps und der ersten Defibrillationen verstreicht, um ca. 6%.

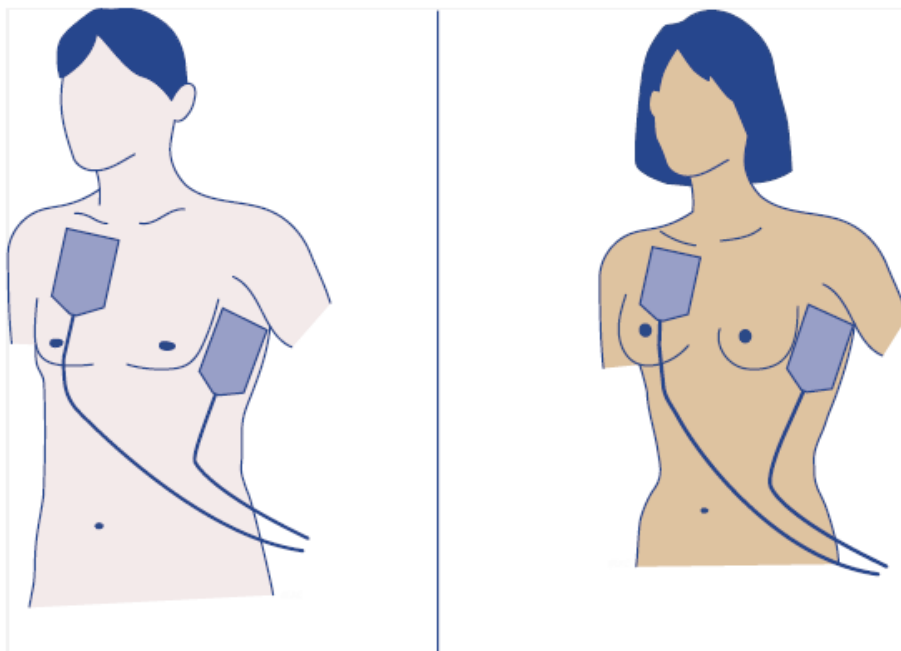
Je kürzer die Zeitspanne zwischen Auftreten von VF/pVT und der Schockabgabe ist, umso größer ist die Chance einer erfolgreichen Defibrillation und des Überlebens.

Obwohl die Defibrillation ein Schlüsselement in der Behandlung von VF/pVT ist, sind kontinuierliche, ununterbrochene Thoraxkompressionen ebenfalls notwendig, um die Chancen auf eine erfolgreiche Reanimation zu optimieren. Bei jedem unbeobachteten Kreislaufstillstand sollen **daher** die erstversorgenden Mitarbeiter hochwertige CPR - Maßnahmen mit minimaler Unterbrechung durchführen, bis ein Defibrillator angebracht ist. Unverzüglich ist eine Rhythmuskontrolle durchzuführen. Bei indizierter Defibrillation muss diese unmittelbar erfolgen.

Der Erfolg einer Defibrillation wird entscheidend durch die **Peri-Schock-Pause** bestimmt. Sie umfasst die kumulierte Zeit der Unterbrechung der Thoraxkompression vor und nach der Defibrillation. Die Peri-Schock-Pause soll 5 Sekunden nicht überschreiten. Auch bei Einsatz eines AED, bei dem die gerätebedingte Analysezeit nicht beeinflusst werden kann, ist auf eine Minimierung der Peri-Schock-Pause zu achten.

Die antero-laterale Pad-Position (siehe Abbildung) ist die Position der Wahl für die anfängliche Platzierung der Pads.

Achten Sie insbesondere darauf, dass das **apikale (laterale) Pad** korrekt positioniert ist (d. h. **unterhalb der Achselhöhle in der mittleren Axillarlinie** – siehe Abbildung). Eine nicht korrekt positionierte Elektrode kann Ursache für einen ausbleibenden Defibrillationserfolg sein.



Korrekte Position der Defibrillations – Klebepatches / antero - lateral

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML//PS/TS	5.1	TS	3 von 18

Im Bereich des KTW erfolgen Reanimationsmaßnahmen überbrückend bis zum Eintreffen von Fahrzeugen der Notfallrettung in der Regel als BLS (ggfs. inkl. Atemwegssicherung und Medikamentengabe) und unter Nutzung eines AED. Ein Vektorwechsel bei der Defibrillation (siehe Kapitel 4: ALS) ist aufwändig und sollte nur im absoluten Ausnahmefall bei stark verzögertem Eintreffen der Fahrzeuge der Notfallrettung und entsprechender Expertise im Team erwogen werden.

Nach einer Defibrillation kann der Rhythmus langsam und ineffektiv sein. Thoraxkompressionen sind dann evtl. erforderlich, bis ein adäquater kardialer Auswurf erfolgt. Nehmen Sie daher unverzüglich die CPR Maßnahmen wieder auf, – **und zwar unabhängig davon, zu welchem Ergebnis die Defibrillation geführt hat.**

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML//PS/TS	5.1	TS	4 von 18

3. Atemwegsmanagement unter Reanimationsbedingungen

Grundsätzlich gilt auch für das Atemwegsmanagement unter Reanimationsbedingungen die **VAW MED-02 Atemwegsmanagement** des ZRF Saar. Im Detail ist zu sagen:

3.1 Masken-Beutel-Beatmung

Bis zur Verfügbarkeit von Hilfsmitteln zur Sicherung der Atemwege (extraglottische Atemwegshilfe, Endotrachealtubus) erfolgt beim reanimationspflichtigen Patienten zunächst eine Masken-Beutel-Beatmung mit Anschluss eines Demand-Ventils ($\text{fiO}_2 = 1,0$).

Rettungssanitäter sollten die Masken-Beutel-Beatmung als überbrückende Maßnahme bis zum Eintreffen eines Rettungsmittels der Notfallrettung (RTW/NEF) durchführen. Bei unzureichendem Beatmungserfolg ist **unmittelbar** die Zwei-Helfer Methode anzuwenden, um eine suffiziente Oxygenierung sicherzustellen. Beidhändiger Esmarch-Handgriff (**doppelter C-Griff**) oder „Handballen-Technik“ (two thumbs down-Technik).

Achtung: Die ERC empfiehlt generell den Einsatz der Zwei-Helfer Methode in der Beatmung bereits PRIMÄR – wenn ausreichend Helfer verfügbar sind (z.B. 3. Besatzungsmitglied, First responder) sollte dies durch den Teamführer erwogen werden.

Weitere Optimierungsmaßnahmen können angewandt werden:

- Optimierung der Maskenposition (keine Verkantung, ausreichender vertikaler Druck)
- Optimierung der Kopfposition (leichte Reklination unter Berücksichtigung möglicher HWS-Verletzungen)
- zusätzliche Nutzung eines Oro- oder Nasopharyngealtubus

Jede Beatmung soll 1 Sekunde den Brustkorb sichtbar anheben.

3.2 Anlage einer EGA (Larynxmaske / i – Gel Maske)

Bei reanimationspflichtigen Patienten können Rettungsdienstmitarbeiter ab der Qualifikation Rettungsassistent eine EGA als Hilfsmittel für die kontrollierte Beatmung verwenden. Rettungssanitäter sollten eine EGA nur im Ausnahmefall (ultima ratio) nur bei Erfahrung nutzen und im Regelfall bis Eintreffen eines Rettungsmittels der Notfallrettung eine Masken-Beutel-Beatmung durchführen. Beim Einsatz einer EGA ist darauf zu achten, dass die Prioritäten der CPR erhalten werden. Die Prioritäten in absteigender Reihenfolge:

1. effektive Thoraxkompression mit minimaler Unterbrechung
2. effektive synchronisierte Oxygenierung
3. frühestmögliche Rhythmusanalyse und ggf. unmittelbares Durchführen der Defibrillation
4. Sicherung des Atemwegs mittels EGA

3.3 endotracheale Intubation durch erfahrene Anwender

Eine endotracheale Intubation im Rahmen einer CPR soll dem erfahrenen Anwender vorbehalten bleiben. Beim Out of Hospital Cardiac Arrest (OHCA) liegt die nicht erkannte Fehlplatzierung eines Endotrachealtubus bei 0,5% - 17%. Der „First – Pass – Success“ liegt bei ca. 49%.

Für den Fall einer endotrachealen Intubation ist eine Unterbrechung der Thoraxkompression von weniger als 5 Sekunden anzustreben. Mit ca. 125 durchgeführten Intubationen kann eine Erfolgsrate von 95% unter optimalen Bedingungen erreicht werden. Der Anwender soll daher eine kritische Nutzen Risiko Abwägung durchführen. Wenn verfügbar ist ein Videolaryngoskop **bereits beim ersten Intubationsversuch** zu nutzen.

Eine „Umintubation“ nach ROSC ist möglich, sollte präklinisch aber der Ausnahmefall sein. Hier ist insbesondere das Risiko einer erneuten Gefährdung der Atemwege und der Zeitbedarf kritisch zu hinterfragen.

3.4 Einsatz Beatmungsgerät (Medumat Standard / Standard²) – in begründeter Ausnahme

Im Rahmen der CPR ist eine adäquate und effektive Ventilation und eine daraus resultierende Oxygenierung essenziell. Dies wird durch eine Thoraxkompression mit möglichst geringer No-Flow Zeit anspruchsvoller. Beim Einsatz eines mechanischen Beatmungsgerätes kann der

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	5 von 18

erhöhte intrathorakale Druck durch die Thoraxkompression zu einer mangelnden Ventilation führen.

Der Einsatz von mechanischen Beatmungsgeräten (siehe 4.6) soll in strenger Nutzen-Risikoabwägung unter Einbeziehung der Erfahrung des Anwenders erfolgen. Bei zweifelhafter Qualität der Ventilation und / oder Oxygenierung ist die Nutzung der mechanischen Beatmung abubrechen.

Die Verwendung eines Demand Ventils ($fiO_2 = 1,0$) soll, wo immer möglich erfolgen. Beim intubierten Patienten kann die Verwendung einer Gänsegugel hilfreich sein. Vorteile der manuellen Beatmung mittels Beatmungsbeutel ist die Reduktion von möglichen Fehlern die durch den hohen intrathorakalen Druck im Rahmen der CPR entstehen und eine mangelnde Sauerstoffversorgung nach sich ziehen können.

Bei der Nutzung des Beatmungsbeckels ist auf ein angemessenes Tidalvolumen zu achten. Dies kann dadurch erreicht werden, dass der Beatmungsbeutel nicht mit der gesamten Hand ausgepresst wird und der Ventilierende neben dem $etCO_2$ auf eine moderate Thoraxexkursion achtet.

Sollte die Nutzung einer maschinellen Beatmung erwogen werden ist Folgendes zu beachten:

RS: überbrückende Masken-Beutelbeatmung mit dicht sitzender Maske und Nutzung eines Demand-Ventils ($fiO_2 = 1,0$), **kein** Anschluss eines Beatmungsgerätes.

RA/NFS: Zeigt die EGA keine groben Undichtigkeiten und ist eine moderate Thoraxhebung erkennbar, kann das maschinelle Beatmungsgerät zur Beatmung des Patienten verwendet werden. Das Beatmungsgerät sollte anfänglich bei der Beatmung von reanimationspflichtigen Patienten (Erwachsene) auf die Abgabe eines Tidalvolumen von 6-8 ml/kg KG (bezogen auf das Idealgewicht) bei 10 Atemhüben pro Minute und einem p_{max} von 60 mmHg eingestellt werden.

Das Beatmungsgerät „Medumat Standard²“ hat einen gesonderten **Modus „CPR“**. Nach dem schnellen Einstieg über die CPR-Taste und der Auswahl der Patientengruppe (Alter-/Gewichtskategorie), ist eine sofortige Beatmung mittels Beatmungsmaske und dem patientennahen MEDUtrigger möglich. Da der MEDUtrigger den Beatmungsbeutel ersetzt, kann per Tastendruck der Beatmungshub ausgelöst werden. Dadurch besteht die Möglichkeit einen doppelten C-Griff durchzuführen um eine bessere Maskenkontrolle bei schwierigen Bedingungen zu erreichen.

Bei der Anwendung der „Medumat Standard²“ sollten folgende Punkte beachtet werden:

1. Frühes Einschalten der Beatmungsplatte (vor Richten des Materials) wegen Selbsttest.
2. MEDUtrigger muss evtl. bei Maskenbeatmung mit Daumen unterbaut werden, ansonsten Gefahr der Diskonnektion bei Betätigung.
3. Zur Auskultation Beatmungsbeutel mit Demand-Ventil verwenden
4. Die Umstellung auf eine kontrollierte Beatmung sollte erst erfolgen, wenn der Tubus fixiert wurde.
5. Vor Anschluss an den Tubus Verbindung zwischen L-Stück und Patientenventil überprüfen.

Grundeinstellungen „Medumat Standard²“:

Erwachsener:

- VT: 500 ml
- Freq.: 10/min
- PEEP: 0 mbar
- Pmax: 30 mbar
- Pmax: CPR 60 mbar

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	6 von 18

3.5 Kapnografie

Die Kapnografie ist die Methode, die die größte Sensitivität und Spezifität zur Kontrolle der Tubuslage im Kreislaufstillstand aufweist, und zwar zur initialen Lagebestätigung aber auch zur kontinuierlichen Lageüberwachung. Sie sollte die klinische Beurteilung (Auskultation und sichtbare Tubuslage zwischen den Stimmändern) ergänzen. Die Kapnografie kann alleine allerdings nicht zwischen trachealer und bronchialer Positionierung des Tubus unterscheiden, hier ist eine sorgfältige Auskultation entscheidend.

Die Rolle der Kapnografie unter CPR umfasst nicht nur die Sicherstellung der Platzierung eines Endotrachealtubus in der Trachea sondern:

- Monitoring der Beatmungsfrequenz während CPR und Vermeidung von Hyperventilation.
- Monitoring der Qualität der Thoraxkompressionen während CPR. Endtidale CO₂-Werte stehen im Zusammenhang mit der Kompressionstiefe und der Beatmungsfrequenz.
- Erkennung eines ROSC während CPR. Ein Anstieg des endtidalen CO₂ kann ein Hinweis auf einen ROSC sein und vermag eine überflüssige und potenziell schädliche weitere Medikamentengabe bei einem Patienten mit ROSC zu verhindern.
- Frühzeitige Hinweise auf einen erneuten Kreislaufstillstand, wenn das entidale CO₂ nach ROSC bei adäquaten Beatmungen erneut abfällt.
- Prognosestellung während der CPR. Niedrige endtidale CO₂-Werte deuten möglicherweise auf eine schlechte Prognose und eine geringe Überlebenschance hin. (TOR-Kriterien).

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML//PS/TS	5.1	TS	7 von 18

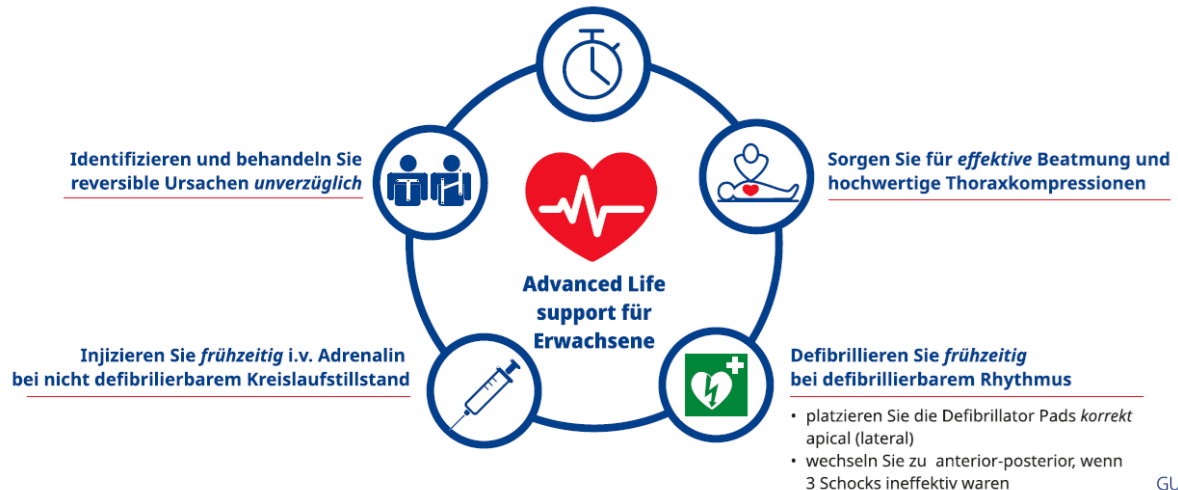
4. Advanced Life Support (ALS)

Erweiterte lebensrettende Sofortmaßnahmen für Erwachsene (advanced life support, ALS) kommen ergänzend zu den Basismaßnahmen zur Wiederbelebung (basic life support, BLS) zum Einsatz. Wurde ein automatisierter externer Defibrillator (AED) verwendet ist der Algorithmus durch den Teamleiter anzupassen.

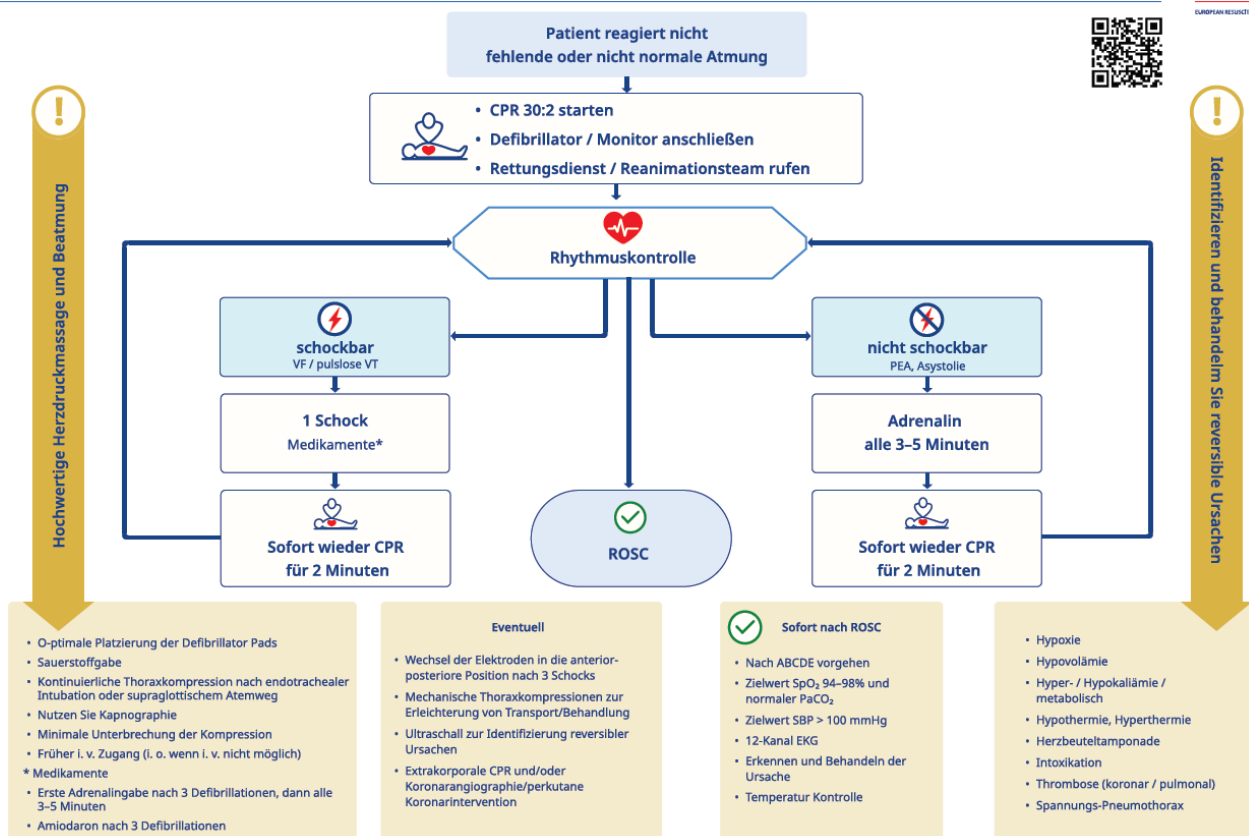
Die Qualität der Basismaßnahmen darf nicht zu Gunsten der erweiterten Maßnahmen vernachlässigt werden. Ausschlaggebend ist Quantität und Qualifikation des medizinischen Fachpersonals vor Ort.

Beginnen Sie sofort mit erweiterten lebensrettenden Maßnahmen

- Jede Sekunde zählt!



GUIDELINES
2025
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL



4.1 Defibrillation

EKG-Rhythmen – in Zusammenhang mit einem Kreislaufstillstand – werden in 2 Gruppen eingeteilt:

1. defibrillierbare EKG-Rhythmen:
 - Kammerflimmern (VF)
 - pulslose ventrikuläre Tachykardie (pVT)
2. nicht defibrillierbare EKG-Rhythmen:
 - Asystolie
 - pulslose elektrische Aktivität (PEA)

Rhythmusanalyse

Unmittelbar nach dem ein Defibrillator zur Verfügung steht erfolgt eine Rhythmuskontrolle (siehe 2.2). Implantierte Schrittmacher oder AICD Geräte sind zu beachten.

- **RS/RA:** im AED-Modus nach Gerätevorgaben (siehe Anwendung des Corpuls C1)
- **NFS/NA:** im manuellen Modus mit lauten Ansagen an das Team
 - „Stopp“ (Stopp der Thoraxkompression)
 - Analyse des EKG-Rhythmus mit Benennung des Ergebnisses
 - „Start“ (sofortiger Beginn der Thoraxkompression)
 - Die Unterbrechung zur Rhythmusbeurteilung soll 5 Sek. nicht überschreiten

Defibrillation (ohne Pre Charge)

- Fortführung der Thoraxkompression während Hochladen des Defibrillators
- wenn Defibrillator bereit, Unterbrechung der Thoraxkompression. Auf Sicherheit achten („Alle weg vom Patienten“) und Schock auslösen. Auf kurzmöglichste Perischockpause (< 5 sec) achten.
- direkte Fortsetzung der CPR ohne neuerliche Bewertung des Herzrhythmus oder Fühlen des Pulses für 2 Minuten, dann erneute Rhythmuskontrolle
- fließender Sauerstoff ist aus Sicherheitsgründen mindestens 1m zu entfernen (bei der Verwendung eines Demand Ventils nicht notwendig)
- eine anstehende Beatmung ist zu Gunsten der Defibrillation (Vermeidung der Impedanzerhöhung) anschließend durchzuführen

Antizipiertes Laden des Defibrillators (Pre – Charge)

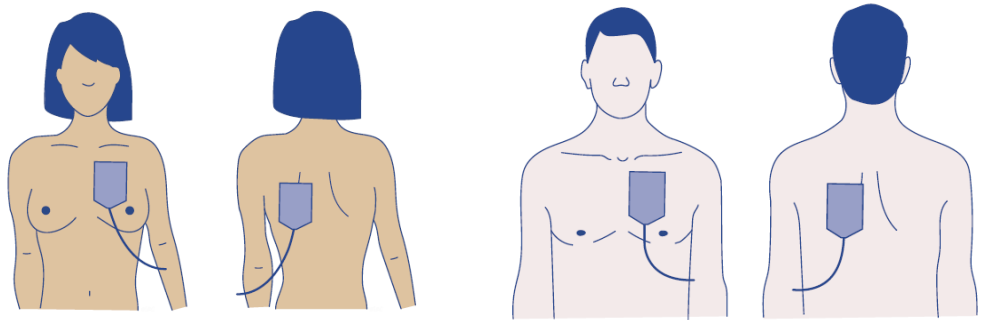
- Zur Minimierung der kumulierten Hands-Off Zeit (Peri-Shock Pause) kann das Vorladen des Defibrillators erwogen werden. Es bleibt dem erfahrenen und geübten Anwender vorbehalten und soll nicht routinemäßig durchgeführt werden. Sicherheitsaspekte stehen im Vordergrund.

Vector – Change und Double Sequential Defibrillation (DSD):

Erwägen Sie einen **Vektorwechsel** nach drei Schocks bei refraktären schockbaren Rhythmen.

- Hierzu ist ein weiterer Satz Klebe-Pads in antero-posteriorer Pad-Position anzubringen (siehe Abbildung). Das vordere Pad wird links vom Brustbein platziert – möglichst nahe der Thoraxwand, sodass möglichst wenig Brustgewebe den Weg des Defibrillationsimpulses verlängert. Das hintere Pad wird auf gleicher Höhe platziert, mittig direkt medial vom linken Schulterblatt.
- Um jederzeit einen zweiten Satz Klebe-Pads verwenden zu können, sind alle Defibrillator-Monitor-Einheiten im saarländischen Rettungsdienst mit einem zügig verfügbaren doppelten Satz Klebeelektroden auszurüsten.
- Das Anbringen eines zweiten Satz Klebe-Pads in antero-posteriorer Pad-Position erfolgt grundsätzlich erst **NACH** der dritten (erfolglosen) Defibrillation. Bis dahin ist zum einen nicht abzusehen, ob eine Defibrillation nicht doch erfolgreich ist und es gilt zum anderen der Grundsatz, die **kontinuierliche Thoraxkompression so wenig wie möglich zu unterbrechen**.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	9 von 18



Korrekte Position der Defibrillations – Klebeplättchen / antero - posterior

Die Anwendung eines Vektorwechsels differiert je nach den verfügbaren Ressourcen.

Sind **zwei Geräte verfügbar** (Regelsituation bei RTW und NEF vor Ort) kann ein Vektorwechsel mit DSD erfolgen. Hierzu werden die beiden Schocks unmittelbar aufeinander abgegeben. Die Vorgehensweise umfasst im Einzelnen:

Frühzeitige Information der ILS

- Bei bestätigter Reanimation mit schockbarem Rhythmus bei der ersten Rhythmusanalyse erfolgt eine Rückmeldung des ersteintreffenden Rettungsmittels (zumeist RTW) an die ILS durch Tasten der **Schnellwahltaste A am HRT Sepura SC 20** (siehe Abbildung rechts) – längeres Drücken bis Quittierung ertönt. Beim älteren HRT STP 9000 gibt es nur eine softkey-Taste oberhalb der Sprechaste, die dann zu nutzen wäre.



Dies ermöglicht der ILS folgende Reaktion:

- Information des zweiten Rettungsmittels auf Anfahrt (zumeist NEF) über den Reanimationsstatus mit der Konsequenz, dass der 2. Defibrillator zur Einsatzstelle mitgeführt wird.
- Abschätzung, ob ggfs. ein anderes Rettungsmittel (weiterer RTW, KTW) deutlich schneller verfügbar wäre als das anfahrende NEF und Alarmierung dieses Rettungsmittels

Achtung: Die für jedes Rettungsmittel verfügbaren HRT sollten grundsätzlich immer im Einsatz mitgeführt werden. Sie ermöglichen eine direkte Kommunikation zur ILS, die insbesondere in Notfallsituationen (Sicherheit des Teams, Notfall beim Patienten) von entscheidender Bedeutung ist.

Prüfung der Prioritäten

- Die Sicherstellung der Basismaßnahmen mit nur minimalen Unterbrechungen für indizierte Maßnahmen (< 5 Sekunden) hat absolute Priorität.
- Bevor eine DSD erwogen werden kann, muss ein Zugang etabliert und müssen die Atemwege gesichert sein.

Anbringen der Klebe-Pads in antero-posteriorer Position

- Aufschneiden der Kleidung am Oberkörper unter laufender Reanimation mit dem Ziel, das Anbringen der posterioren Elektrode unter minimaler Unterbrechung der Thoraxkompression zu ermöglichen.
- Anbringen der anterioren Elektrode unter laufender Reanimation.
- Drehen des Patienten in Seitenlage auf Kommando des Teamführers:
 - Der Teamführer (1) am Kopf sichert den Atemwegszugang (zuvor wird der Beatmungsbeutel kurzzeitig diskonnektiert).
 - Neben dem Teammitglied, das kontinuierlich die Herzdruckmassage ausführt (2), kniet auf derselben Seite in Hüfthöhe des Patienten ein weiterer Helfer (3) ab.
 - Ihnen gegenüber bereitet sich der vierte Helfer (4) darauf vor, die posteriore Elektrode aufzukleben.



- Der Teamführer vergewissert sich, dass alle Helfer an korrekter Position und einsatzbereit sind („Fertig“) und gibt dann das Kommando zum Drehen des Patienten.
 - Teammitglied 2 unterbricht die Herzdruckmassage und dreht zusammen mit Teammitglied 3 den Patienten auf die Seite (Analogie zur Positionierung eines Tragetuches unter den Patienten)
 - Teammitglied 4 klebt die posteriore Elektrode auf



- Rückführung des Patienten in die Rückenlage mit sofortiger Wiederaufnahme der Thoraxkompression (Intervall der Unterbrechung der Basismaßnahmen < 5 Sekunden).

Achtung: Ist der Einsatz einer mechanischen Reanimationshilfe geplant (siehe Kap. 4.7), kann die Umlagerung des Patienten zur Platzierung genutzt werden.

Achtung: Das Anbringen des 2. Satz Klebeelektroden sollte immer **in der Mitte** eines Reanimationszyklus (optimal nach der 3. Defibrillation und vor der 4. Analyse) erfolgen und dezidiert **NICHT** am Zyklusende, weil sonst die Perischockpause mit Umlagerung / Platzieren der Elektrode und nachfolgender Rhythmusanalyse zu lang wird.



Eine Videosequenz mit Darstellung der Durchführung einer DSD ist abrufbar unter

<https://www.youtube.com/watch?v=rbptLkaLYrl&t=2s>

oder mit neben stehendem QR-Code.

Wir danken dem Team der RDSS für die umfassende Unterstützung bei der Erstellung von Video und Fotos.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	11 von 18

Laden der Defibrillatoren und Schockabgabe

- Positionierung der beiden Defibrillatoren
 - Der **Master-Defibrillator** (ersteingesetzter Defi) wird mit Monitor in Richtung des Reanimationsteams gerichtet, sodass das Monitoring unter Reanimation (z.B. Zeiterfassung der Reanimationszyklen) über diesen Defi läuft.
 - Der **Slave-Defibrillator** (zweiter Defibrillator) wird mit Monitor abgewandt vom Reanimationsteam platziert, damit es nicht zu Verwechslungen im Monitoring kommt.
- Laden und Schockabgabe
 - Bedienung beider Defibrillatoren **AUSSCHLIESSLICH** durch eine einzige Person (wichtiger Sicherheitsaspekt)
 - Hochladen beider Defibrillatoren unter laufender Herzdruckmassage
 - Kommando „Stopp – Weg vom Patienten“ mit Unterbrechung der Basismaßnahmen. Vergewissern, ob alle Teammitglieder dem Kommando folgen
 - Schockabgabe in möglichst kurzem Abstand (Reihenfolge egal)
 - Kommando „Start“ mit Wiederaufnahme der Basismaßnahmen
- **Anmerkung:** Ausschließlich die Anwendung von zwei Corpuls C3-Geräten sowie die Kombination eines C3-Gerätes mit einem C1-Gerät ist vom Hersteller für eine DSD ohne Geräteschaden freigegeben.

Ist (initial) nur **ein Defibrillator** verfügbar, kann eine DSD nicht zur Anwendung kommen. Möglich ist jedoch ein Vektorwechsel. Der Vektorwechsel erfolgt durch das Anbringen eines zweiten Paar Klebeelektroden und anschließendem „Umkonnectieren“ des Defibrillators.

Dieses Vorgehen sollte **NUR IM AUSNAHMEFALL** zur Anwendung kommen (etwa bei sehr langem Warten auf den 2. Defibrillator), und abhängig gemacht werden von:

- **Hilfe bei der Umlagerung** zur Platzierung der posterioren Elektrode: Im Team eines RTW ist eine zügige Drehung des Patienten (Unterbrechung der Basismaßnahmen < 5 Sekunden) fast nicht möglich. Ggfs. findet sich Unterstützung durch First Responder oder Ersthelfer von Pflegepersonal / Polizei / Feuerwehr.
- **Körpergewicht und Einsatzstelle:** Eine zügige Drehung des Patienten ist abhängig vom Patientengewicht sowie den räumlichen Verhältnissen der Einsatzstelle.
- **Gut gesicherter Zugang und Atemwegssicherung:** Eine Gefährdung des Atemwegszugangs oder eine akzidentelle Entfernung des venösen / IO-Zugangs muss unbedingt vermieden werden.

Nach einer Defibrillation kann der Rhythmus langsam und ineffektiv sein. Thoraxkompressionen sind dann evtl. erforderlich, bis ein adäquater kardialer Auswurf erfolgt. Nehmen Sie daher unverzüglich die CPR Maßnahmen wieder auf, – **und zwar unabhängig davon, zu welchem Ergebnis die Defibrillation geführt hat.**

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML//PS/TS	5.1	TS	12 von 18

4.2 Medikamentengabe

Gabe von Vasopressoren:

- Verabreichen Sie Erwachsenen im Kreislaufstillstand mit einem nicht defibrillierbaren Rhythmus so bald wie möglich 1 mg Adrenalin.
- Geben Sie Erwachsenen mit Kreislaufstillstand mit einem defibrillierbaren Rhythmus nach dem dritten Schock 1 mg Adrenalin.
- Wiederholen Sie die Gabe von 1 mg Adrenalin alle 3–5 Minuten, solange die ALS-Maßnahmen fortgesetzt werden.

Gabe von Antiarrhythmika:

- Geben Sie Erwachsenen im Kreislaufstillstand nach drei Defibrillationen 300 mg Amiodaron i.v..
- Geben Sie Erwachsenen im Kreislaufstillstand nach fünf Defibrillationen als Repetition 150 mg Amiodaron i.v.
- Diese Amiodaron Dosen nach drei und fünf Schocks sind unabhängig davon, ob die schockbaren Rhythmen sequenziell (refraktär) oder intermittierend (rezidivierend) auftreten
- Alternativ kann Lidocain 100 mg initial und 50 mg Repetition verwendet werden.

Analosedierung unter laufender CPR

- Eine Analosedierung unter laufender CPR (ohne ROSC) kann **im Ausnahmefall** notwendig sein, um Patienten abzuschirmen und situationsbedingte Schmerzen zu vermeiden.
- Eine Analosedierung durch Notfallsanitäter erfolgt durch S-Ketamin / Midazolam (nur Initialdosis gemäß VAW ORG-02 Medizinische Kompetenz Rettungsdienstfachpersonal)

4.3 Intraossäre Injektion

Wenn ein peripher venöser Zugang (pVK) nicht zu platzieren ist (zwei frustrane Versuche), besteht für **NFS und NA** die Möglichkeit zur Anlage eines intraossären Zugangs (siehe VAW Med-03 Invasive Notfalltechniken). Die i.o. Injektion von Medikamenten ist analog der intravenösen Gabe. Die Anlage eines peripher venösen Zugangs ist vorzuziehen.

4.4 Feedback-System

Im Rahmen einer Reanimation ist die Qualität der Thoraxkompressionen ein entscheidendes Kriterium für das Outcome des Patienten – daher sollten Frequenz (100-120/min) und Drucktiefe (5-6 cm) der Thoraxkompression sowie die adäquate Entlastung kontinuierlich gemonitort werden.

Der **corPatch® CPR-Feedbacksensor** des Corpuls 3 steht allen Rettungsmitteln der Notfallrettung im Saarland zur Verfügung und **ist bei jeder Reanimation zu verwenden**. Er wird auf den Druckpunkt aufgeklebt und misst während der Reanimation Druckfrequenz und Drucktiefe. Das Feedback erhält der Anwender zeitgleich vom Corpuls3 und kann seine Kompressionen laufend optimieren. Zusätzliche Unterstützung bei der Reanimation bietet das smartMetronome®, das Druckfrequenz und Beatmungsintervall akustisch vorgibt. Zur optimalen Nutzung wird eine Taktfrequenz von 110 bpm als Voreinstellung empfohlen. Ebenso soll der Start der akustischen Unterstützung direkt beim Aktivieren des CPR Modus des Corpuls 3 automatisch erfolgen.

Spätestens alle 2 Minuten sollte zur Vermeidung von Ermüdung und zur Gewährleistung einer optimalen Reanimationsqualität der Helfer, der Thoraxkompressionen durchführt, gewechselt werden.

4.5 Notarzttruf

Bei Notfallmeldung Reanimation erfolgt die Alarmierung von Notarzt und Rettungswagen direkt durch die Integrierte Leitstelle. Ist eine Nachforderung des Notarztes notwendig, sollte diese so früh wie möglich (ohne Unterbrechung der Basismaßnahmen), spätestens vor Abklärung der reversiblen Ursachen für einen Herz-Kreislauf-Stillstand erfolgen.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	13 von 18

4.6 Potentiell reversible Ursachen

Potenziell reversible Ursachen oder aggravierende Faktoren, für die spezifischen Behandlungsmethoden existieren, müssen bei der Therapie eines jeden Kreislaufstillstands bedacht werden.

- Hypoxie
- Hypovolämie
- Hyper- / Hypokaliämie / metabolisch
- Hypothermie, Hyperthermie
- Herzbeuteltamponade
- Intoxikation
- Thrombose (koronar / pulmonal)
- Spannungs-Pneumothorax

Deshalb ist nach Sicherung der Atemwege und Anlage eines venösen / intraossären Zuganges unter Fortführung der BLS sowie ALS-Maßnahmen systematisch nach reversiblen Ursachen des Kreislaufstillstandes zu suchen. Therapieren Sie identifizierte reversible Ursachen umgehend (soweit präklinisch möglich).

4.7 Ablauf HLW mit mechanischen Reanimationshilfen

Indikation

Der Einsatz mechanischer Reanimationshilfen erfolgt nur mit Indikation und damit in folgenden Fällen:

- Benefit einer **Herzkatheter-Therapie** in der Klinik (STEMI vor der Reanimation, Lungenarterienembolie) **auch zum Transport zur eCPR**
- Benefit einer **protrahierten Reanimation** (z.B. Lyse nach Lungenarterienembolie, spezielle Intoxikationen, Hypothermie mit Wiedererwärmung in der Klinik)
- **prophylaktisch** zum Transport nach ROSC bei z.B. instabilen Patienten mit wiederholtem VF oder beim Transport von reanimationsgefährdeten Patienten im RTH (z.B. frischer STEMI)

Voraussetzungen

Die Entscheidung über den Einsatz des mechanischen Reanimationsgerätes fällt erst dann, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- die Atemwegssicherung ist erfolgt (EGA/ET, inkl. Kapnographie),
- ein venöser oder alternativ i.o. – Zugang ist etabliert
- benötigte Medikamentengabe(n) gem. ERC sind vorbereitet/ bzw. ggf. appliziert,
- die reversiblen Ursachen (H's + HITS) sind überprüft und ggfs. so weit möglich beseitigt,
- eine ausreichende Anzahl an Helfern (NEF und RTW) ist vor Ort, um in der Vorbereitungsphase des mCPR von corpulse® durch den RA/NFS des NEF weiterhin gem. ERC suffiziente Reanimationsmaßnahmen durchführen zu können (effiziente HDM/ zeitgerechte Defibrillationen).

Wegen ggfs. umfassenderer Erfahrung und auch aus MPG-rechtlicher Sicht macht es Sinn, den Algorithmus so auszulegen, dass die initiale Anlage und Bedienung des mCPR-Corpuls® (Einschalten, Prüfung, Unterbringung und Inbetriebnahme) durch den RA/NFS des NEF durchgeführt und angeleitet wird.

4.8 Point of Care Ultraschall (POCUS) und intraarterielle Blutdruckmessung

Die qualitativ hochwertige Thoraxkompression mit minimalen Unterbrechungen hat den höchsten Stellenwert. Daher soll der Einsatz von Ultraschall im Rahmen der Reanimation dem erfahrenen Anwender vorbehalten sein und sollte NUR mit strenger Indikation erfolgen. Es gilt:

- POCUS darf keine zusätzlichen oder längeren Unterbrechungen der Thoraxkompressionen verursachen.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026_02_VAW_MED-01A-5.0_Reanimation.docx	02/2026	MH/CML//PS/TS	5.1	TS	14 von 18

- POCUS kann nützlich sein die reversiblen Ursachen Herzbeuteltamponade und Spannungspneumothorax zu identifizieren
- Eine rechtsventrikuläre Dilatation während des Kreislaufstillstands soll nicht isoliert zur Diagnose einer Lungenembolie führen.
- Verwenden Sie POCUS nicht zur Beurteilung der Kontraktilität des Myokards als alleinigen Indikator für die Beendigung der CPR.

Intraarterielle Blutdruckmessung:

Steht eine intraarterielle Blutdruckmessung zur Verfügung, soll diese unter kritischer Nutzen Risiko Abwägung zum Einsatz kommen. Weder durch Anlage eines arteriellen Zugangs noch durch Bereitstellung der Messung dürfen die qualitativ hochwertigen Basismaßnahmen unterbrochen und die No-Flow Zeit verlängert werden.

4.9 ECLS (Extracorporeal Life Support) und eCPR (extrakorporale Reanimation)

Der Extracorporeal Life Support **ELCS** umfasst als Oberbegriff alle Verfahren der externen Unterstützung der Herz-/Kreislauf- sowie Lungenfunktion. Dies sind insbesondere die veno-venöse wie arterio-venöse extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO). Werden diese Verfahren im Rahmen einer Reanimation angewandt, spricht man von **eCPR** (extrakorporaler Reanimation).

Gemäß **ERC-Empfehlungen 2025** soll die eCPR als Rettungsversuch für diejenigen Patienten erwogen werden, bei denen die initialen ALS-Maßnahmen nicht zum Erfolg führten oder um spezielle Interventionen (z.B. eine PCI oder eine pulmonale Thrombektomie bei fulminanter Lungenembolie) zu ermöglichen. Extrakorporale Techniken setzen einen Gefäßzugang und ein Kreislaufgerät mit einer Pumpe und einem Oxygenator voraus, sie können die Zirkulation oxygenierten Blutes zur Wiederherstellung der Gewebsperfusion übernehmen. Damit lässt sich möglicherweise Zeit gewinnen für die Wiederherstellung einer adäquaten Spontanzirkulation und der Behandlung zugrunde liegender reversibler Störungen.

Umsetzung im Saarland

eCPR mit Etablierung eines Verfahrens zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO) unter Reanimation ist ein technisch sehr aufwändiges Verfahren, das sich präklinisch am Notfallort nur mit sehr hohem technischem, personellem und organisatorischem Aufwand umsetzen lässt. Deutlich einfacher umsetzbar ist dagegen die Auswahl der zur eCPR geeigneten Patienten zum Transport unter mechanischer Reanimation zu einer Klinik, in der ein eCPR-Team den Patienten übernimmt.

Geeignete Patienten (Indikationsliste siehe unten) sollten daher unter mechanischer Reanimation (mittels mCPR-Corpulse®) **nach entsprechender Voranmeldung** über die ILS in die beteiligten Kliniken eingeliefert und vom eCPR-Team übernommen werden.

Indikation zur eCPR im Rahmen des Pilotprojektes, adaptiert an (1)

Folgende Parameter müssen in Summe vorliegen, damit ein Patient für die eCPR sinnvollerweise in Frage kommt:

- beobachteter Herz-Kreislauf-Stillstand
- Laienreanimation (auch mittels Telefonreanimation)
- initial defibrillierbarer Rhythmus (VF/pVT) oder V.a. fulminante Lungenarterienembolie (LAE, hier auch PEA/Asystolie akzeptabel). Auch bei (relevanter) Hypothermie ist eine initiale Asystolie kein Ausschlusskriterium für eine eCPR.
- Zeit Präklinik (Kollaps bis Übergabe Klinik) ≤ 45 min
- keine Multimorbidität oder Patientenverfügung (DNR-Order)

Sind diese Kriterien **alle** erfüllt, sollte zügig (im Algorithmus nach Abarbeitung der Hs und HITS) die Indikation zur Zuführung zur eCPR gestellt und **über die ILS** die nächstgelegene Klinik mit eCPR-Team vorinformiert werden. Alarmierung und Patientenübergabe erfolgen im Detail:

- **Universitätsklinikum Homburg:** Alarm über Tel: 06841 16-55555 (diensthabender Facharzt ZNA); Übergabe im Schockraum – Gebäude 41
- **Klinikum Saarbrücken:** Alarm über 0681 34225 (Schockraummanager); Übergabe im Schockraum (ZNA).

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	15 von 18

- **SHG-Klinikum Völklingen:** Alarm über 06898 12-1155; Übergabe im Schockraum Station 1B1 (365d/24h)
- **Brüderkrankenhaus Trier:** Alarm über 0651 208 1771; Übergabe auf Intensivstation 1e2

Anschließend wird die mechanische Reanimation (mCPR corpuls®) etabliert und **schnellstmöglich** der Transport begonnen. Ggfs. ist die Hinzuziehung weiterer vor Ort bereits verfügbarer Kräfte (Feuerwehr, Notfallzeugen) zum schnellen Transport des Patienten zum RTW sinnvoll.

Literatur

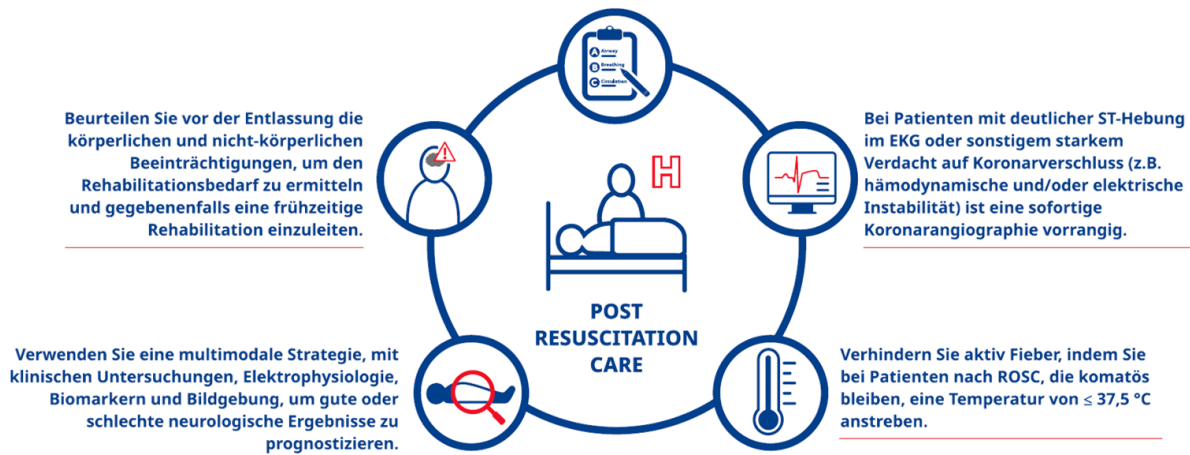
- (1) Michels G, Wegenmayer T, Hagl C et al: **Empfehlung zur extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimation (eCPR), Konsensuspapier der DGLIN, DGK, DGTHG, DGfK, DGNI, DGAI, DIVI und GRC.** Med Klein Intensivmed Notfmed 113 (2018): 478-486 DOI 10.1007/s00063-018-0452-8

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML//PS/TS	5.1	TS	16 von 18

5. Return of Spontaneous Circulation (ROSC)

Nach ROSC benutzen Sie das ABCDE Schema

- Sichern Sie den Atemweg durch endotracheale Intubation, wenn die entsprechenden Fertigkeiten zur Verfügung stehen).
- Sobald Sie die SpO₂ zuverlässig messen können oder arterielle Blutgaswerte vorliegen, titrieren Sie den inspiratorischen Sauerstoff auf eine Sauerstoffsättigung von 94–98 %, und beatmen, um Normokapnie zu erreichen.
- Streben Sie einen systolischen Blutdruck von > 100 mmHg bzw. einen mittleren arteriellen Druck von > 60–65 mmHg an.



Hinweise auf das Wiedereinsetzen des Kreislaufes (ROSC) sind:

- Puls (Pulskontrolle alle 2 min bei Rhythmusanalyse)
- sprunghafter Anstieg des endexpiratorischen CO₂ (Kapnographie)
- allgemeine Lebenszeichen

Liegen Hinweise auf einen ROSC vor, erfolgt eine Überprüfung der Vitalfunktionen nach dem ABCDE-Schema.

Airway (Atmung)

- Lagekontrolle von EGA / Endotrachealtubus
- Kontrolle von Dichtigkeit und Druck des Cuffs und der Befestigung von ET/EGA.

Breathing (Belüftung)

- Auskultation (seitengleiches Atemgeräusch?)
- Inspektion und Palpation des Thorax (Hinweise für Rippenfrakturen, Hautemphysem, Pneumothorax)
- Kontrolle von Kapnographie und Pulsoximetrie, ggfs. Anpassung der Beatmungsparameter
- Anpassung der Sauerstoffzufuhr (sobald die Sauerstoffsättigung pulsoximetrisch stabil abzuleiten ist, sollte die inspiratorische Sauerstoffkonzentration (fiO₂) so angepasst werden, dass die Sauerstoffsättigung im Bereich zwischen 94-98% liegt)

Circulation (Kreislauf)

- Puls, Rekap-Zeit, RR-Kontrolle – eine arterielle Blutdruckmessung kann (wo vorhanden) erwogen werden
- Ableitung eines 12 Kanal EKG (CAVE: Ischämie Zeichen)

Disability (Neurologie)

- Bewusstseinslage – bei Abwehrreaktionen des Patienten assistierte Beatmung mittels Beatmungsbeutel und Analgosedierung durch den NA. Der NFS kann bei heftigen Abwehrreaktionen des Patienten Midazolam 0,5 – 2 mg applizieren.
- Pupillenreaktion (-differenz und -weite), Seitenzeichen
- Eine Reaktion auf Schmerzreize sollte **NICHT** aktiv überprüft werden – zumindest nicht, solange der NFS allein ist und so Abwehrreaktionen des Patienten provozieren könnte.

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML/PS/TS	5.1	TS	17 von 18

Environment (Umgebung)

- SAMPLER-Schema (fremdanamnestisch, Informationen aus Auffindesituation)
- Zielgerichtetes Temperaturmanagement. Eine konstante Zieltemperatur zwischen 32° und 36 °C soll für jeden Patienten eingehalten werden. Die präklinische Kühlung mittels großer Infusionsmengen (2 Liter) wird nicht mehr empfohlen. Dennoch soll ein „Auf fiebern“ des Patienten vermieden werden.

Die Zuweisung in ein zertifiziertes Cardiac Arrest Center soll erwogen werden. Eine Voranmeldung erfolgt über die Integrierte Leitstelle und soll durch ein „Arzt – Arzt Gespräch“ ergänzt werden.

6. Teamdebriefing

Die ERC-Leitlinien benennen: Verwenden Sie datengestützte, leistungsorientierte Debriefings aller Helfer, um die Qualität der Wiederbelebung nachhaltig und kontinuierlich auf einem hohen Niveau zu halten. Eine permanent hohe Versorgungsqualität mit dem Ziel das Patienten Outcome stetig zu optimieren, sowie Anwender- und Patientensicherheit zu gewährleisten, soll angestrebt werden.

Nach Abschluss eines Rettungsdiensteinsatzes sollte daher wenn immer möglich ein Teamdebriefing aller beteiligten Helfer (wenn vor Ort auch unter Einbindung von First Respondern) erfolgen, das sich orientiert an:

- **Leitlinienkonformität:** Erfolgte die Reanimation leitliniengerecht ?
- **Stärken:** Was ist gut gelungen ?
- **Schwächen:** Wo bestehen Optimierungspotentiale ?

Dateiname:	Datum:	Ersteller:	Version:	Freigabe:	Seite
2026 02 VAW MED-01A-5.0 Reanimation.docx	02/2026	MH/CML//PS/TS	5.1	TS	18 von 18