erweiterte Notfallversorgung durch Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten im Rhein - Kreis Neuss

rhein
kreis
neuss

das „Notkompetenz“ - System

gesetzliche Grundlagen

§ 3 RettAssG:

„Die Ausbildung soll entsprechend der Aufgabenstellung des Berufs als Helfer des Arztes insbesondere dazu befähigen, am Notfallort bis zur Übernahme der Behandlung durch den Arzt lebensrettende Maßnahmen bei Notfallpatienten durchzuführen.....“

§ 323c StGB (unterlassene Hilfeleistung):

„Wer bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not nicht Hilfe leistet, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten, insbesondere ohne erhebliche Gefahr und ohne Verletzung anderer wichtiger Pflichten möglich ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.“

§ 34 StGB (rechtfertigender Notstand):

„Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.“

§ 223 StGB (Körperverletzung)

„1) Wer eine andere Person körperlich misshandelt oder an der Gesundheit schädigt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
2) Der Versuch ist strafbar“

§ 228 StGB (Einwilligung)

Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung des Patienten vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“

gesetzliche Grundlagen

zu 2: Notkompetenz des Rettungsassistenten

Der Rettungsassistent hat wie jeder Bürger der Pflicht zur Hilfeleistung nach § 323c StGB zu genügen. Darüber hinaus hat er in seiner Rettungsdiensttätigkeit eine ***Garantenstellung***, da er sich beruflich dem Rettungsdienst widmet und somit höhere Ansprüche an seine Fähigkeit zur Hilfeleistung gegen sich gelten lassen muss...

...ein Handeln unter Berufung auf die Notkompetenz setzt voraus, dass:

der Rettungsassistent am Notfallort auf sich alleine gestellt ist und eine rechtzeitige ärztliche Hilfe, etwa durch An- oder Nachforderung des Notarztes, nicht erreichbar ist....

die Maßnahmen, die er aufgrund eigener Diagnosestellung und therapeutischer Entscheidung durchführt, zur unmittelbaren Abwehr von Gefahren für das Leben oder die Gesundheit des Notfallpatienten dringend erforderlich sind....

das gleiche Ziel durch weniger eingreifende Maßnahmen nicht erreicht werden kann (Prinzip der Verhältnismäßigkeit bei der Wahl der Mittel)....

die Hilfeleistung nach den besonderen Umständen des Einzelfalles für den Rettungsassistenten zumutbar ist.....

gesetzliche Grundlagen

Vor jeder Notkompetenzmaßnahme ist *im Einzelfall* zu prüfen:

kann ein (Not-) arzt die Einsatzstelle rechtzeitig erreichen?

ist die Maßnahme dringend erforderlich und geeignet?

gibt es weniger invasive Maßnahmen (Verhältnismäßigkeit?)?

ist die Maßnahme zumutbar und wird sie beherrscht?

liegt eine Einwilligung des Patienten vor?

- ✘ ausdrücklich
- ✘ durch konkludentes (*eine ausdrückliche Willenserklärung rechtswirksam ersetzendes, schlüssiges Verhalten (hier z.B. den Handrücken dem Rettungsassistenten entgegenstrecken))* Handeln
- ✘ mutmaßlich

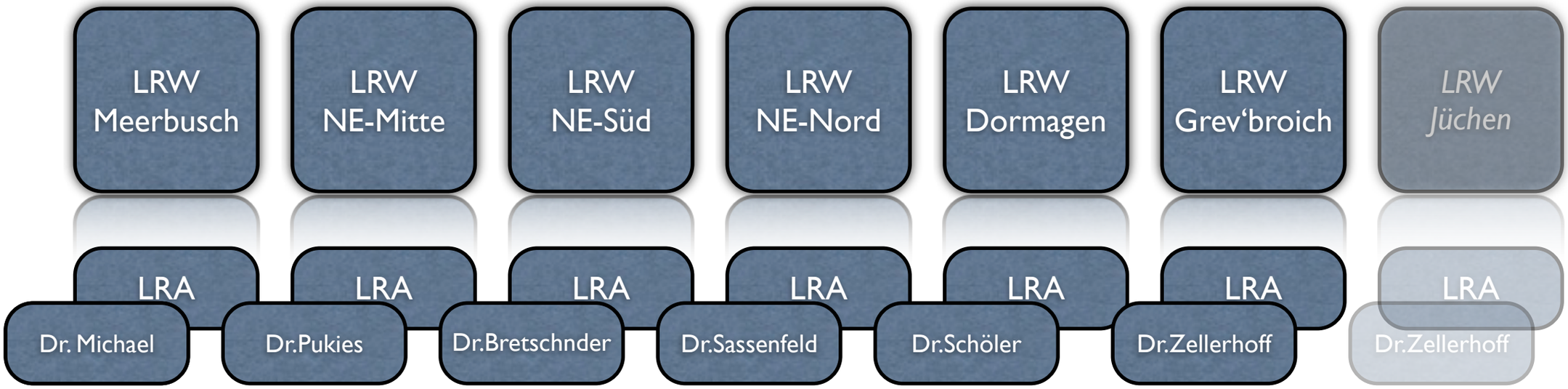
Entwicklung im Bundesgebiet

- Stellungnahme der Bundesärztekammer zur so genannten „Notkompetenz“ - 1992
- erste Veröffentlichungen zu Systemen in Rheinland-Pfalz / Köln
- seit etwa 5 - 8 Jahren zunehmende Verbreitung im Bundesgebiet

Inhalte (Maßnahmen)

- Defibrillation bei Kammerflimmern mit halbautomatischen Defibrillatoren
- peripher-venöse Zugänge
- Infusion von Vollelektrolytlösung
- Atemwegssicherung durch Larynxtubus / *Endotrachealtubus*
- folgende Notfallmedikamente -
  - Nitrolingualspray bei V.a. Herzinfarkt
  - Adrenalin bei Kreislaufstillständen / *allergischem Schock*
  - Verneblung von Medikamenten beim Asthmaanfall
  - nasale Gabe eines Medikaments zur Unterbrechung von cerebralen Krampfanfällen
  - intravenöse Glukosegabe bei bewußtlosen und unterzuckerten Diabetikern

Entwicklung und Struktur im Rhein - Kreis Neuss



Projektkoordination:
Dr. B. Sassenfeld
Jürgen Graw

Entwicklung und Struktur im Rhein - Kreis Neuss

LRW Meerbusch	LRW NE-Mitte	LRW NE-Süd	LRW NE-Nord	LRW Dormagen	LRW Grev'broich	*LRW Jüchen*
LRA	LRA	LRA	LRA	LRA	LRA	LRA
Dr. Michael	Dr.Pukies	Dr.Bretschnder	Dr.Sassenfeld	Dr.Schöler	Dr.Zellerhoff	Dr.Zellerhoff

Projektkoordination:
Dr. B. Sassenfeld
Jürgen Graw

→ Arbeitsgemeinschaft NoKo →

RD-Kompendium
Prüfungsinhalte
Organisatorisches

Struktur und Organisation

- 30 h jährliche Fortbildung
- schriftl. / mündl. / prakt. Prüfung durch beteiligten Arzt und Lehrrettungsassistententeam
- gesonderte Dokumentation
- Kontrolle der Einsatzberichte und ggf. Nachbesprechung

Prü
prot
Version

Malteser

Feuerwehr
Dormagen
Rettungsdienst

DRK Neuss DRK Grevenbroich Feuerwehr Dormagen Johanniter RV Niederrhein Malteser Neuss	**Prüfprotokoll** **Pra** **Reani**	**Notkompetenzsystem**

Datum:

Beginn: **Uhr**

Kopfposition: _____

Basis Maßnahmen	
Vital Check evtl. Puls Kontrolle	
Guedeltubus	
Beutel inkl. Reservoir / Demandventil	
Sauerstoffgabe; Zeit ≤ 30 sek.	
AED u. feste Ableitung verwendet	
2 min. CPR 30:2 (5 Zyklen)	
Kompressionsfrequenz okay? (100/min +/- 10%)	

1. Defibrillation	
evtl. Positionswechsel in Analysephase	
Patientenkontakt während d. Analyse	
Kontrollblick	
Schock angesagt	
1. Schock nach ca. 2 min. (2 ½ bei CPR max)	

erweiterte Maßnahmen	
Einlegen LT® unter Thoraxkompress.)	
Lagekontrolle LT® ≤10 sek.	
Korrektur/Entfernung LT® bei Leckage	
Fixierung LT®	
2 min. CPR 30:2 (5 Zyklen)	
Kompressionsfrequenz okay? (100/min +/- 10%)	

2. Defibrillation	
Positionswechsel in Analysephase	
Patientenkontakt während der Analyse	
Kontrollblick	
Schock angesagt	
Beutel bei Schock von LT® getrennt	
2. Schock nach ca. 4 min.	

Unterbrechung d. HDM f. Analyse und Defibrillation minimal?	
Beatmung nach ROSC ≤ 15 sek.	
Pulskontrolle hämodyn. Rhythmus	

Leistungskontrolle erfolgreich be

Kopfposition: ***ja O***

Seitenposition: ***ja O***

_____
betreuender Arzt

Erstellt	Geprüft/freigegeben	Änderu
Wer: Barendt	Wer: Dr. Sassenfeld	Vers
Wann: 14.04.08	Wann: s. Datum	

DRK Neuss DRK Grevenbroich Feuerwehr Dormagen Johanniter RV Niederrhein Malteser Neuss	

Alarmmeldung: INT_ALARM, H

Notfallsituation:

Ein ca. 45-jähriger Mann sitzt in einer
Haut ist blaß und kaltschweißig.

Anamnese:

Bekannter Bluthochdruck, der mit Beta
Beginn der Symptome: vor ca. 30 min.

Bei Nachfrage: Pat. hat noch nie Viagr

Untersuchungsergebnisse:

Atemwege: frei
B / Atmung: Atemfrequ
Cirkulation: periphere
Disability: wach und

EKG II tachycard
12 Kanal EKG: ST – Stre
SpO2: 98%
RR: 140 / 90
BZ: 136 mg/d

Symptome: Brustschn
Allergien: nicht beka
Medikation: ASS 100
Patientengeschichte: Bluthocho
Letzte Mahlzeit: 2 Brötche
Ereignis: spontan a

O nset (Beginn) vor ca. 30
P rovokation / Linderung nach Stre
Q ualität retrostern
R adiation in den link
S tärke 8 (sehr st
T (zeitlicher Verlauf) schlagarti

Erstellt	Geprüft/freigegeben	Änderungsstatus	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite
Wer: Wohlgemuth	Wer: Dr. Sassenfeld	Version 2.3	01.01.2009	ungültig	6
Wann: 06.12.08	Wann: s. Datum				von 15

DRK Neuss DRK Grevenbroich Feuerwehr Dormagen Johanniter RV Niederrhein Malteser Neuss	**Asthma / COPD Prüfungsprotokoll**	**Mündliche Prüfung Notkompetenzsystem Rhein – Kreis Neuss**

RA / RAiP_____ **Datum**:_____

Eigenschutz	Ja	Nein	
SAMPLE	Ja	Nein	
ABCD	Ja	Nein	

Notarztruf	Ja	Nein	

Basismaßnahmen:

Lagerung	Ja	Nein	
Atemanweisung	Ja	Nein	
SpO_2	Ja	Nein	
Psych. Betreuung	Ja	Nein	
RR Messung	Ja	Nein	
EKG	Ja	Nein	
BZ Messung	Ja	Nein	

Erweiterte Maßnahmen:

Venöser Zugang	Ja	Nein	
Sauerstoffgabe	Ja	Nein	
Verneblung 8l/min	Ja	Nein	
Salbuhexal	Ja	Nein	2.5 mg (2 Amp. je 2,5 ml / 1,25 mg)
Atrovent	Ja	Nein	0,5mg
auf festen Maskensitz geachtet	Ja	Nein	
Kontraindikationen für Salbutamol genannt	Ja	Nein	HF > 150 / min. ACS

Bestanden:	Ja	Nein	

Prüfer:

Protokollführender RA **Arzt**

Erstellt	Geprüft/freigegeben	Änderungsstatus	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite
Wer: Wohlgemuth	Wer: Dr. Sassenfeld	Version 2.3	01.01.2009	ungültig	11
Wann: 06.12.08	Wann: s. Datum				von 15

Qualitätssicherung

- zeitl. begrenztes Zertifikat
- kontinuierliche Kontrolle der Einsatzberichte
- bidirektionales Feedback
- Utstein -style - Analyse *(Überlebensrate der Reanimationspatienten)*

Qualitätssicherung

Verändern die ERC Guidelines 2005 für kardiopulmonale Reanimation das Patientenoutcome beim prähospitalen Herz-Kreislaufstillstand?

J. Stursberg [1], J. Graw [2], B. Sassenfeld [3], D. Ebel [4]

[1] Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Germany
[2] Johanniter-Unfall-Hilfe Regionalverband Mittlerer Niederrhein, Lehrrettungswache Meerbusch, Germany
[3] Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH, Germany
[4] Department of Intensive Care Medicine, Medical Centre, Radboud University Nijmegen, The Netherlands

Hintergrund und Fragestellung:

- Die „ERC Guidelines for Resuscitation 2005" betonen die Bedeutung der Basic Life Supports.
- Möglichst lückenlose Thoraxkompressionen („Push hard and fast"), die neue Kompressions-Ventilations-Ratio (30:2), die 1-Schock-Strategie bei defibrillierbaren Arrhythmien (Kammerflimmern, VF; pulslose Kammertachykardie, pVT) und die sofortige Wiederaufnahme der Thoraxkompressionen nach einer Defibrillation sind wichtige Änderungen zur Reduktion der „No-Flow-Time" im Rahmen einer kardiopulmonalen Reanimation (CPR).[1]
- Wir untersuchten, ob sich aus der Implementierung der neuen Reanimationsleitlinien eine Veränderung beim Outcome des prähospitalen Herz-Kreislaufstillstandes (HKS) ergibt.

Material und Methoden:

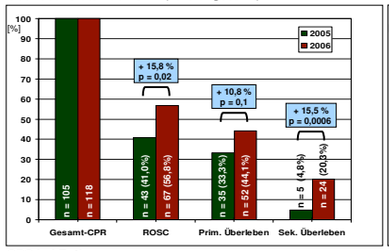
- Es erfolgte die Auswertung der Jahre 2005 und 2006 des Utstein-Style-basierten Reanimationsregisters der Stadt Neuss (NRW, 150.000 Einwohner).[2]
- Aus insgesamt 576 prähospitalen Kreislaufstillständen (inklusive Todesfeststellungen) wurden die Reanimationen von Patienten (≥ 18 Jahre) mit Verdacht auf kardial bedingten HKS eingeschlossen.
- Diese Reanimationen wurden untersucht auf:
  - **Return of Spontaneous Circulation (ROSC)**
  - **Primäres Überleben (Spontankreislauf bei Krankenhausaufnahme)**
  - **Sekundäres Überleben (Krankenhausentlassung)**
  - **Neurologischer Status bei Entlassung mittels Cerebral Performance Category (CPC).**[3]
- 2005 wurde die CPR gemäß der ERC Guidelines 2000, 2006 gemäß der 2005er Guidelines durchgeführt.
- Statistik: Chi-Quadrat-Test, Fischer´s exakter Test, Mann-Whitney-Test; $p < 0.05$ ist signifikant.

Ergebnisse:

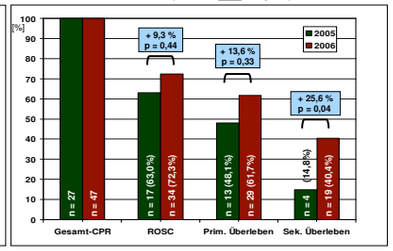
Allgemeine Daten

	2005 (n = 105)	2006 (n = 118)	p-Wert
Anteil Männer, n (%)	64 (61,0%)	84 (71,2%)	0,11
Alter (Jahre; MW ± SD, [Range])	71,3 ± 12,5 [39-94]	69,8 ± 13.1 [39-96]	0,42
Anteil beobachteter HKS / Kollaps, n (%)	64 (61,0%)	74 (62,7%)	0,79
Ort des Kollaps, Anteil daheim, n (%)	76 (72,4%)	90 (76,3%)	0,51
Anteil Laien- Helfer-CPR, n (%)	20 (19,0%)	20 (16,9)	0,68
Anfahrtszeit des Notarztes (min; MW ± SD, [Range])	6,6 ± 3,1 [2-18]	7,0 ± 3,3 [2-21]	0,43
Anteil defibrillierbarer Erst-EKG, n (%)	27 (25,7%)	47 (39,8%)	0,03

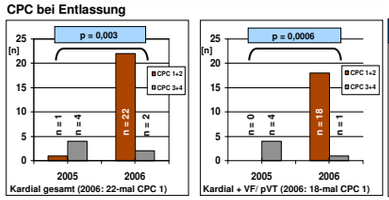
Überlebensrate nach CPR (kardial gesamt)



Überlebensrate nach CPR (kardial und VF/pVT)



CPC bei Entlassung



Diskussion:

- Die Auswertung zeigt für das Jahr 2006 Verbesserungen in den Bereichen ROSC, primäres und sekundäres Überleben.
- Insbesondere fallen eine signifikante Zunahme des sekundären Überlebens und eine signifikante Verbesserung des neurologischen Status beim Zeitpunkt der Krankenhaus-entlassung auf.
- Da diese Veränderungen auch in der Subgruppe „kardial und VF/pVT" auszumachen sind, lässt sich das positive Ergebnis für 2006 nicht allein durch das häufigere Antreffen von defibrillierbaren Rhythmen als Erst-EKG erklären.

Schlussfolgerung:

- **Die Einführung der ERC Guidelines 2005 war im Rettungsdienst der Stadt Neuss mit einem signifikant besseren Überleben und einem ebenfalls signifikant besseren neurologischen Ergebnis assoziiert.**
- **Unsere Daten sprechen dafür, dass die Anwendung der neuen Reanimationsleitlinien zu einer Outcomeverbesserung beim prähospitalen Herz-Kreislaufstillstand führt.**

(1) Resuscitation 2005; 67 (Suppl 1): S1-S189
(2) Resuscitation 1991; 22: 1-26
(3) Lancet 1975; 1: 480-484

Kontakt: joerg.stursberg@gmx.de

DAC 26.04-29.04.2008, Nürnberg, Germany

DRK Neuss DRK Grevenbroich Feuerwehr Dormagen Johanniter RV Niederrhein Malteser Neuss	**Utstein – Style – Analyse** **Datensatz: Reanimation**	Fahrzeugkennung:

Einsatzbezogene Daten:

01 Datum: _____ / _____ / 20_____ (tt / mm / jj) **02 Zeit des Kollapses[1]: _____ h: _____ min.**

03 Einsatznummer: _____ - _____ **04 Stadt / Ortsteil:** _____

05 Ort d. Kreislaufstillstandes:

zu Hause	☐	Arbeitsplatz	☐
öffentlicher Raum / Strasse	☐	Arztpraxis	☐
Versorgungseinrichtung	☐	Sonstiges: _____	

06 Ausrückzeit: _____ **h** _____ **min** **07 Eintreffzeit:** _____ **h** _____ **min.**

Patientenbezogene Daten

08 offensichtl. nicht-kardialer Grund ☐ **09 keine Reanimationsmaßnahmen** ☐

10 Alter: _____ in Jahren **11 Geschlecht:** **m** ☐ **w** ☐

12 CPC _____ **OPC** _____ **vor dem Kreislaufstillstand**

13 Kreislaufstillstand:

beobachtet	☐
unbeobachtet	☐
unbekannt	☐

14 Stillstand d. RD beobachtet:

ja	☐
nein	☐

15 Laien – HLW durchgeführt: ja ☐ nein ☐

wenn ja, Zeitpunkt der Laien – HLW[1]: _____ **h** _____ **min**

16 Beginn CPR durch RD[2]: _____ **h** _____ **min**

17 EKG – Rhythmus (bei Eintreffen RD):

VF / VT	☐
PEA	☐
Asystolie	☐

18 Zeitpunkt des ersten Schocks:

durch RA (in Notkompetenz /AED) ☐

Zeitpunkt: _____ **h** _____ **min**

durch NA (auch delegierte Schocks) ☐

19 Anzahl der Schocks (gesamt):

_____ **x 150 J** _____ **x 200 J** _____ **x 300 J** _____ **x 360 J**

Erstellt	Geprüft/freigegeben	Änderungsstatus	Gültig ab:	Gültig bis:	Seite
Wer: Graw	Wer: Dr. Sassenfeld	Version 2.3	01.01.2009	ungültig	1
Wann: 05.05.07	Wann: s. Datum				von 3

1 = geschätzter Zeitpunkt, 2 = gemessener Zeitpunkt, 3 = bester je erreichter Wert n. Reanimation und vor Entlssg. o. Tod
VF – Kammerflimmern, VT – Kammertachycardie, PEA – Pulslose Elektr. Aktivität, ROSC – Return of Spontaneous Circulation

Qualitätssicherung

The laryngeal tube - An alternative airway device in prehospital cardiopulmonary resuscitation: An analysis of the first year of using this device by paramedics

J. Stursberg[1], A. Köster[1], D. Daverzhofen[2], J. Graw[3], F. Brünnen[4], L. Barendt[5], B. Sassenfeld[6]

[1]Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf, Germany
[2]Deutsches Rotes Kreuz, Kreisverband Neuss e.V., Lehrrettungswache Am Südpark
[3]JUH Regionalverband Mittlerer Niederrhein, Lehrrettungswache Meerbusch
[4]JUH Regionalverband Mittlerer Niederrhein, Lehrrettungswache Neuss-Mitte
[5]Malteser-Hilfsdienst Neuss e.V., Lehrrettungswache Neuss-Nord
[6]Klinik für Anästhesie und operative Intensivmedizin, Städtische Kliniken Neuss Lukaskrankenhaus GmbH

Background:

- The golden standard for the airway management during cardiopulmonary resuscitation (CPR) is still the endo-tracheal intubation (ET) (1). But for this golden standard the practitioner needs a high skill level in this technique.
- After analysing the former years of our Notkompetenz-System (Rettungsassistenten) in Neuss (Germany), our paramedics intubate about 0.3 times per year. Therefore, the paramedics get only little practical ET experience on their daily work on an ambulance.
- An alternative airway device is the laryngeal tube (LT; VBM Medizintechnik, Germany; Figure 1), a supraglottic airway device.
- We evaluate success rate and problems in using the LT by paramedics during prehospital CPR.

Figure 1

Method:

- Together with the introduction of the new ERC Guidelines 2005 for CPR in the prehospital CPR-protocoll, we implemented the LT for the advanced airway management.
- We educated our paramedics theoretically (45 minutes) and practically (45 minutes) in using the LT.
- The practical training was performed using a manikin (Laerdal® ALS Simulator and Ambu® Cardiac Care Trainer).
- The evaluation of the LT use is based on analysing the emergency protocolls (DIVI-Rettungsdienst-Einsatzprotkoll) and a special questionnaire for the LT use.
- Both documentations were obligatory for the paramedics and were collected and analysed by the emergency physicians, who coordinate and supervise the Notkompetenz-System in Neuss.
- Figure 2 shows the CPR-algorithm.

Results:

- From 03/2006 to 02/2007 we registered 47 LT uses (Table 1, Table 2).

Table 1: General data (n = 47):

Age (Years, Mean ± SD, Range)	68 ± 14 (36-86)
Sex ratio (M : F)	32 : 15
Body constitution (valutated by paramedics)	
· Normal	22 / 47
· Adipose	25 / 47
Body height (valutated by paramedics)	
· 155 - 180 cm	27 / 47
· ≥ 180 cm	20 / 47
Suspicion of cardial genesis of cardiac arrest	35 / 47
ROSC (Return of Spontaneous Circulation)	20 / 47 (42.6%)
Hospitalization with spontaneous circulation	15 / 47 (31.9%)
First rhythm shockable (VF/ pulseless VT)	12 / 47 (25.5%)

The CPR-Algorithm:

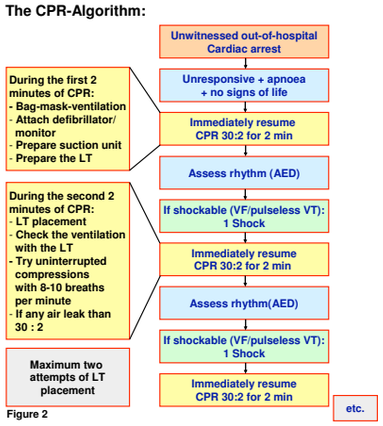


Figure 2

Table 2: LT associated data (n = 47):

LT success rate	38 / 47 (80.9%)
Success in the	
· 1st attempt	32 / 38 (84.2%)
· 2nd attempt	6 / 38 (15.8%)
Patient´s sex and success	
· Women	13 / 15 (86.7%)
· Men	25 / 32 (78.1%)
Body constitution	
· Normal	19 / 22 (86.4%)
· Adipose	19 / 25 (76.0%)
Uninterrupted compressions after LT-placement	29 / 38 (76.3%)
Emergency physician (EP) carried on with the LT	21 / 38
Admission to hospital with LT	6 / 38
LT-placement failure (after 2 attempts)	9 / 47 (19.1%)
Airway management after LT placement failed:	
· Intubation (ET) by paramedic	1 / 9
· Intubation (ET) by Emergency physician	5 / 9
· Combitube by EP (after ET failed)	2 / 9
· Laryngeal mask by EP (after ET failed)	1 / 9
LT and complications (e. g. aspiration, trauma)	0 / 47
Paramedic´s voting: „the LT is easy to handle")	40 / 47 (85.1%)

Conclusion:

- After a 90 minutes training only by using a manikin, paramedics are able to place the LT during prehospital CPR with a high success rate (> 80%).
- Therefore, the LT is an attractive and easy to handle supraglottic airway device, which seems to be an alternative to prolonged bag-mask-ventilation with the danger of gastric insufflation and also for endotracheal intubation, especially if the practitioner has got only low skill level using this technique.

(1) ERC Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2005; 67 (Suppl 1): S39-S86

Kontakt: joerg.stursberg@gmx.de

HAI 13.09-15.09.2007, Berlin, Germany

DRK Neuss DRK Grevenbroich Feuerwehr Dormagen Johanniter RV Niederrhein Malteser Neuss	**Fragebogen zur präklinischen Atemwegssicherung (Larynxtubus)**	***Notkompetenzsystem Rhein – Kreis Neuss Anhang***

Bitte bei jeder präklinischen Benutzung des Larynxtubus (LT) ausfüllen **und** an das Rettungsdienstprotokoll anheften. Fragebogen gehen **bitte** mit Protokoll an den verantwortlichen LRA, welcher das Notkompetenz-System vor Ort betreut und dann bitte weiter an Frau Dr. Sassenfeld.

Einsatznummer der Leitstelle:

Datum des Einsatzes:

Alarmierungszeit:

1. Einsatztechnische Daten:

1.1. Welches Rettungsmittel wurde primär entsendet
(Bitte ankreuzen)
KTW RTW NAW NEF

1.2. Welches Rettungsmittel führt Atemwegssicherung aus
(Bitte ankreuzen)
KTW RTW NAW NEF

1.3. Besatzungsstärke des Rettungsmittels
(welches Atemwegssicherung ausführt; bitte Anzahl angeben, z.B. (2) RettAss und (1)Praktikant)

( )RettSan ( )RettAss ( )Praktikant ( )Arzt

1.4. Alarmierung:
(Bitte ankreuzen)

Normal Alarm Mit Notarzt

1.5. Notarzt-Nachforderung:
(Bitte ankreuzen)
Ja Nein Primär mit Notarzt alarmiert

1.6. Welcher Notarzt war vor Ort:
(Bitte Kennung angeben, z.B. 6-82-1 oder Christoph 3:

_____ _

2. Notfallmedizinische Daten:

2.1. Alter des Patienten (in Jahren)**:**

2.2. Geschlecht des Patienten:
(Bitte ankreuzen)

Weiblich Männlich

2.3. Ernährungszustand:
(Bitte ankreuzen)

schlank normal übergewichtig

das Rettungsdienstkompendium

früher: Notkompetenzskript

Kompendium
Rettungsdienst
Version 2.3 - 2009

rhein
kreis
neuss

Malteser

DIE JOHANNITER

Feuerwehr
Dormagen
Rettungsdienst

Deutsches Rotes Kreuz

das Rettungsdienstkompendium

früher: Notkompetenzskript

- jährliche Aktualisierung *(neue Leitlinien der Fachgesellschaften / Feedback der Anwender)*
- gesetzl. Grundlagen
- Behandlungsprotokolle *(Algorithmen)*
- theoret. Grundlagen
- Zusatzinformationen

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit