

Rettungsdienst RS/RH

Bearbeitet von
Jürgen Luxem, Klaus Runggaldier

4. Auflage 2017. Buch inkl. Online-Nutzung. XVIII, 646 S. Mit Zugang zur Medizinwelt.

ISBN 978 3 437 48043 0

Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Sonstige Medizinische Fachgebiete > Notfallmedizin & Unfallmedizin \(und Notdienste\)](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.



rettungsdienstwelt.de

Jürgen Luxem Klaus Runggaldier (Hrsg.)

Rettungsdienst RS/RH

Leseprobe

4. Auflage



ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

A	Allgemeine und medizinische Grundlagen	3.4.3	Ohr	63
		1	3.5 Stütz- und Bewegungsapparat	64
			3.5.1 Aufbau eines Röhrenknochens	64
1	Grundlagen des Lernens	3	3.5.2 Knochenverbindungen	65
1.1	Was ist Lernen?	4	3.5.3 Das menschliche Skelett	66
1.2	Probleme im Lernprozess/ Lernhilfen	5	3.5.4 Muskulatur	71
1.3	Prüfungen und Prüfungsangst	7	3.6 Verdauung und Abdomen	73
			3.6.1 Verdauungsorgane	73
			3.6.2 Abdominalorgane	81
2	Grundlagenwissen Physik, Chemie und Biologie	9	3.7 Harnorgane, Nebenniere und männliche Geschlechtsorgane	84
2.1	Physik	10	3.7.1 Harnsystem	85
2.2	Chemie	12	3.7.2 Nebenniere	88
2.3	Biologie	16	3.7.3 Männliche Geschlechtsorgane	88
			3.8 Weibliche Geschlechtsorgane und Schwangerschaft	91
3	Anatomie und Physiologie	21	3.8.1 Weibliche Geschlechtsorgane und Sexualhormone	91
3.1	Herz, Kreislauf und Blut	23	3.8.2 Schwangerschaft und Geburt	95
3.1.1	Herz	23	3.9 Stoffwechsel, Wasser- und Elektrolythaushalt und Säure-Basen-Haushalt	99
3.1.2	Blutgefäße	30	3.9.1 Stoffwechsel (Metabolismus)	100
3.1.3	Kreislauf	32	3.9.2 Wasser- und Elektrolythaushalt	100
3.1.4	Blut	36	3.9.3 Säure-Basen-Haushalt	103
3.1.5	Lymphatisches Gewebe	40		
3.2	Atmung	41	4 Hygiene, Infektionskrankheiten und Arbeitsschutz	107
3.2.1	Atemwege	42	4.1 Hygiene	108
3.2.2	Lungenvolumina und Lungenkapazitäten	45	4.2 Mikrobiologie	108
3.2.3	Atemmuskulatur und Atemorgane	47	4.2.1 Mikroorganismen	108
3.2.4	Atemmechanik (Ventilation)	48	4.2.2 Bedrohlichkeit von Mikroorganismen	108
3.2.5	Luftzusammensetzung	49		
3.2.6	Diffusionsvorgänge	49	4.2.3 Mikrobiologische Begriffe	109
3.2.7	Atemregulation	50	4.3 Infektionskrankheiten	111
3.2.8	Sauerstoff- und Kohlendioxidtransport	50	4.3.1 Allgemeine Krankheitssymptome	111
3.3	Nerven	51	4.3.2 Multiresistente Erreger	111
3.3.1	Nervenzellen	52	4.4 Desinfektion und Sterilisation	114
3.3.2	Einteilung des Nervensystems	54	4.4.1 Methoden der Erregerbekämpfung	114
3.3.3	Zentrales Nervensystem (ZNS)	55	4.4.2 Desinfektionsverfahren	114
3.3.4	Peripheres Nervensystem (PNS)	58	4.4.3 Persönliche Hygiene	118
3.3.5	Vegetatives Nervensystem (VNS)	59		
3.4	Sinnesorgane	60		
3.4.1	Haut	61		
3.4.2	Auge	62		

4.4.4	Hygiene- und Desinfektionsplan	120	6.2.3	Dokumentation im Rettungsdienst	160
4.4.5	Dokumentation	124	6.3	Übernahme und Übergabe von Notfallpatienten	163
4.4.6	Umgang mit sterilem Material	124	6.3.1	Voranmeldung im Krankenhaus	163
4.5	Besonderheiten bei Infektionsfahrten	124	6.3.2	Bedeutung der Patientenübernahme/-übergabe im Rettungsdienst	164
4.5.1	Infektionsschutzgesetz	124	6.3.3	Merkmale einer Patientenübergabe	164
4.5.2	Transport infektiöser Patienten	126	6.4	Todesfeststellung	164
4.6	Arbeitsschutz	127	6.4.1	Todeszeichen	165
4.6.1	Gesetzliche Unfallversicherungsträger	127	6.4.2	Leichenschau	168
5	Gerätekunde	131	7	EKG und Herzrhythmusstörungen	171
5.1	Medizinproduktgerecht	132	7.1	Grundlagen des EKG	172
5.1.1	Betreiberpflichten	133	7.2	EKG-Ableitungen	172
5.1.2	Anwenderpflichten	134	7.2.1	3-Pol-Ableitungen (3-Kanal-EKG)	175
5.2	Mess- und Überwachungsgeräte	134	7.2.2	4-Pol-Ableitungen (6-Kanal-EKG)	175
5.2.1	Blutdruckmessgerät	134	7.2.3	12-Kanal-EKG	175
5.2.2	Blutzuckermessgerät	135	7.3	Grundlagen der EKG-Beurteilung	176
5.2.3	Pulsoxymeter	136	7.3.1	Technische Störungen	176
5.2.4	EKG-Gerät	137	7.4	Normaler Sinusrhythmus	177
5.2.5	Kapnometer/Kapnograph	137	7.5	Herzrhythmusstörungen	177
5.2.6	Fieberthermometer	137	7.5.1	Supraventrikuläre Herzrhythmusstörungen	178
5.3	Sauerstoffbehandlungsgeräte	138	7.5.2	Ventrikuläre Herzrhythmusstörungen	178
5.3.1	Sauerstoffeinheit	138	8	Reanimation	181
5.3.2	Beatmungsgerät	139	8.1	Der Kreislaufstillstand	182
5.4	Energiebetriebene Behandlungsgeräte	140	8.1.1	Ursachen	182
5.4.1	Absauggerät	140	8.1.2	Formen	183
5.4.2	Defibrillator	140	8.2	Therapie des Herz-Kreislauf-Stillstands	183
5.5	Immobilisationsgeräte/ Immobilisationstechniken	141	8.2.1	Das Reanimationsteam	183
5.5.1	Schaufeltrage	141	8.2.2	Erstmaßnahmen	183
5.5.2	Spineboard	142	8.2.3	Basic Life Support (BLS)	184
B	Allgemeine Notfallmedizin	145	8.2.4	Stromtherapie	189
6	Beurteilung von Verletzten und Kranken	147	8.2.5	Advanced Life Support (ALS)	192
6.1	Notfallpatienten	148	8.3	Postreanimationsphase	194
6.2	Notfalluntersuchung	149	8.3.1	Erkennen eines Spontankreislaufs	194
6.2.1	Grundlagen der Patientenbeobachtung im Rettungsdienst	149			
6.2.2	Vorgehen bei der Patientenuntersuchung	153			

8.3.2	Maßnahmen in der Postreanimationsphase	194	11	Pharmakologie	229
8.3.3	Transport und Zielklinik	196	11.1	Allgemeine Pharmakologie	230
8.4	Reanimation im Kindesalter	196	11.2	Spezielle Pharmakologie	233
8.4.1	Indikationen zur Reanimation	196	11.2.1	Benzodiazepine (schlaffördernde, angstlösende Beruhigungsmedikamente)	233
8.4.2	Durchführung der Reanimation	196	11.2.2	Sympathomimetika (Katecholamine oder adrenalinverwandte Medikamente)	236
8.4.3	Neugeborenenreanimation	198	11.2.3	Neuroleptika (nervendämpfende Medikamente)	238
9	Schock	201	11.2.4	Antiarrhythmika (Herzrhythmus stabilisierende Medikamente)	239
9.1	Allgemeine Pathophysiologie	202	11.2.5	Analgetika (schmerzstillende Medikamente)	242
9.1.1	Stadium I: Kompensierter Schock	202	11.2.6	Anästhetika (Narkosemedikamente)	247
9.1.2	Stadium II: Dekompensierter Schock	203	11.2.7	Antihypertensiva (Blutdruck senkende Medikamente)	250
9.1.3	Stadium III: Irreversibler Schock	203	11.2.8	Muskelrelaxanzien (muskelerschaffende Medikamente)	251
9.2	Allgemeine Diagnostik und Therapieziele	203	11.2.9	Bronchospasmolytika (Bronchien erweiternde Medikamente)	253
9.2.1	Diagnostik	204	11.2.10	Antiemetika (Brechreiz unterdrückende Medikamente)	256
9.2.2	Schockindex	204	11.2.11	Antihistaminika (Antiallerika)	257
9.2.3	Therapieziele	204	11.2.12	Antikoagulanzien (blutgerinnungshemmende Medikamente)	259
9.3	Schockformen	204	11.2.13	Fibrinolytika (Medikamente zur Auflösung von Blutgerinnseln)	259
9.3.1	Hypovolämischer Schock	204	11.2.14	Diuretika (harnreibende Medikamente)	260
9.3.2	Anaphylaktischer Schock	206	11.2.15	Parasympatholytika (Anticholinergika)	260
9.3.3	Kardiogener Schock	206	11.2.16	Kortikoide (Entzündungshemmer)	262
9.3.4	Neurogener Schock	207	11.2.17	Infusionslösungen	263
9.3.5	Septischer Schock	208	11.2.18	Sonstige Pharmaka	263
10	Medikamenten-Applikation	211	12	Airwaymanagement und Anästhesie	267
10.1	Applikationsformen	212	12.1	Airwaymanagement	268
10.1.1	Enterale Gabe	212	12.1.1	Freimachen der Atemwege	268
10.1.2	Parenterale Gabe	212	12.1.2	Freihalten der Atemwege	269
10.2	Darreichungsformen	218			
10.3	Material für Infusion und Injektion	220			
10.3.1	Vorbereiten einer Infusion	221			
10.3.2	Vorbereiten von Medikamenten	221			
10.3.3	Vorbereiten und Durchführen einer Venenpunktion	224			
10.3.4	Spritzenpumpen	227			
10.4	Häufige Komplikationen und Lösungsmöglichkeiten	227			
10.4.1	Falsche Lage des Venenzugangs	227			
10.4.2	Paradoxe Wirkungen oder unerwünschte Reaktionen	228			

12.2	Narkose im Rettungsdienst	279	16	Psychiatrische Notfälle	321
12.2.1	Definition	279	16.1	Syndromorientierte Akutzustände	322
12.2.2	Indikationen	279	16.1.1	Angstzustände	322
12.2.3	Narkosemedikamente	279	16.1.2	Verwirrtheitszustände	322
12.2.4	Narkosedurchführung	280	16.1.3	Delirantes Syndrom	323
12.3	Beatmung mit Notfallrespiratoren	280	16.2	Suizidalität	323
12.3.1	Beatmungsformen	281	16.3	Zwangsmäßignahmen gegen Patienten und Unterbringung von psychisch Kranken	324
12.3.2	Beatmungsparameter	281			
C	Spezielle Notfallmedizin	285	17	Thermische Notfälle	325
13	Kardiozirkulatorische Notfälle ..	287	17.1	Wärmeregulation	326
13.1	Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	288	17.2	Hitzeerkrankungen	327
13.1.1	Herzinsuffizienz	288	17.3	Verbrennungen	330
13.1.2	Arteriosklerose	289	17.4	Kälteschäden	333
13.1.3	Koronare Herzkrankheit (KHK)	289	17.4.1	Unterkühlung	333
13.1.4	Entzündliche Herzerkrankungen	289	17.4.2	Erfrierungen	335
13.2	Kardiozirkulatorische Notfälle	290	17.5	Strom- und Blitzunfälle	336
13.2.1	Akutes Koronarsyndrom	290	18	Traumatologie	341
13.2.2	Kardiales Lungenödem	296	18.1	Wunden und Blutungen	343
13.2.3	Hypertone Krise/hypertensiver Notfall	297	18.1.1	Wundarten – Gefahren und Entstehung	343
13.2.4	Vasovagale Synkope/Orthostase ...	298	18.1.2	Wundversorgung und Verbandlehre	346
13.2.5	Gefäßverschlüsse	299	18.1.3	Blutstillung	347
13.2.5	Gefäßverschlüsse	299	18.1.4	Fremdkörperverletzungen	348
13.2.5	Gefäßverschlüsse	299	18.1.5	Amputationsverletzungen	349
14	Respiratorische Notfälle	303	18.2	Verletzungen des Bewegungsapparates	351
14.1	Erkrankungen der Atmungsorgane	304	18.2.1	Gelenkverletzungen	351
14.1.1	COPD	304	18.2.2	Frakturen	351
14.1.2	Asthma bronchiale	305	18.3	Verletzungen der Wirbelsäule	353
14.1.3	Pneumonie	306	18.3.1	Verletzungen der Wirbel	353
14.2	Respiratorische Notfälle	307	18.3.2	Verletzungen des Rückenmarks	354
14.2.1	Aspiration und Bolusverlegung	307	18.3.3	Therapie der Wirbelsäulenverletzung	354
14.2.2	Hyperventilationssyndrom	309	18.4	Schädel-Hirn-Trauma	358
14.2.2	Hyperventilationssyndrom	309	18.4.1	Klinische Unterteilung nach dem Schweregrad	358
15	Neurologische Notfälle	311	18.4.2	Schweregradbeurteilung anhand des GCS-Scores	359
15.1	Bewusstseinsstörungen	312	18.4.3	Traumatische intrakranielle Blutungen	360
15.2	Schlaganfall	312			
15.3	Nichttraumatische intrakranielle Blutungen	315			
15.4	Zerebrale Krampfanfälle (Epilepsie)	317			
15.5	Bandscheibenvorfall	318			

18.5	Verletzungen des Brustkorbes (Thoraxtrauma)	361	21	Gynäkologische Notfälle und Geburtshilfe	403
18.5.1	Verletzungen der Brustwand	362	21.1	Erkrankungen und Verletzungen im Genitalbereich	404
18.5.2	Verletzungen des Brustkorbinnern	363	21.1.1	Unterbauchschmerzen	404
18.6	Verletzungen des Bauchraums (Abdominaltrauma)	365	21.1.2	Vaginale Blutungen	405
18.6.1	Verletzungen der Bauchorgane	365	21.2	Komplikationen während der Schwangerschaft	406
18.6.2	Magen- und Darmverletzungen	366	21.2.1	Frühschwangerschaft	406
18.6.3	Therapie der Abdominalverletzungen	366	21.2.2	Fortgeschrittene Schwangerschaft	407
18.7	Polytrauma	367	21.2.3	Vorzeitiges Einsetzen der Geburt	409
18.8	Einklemmungstrauma	368	21.3	Notgeburt	410
18.8.1	Schonende Rettung	369	21.3.1	Assistenz bei der Notgeburt	411
18.8.2	Crashrettung	369	21.3.2	Versorgung des Neugeborenen	412
18.9	Spezielle traumatologische Notfallsituationen	371	22	Pädiatrische Notfälle	415
18.9.1	Schussverletzungen	371	22.1	Entwicklung und Altersperioden	416
18.9.2	Stichverletzungen	371	22.2	Anatomische und physiologische Besonderheiten	416
18.9.3	Verletzungen durch Erhängen oder Strangulation	372	22.2.1	Atmung	416
			22.2.2	Herz und Kreislauf	417
			22.2.3	Wasser- und Wärmehaushalt	418
19	Akutes Abdomen und metabolische Notfälle	373	22.3	Respiratorische Notfälle	418
19.1	Akutes Abdomen	374	22.3.1	Anzeichen respiratorischer Störungen	418
19.1.1	Symptome des akuten Abdomens	375	22.3.2	Fremdkörperaspiration	418
19.1.2	Gefahren und Komplikationen des akuten Abdomens	379	22.3.3	Kruppsyndrom	420
19.1.3	Therapie des akuten Abdomens	380	22.4	Exsikkose	422
19.1.4	Gastrointestinale Blutungen	381	22.5	Fieberkrampf	422
19.1.5	Hohlorganverschlüsse (Koliken)	383	22.6	Beinahe-Kindstod und plötzlicher Kindstod	423
19.1.6	Entzündungen	384	22.6.1	Beinahe-Kindstod (ALTE)	423
19.1.7	Gefäßerkrankungen	385	22.6.2	Plötzlicher Kindstod (SIDS)	423
19.2	Metabolische Notfälle	386	22.7	Kindesmisshandlung	424
19.2.1	Diabetes mellitus	386	23	Augen- und HNO-Notfälle	427
19.2.2	Coma hepaticum	393	23.1	Augennotfälle	428
			23.1.1	Verletzungen am Auge	428
20	Urologische und nephrologische Notfälle	397	23.1.2	Glaukomanfall	430
20.1	Hodentorsion	398	23.1.3	Plötzlicher Sehverlust	431
20.2	Nieren- und Harnleiterkolik	399	23.2	HNO-Notfälle	431
20.3	Harnverhalt	400	23.2.1	Blutungen	431
20.4	Niereninsuffizienz	401	23.2.2	Tinnitus	433
			23.2.3	Vertigo (Schwindel)	433
			23.2.4	Hörsturz (Sudden Deafness)	433

24	Wassernotfälle	435	27	Krankentransport	481
24.1	Ertrinkungsunfälle	436	27.1	Grundlagen des Krankentransportes	482
24.1.1	Pathomechanismus	437	27.1.1	Definition	482
24.1.2	Symptome und Maßnahmen	438	27.1.2	Transportverordnungen und Transportanlässe	482
24.2	Tauchnotfälle	439	27.1.3	Technische Ausstattung	484
24.2.1	Physikalische und physiologische Gesetzmäßigkeiten	439	27.1.4	Kommunikation im Krankentransport	484
24.2.2	Barotrauma	440	27.2	Phasen des Krankentransportes	485
24.2.3	Dekompressionskrankheit (Caisson-Krankheit)	440	27.2.1	Transportvorbereitung	486
25	Intoxikationen	445	27.2.2	Patientenübernahme	486
25.1	Allgemeine Toxikologie	446	27.2.3	Transportdurchführung	487
25.2	Elementar- und Basismaßnahmen im Vergiftungsnotfall	447	27.2.4	Patientenübergabe	488
25.3	Spezielle Vergiftungen	448	27.2.5	Transportabschluss	488
25.3.1	Intoxikationen mit Arzneimitteln	448	27.3	Transfer und Transport	488
25.3.2	Drogenintoxikationen	448	27.3.1	Physikalische Grundlagen der Rückenbelastung	489
25.3.3	Kohlenoxidintoxikationen	451	27.3.2	Patiententransport	491
			27.3.3	Patiententransfer	492
			27.3.4	Transferhilfsmittel	495
			27.3.5	Kinästhetik	496
			27.4	Pflegerische Versorgung	497
26	Organisation des Rettungsdienstes	455	27.4.1	Grundlagen und pflegerische Arbeitstechniken	497
26.1	Geschichte des Rettungsdienstes	456	27.4.2	Besondere Pflegesituationen	502
26.2	Organisation des Rettungsdienstes in Deutschland	458	27.5	Fehlervorbeugung und besondere Situationen	508
26.2.1	Definitionen	458	27.5.1	Allgemeine Fehlervorbeugung	508
26.2.2	Organisation	459	27.5.2	Gepäcksicherung	508
26.2.3	Rettungskette	461	27.5.3	Transportunterlagen	509
26.3	Rettungsdienstfahrzeuge	463	27.5.4	Begleitung durch andere Fachkräfte	509
26.3.1	Bodengebundene Rettungsdienstfahrzeuge	464	27.5.5	Begleitung durch Angehörige	510
26.3.2	Luftfahrzeuge und Luftrettung	465	27.5.6	Spezielle Patientengruppen im Krankentransport	510
26.4	Rettungsdienstpersonal	466	27.5.7	Umgang mit Notfällen im Krankentransport	511
26.4.1	Rettungsfachpersonal	466	28	Einsatztaktik und Einsatzorganisation	513
26.4.2	Ärztliches Rettungsdienstpersonal	475	28.1	Führung im rettungsdienstlichen Einsatz	514
26.5	Schnelleinsatzgruppen, Ersthelfergruppen und Katastrophenschutz	477	28.2	Massenanfall von Verletzten und Erkrankten	516
26.5.1	Schnelleinsatzgruppen	477	28.3	Leitstelle	519
26.5.2	Ersthelfergruppen	477			
26.5.3	Katastrophenschutz	478			

29	Gefahrenlehre, Brandbekämpfung, Gefahrgutunfälle	523	31.2.4	Sonstige relevante Strafvorschriften	561
29.1	Gefahren der Einsatzstelle	524	31.3	Schadensersatzhaftung	561
29.2	Zusammenarbeit an der Einsatzstelle	526	31.3.1	Haftungsrechtliche Grundlagen	561
29.3	Brandbekämpfung	526	31.3.2	Vorsatz und Fahrlässigkeit	563
29.4	Gefahrgutunfälle und Rettungsdienst	527	31.3.3	Beweisrechtliche Besonderheiten	564
29.4.1	Kennzeichnung gefährlicher Stoffe und Güter	527	31.4	Straßenverkehrsrecht	565
29.4.2	Taktische Vorgehensweise	530	31.4.1	Grundlagen	565
			31.4.2	Sonderrechte	565
			31.4.3	Wegerecht	568
			31.4.4	Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung	569
30	Funk im Rettungsdienst	533	31.4.5	Sonderfahrberechtigung für Einsatzfahrzeuge	570
30.1	Funkarten	534	31.5	Sonstige Rechtsfragen	571
30.2	Analoges Funkmeldesystem	534	31.5.1	Behandlungs- oder Transportverweigerung	571
30.3	TETRA	535	31.5.2	Patientenverfügung	572
30.3.1	Infrastruktur	537	31.5.3	Gewahrsamnahme	572
30.3.2	Sicherheit	537	31.5.4	Behinderung des Rettungsdienstes und tätliche Angriffe	573
30.3.3	Endgerätenutzung	537	31.5.5	Massenanfall an Verletzten	573
30.3.4	Betriebsmodus DMO und TMO	538	31.5.6	Sanitätsdienst	573
30.3.5	Relaisfunkstellen im analogen Funk	540	31.5.7	Ersthelfergruppen	574
30.4	Gesprächsabwicklung	540	32	Psychologische, psychosoziale und kommunikative Aspekte	577
30.5	Alarmierung per Funk	543	32.1	Stress	578
30.5.1	Analoge Alarmierung	543	32.1.1	Die drei Phasen des Stresses	578
30.5.2	Digitale Alarmierung	543	32.1.2	Stresssymptome	579
30.6	Vergleich von digitalem und analogem Funk	543	32.2	Die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung	580
30.7	Funk in der Telemedizin	544	32.2.1	Die akute Belastungsreaktion	581
E	Berufskunde	547	32.2.2	Die posttraumatische Belastungsstörung	582
31	Rechtliche Grundlagen im Rettungsdienst	549	32.3	Möglichkeiten der Intervention	583
31.1	Rechtliche Stellung des Rettungsfachpersonals	550	32.3.1	Basis-Krisenintervention	583
31.1.1	Rechtsstellung der Mitarbeiter im Rettungsdienst	550	32.3.2	KIT – Krisenintervention im Rettungsdienst	584
31.1.2	Pflichten des Rettungsfachpersonals	552	32.3.3	SbE – Stressbewältigung nach belastenden Einsätzen	584
31.1.3	Kompetenzen des Rettungsfachpersonals	553	32.4	Team und Teamentwicklung	586
31.1.4	Zusammenarbeit mit Ärzten	556	32.5	Grundlagen der Kommunikation	587
31.2	Strafrechtliche Verantwortung	556	32.5.1	Kommunikationsmittel Sprache	587
31.2.1	Tötung und Körperverletzung	556			
31.2.2	Unterlassene Hilfeleistung	558			
31.2.3	Schweigepflicht	559			

XVIII Inhaltsverzeichnis

32.5.2	Wirkung von Sprache – vier Seiten einer Nachricht	588	34	Standardisierte Kurskonzepte und Kurssysteme	607
32.5.3	Körpersprache, Erscheinung und Auftreten	589	34.1	Einheitliches Vorgehen	609
32.5.4	Gesprächsführung und Gesprächstechniken	591	34.1.1	Situation an der Einsatzstelle	609
32.6	Kommunikation im Umgang mit besonderen Patienten	593	34.1.2	Ersteindruck (General Impression)	609
32.6.1	Kommunikation mit Menschen mit Sehbehinderung oder Hörschädigung	593	34.1.3	Erste Untersuchung (Primary Survey oder Assessment) – ABCDE-Konzept	609
32.6.2	Kommunikation mit Kindern	593	34.1.4	Neubeurteilung (Reassessment)	610
32.6.3	Kommunikation mit älteren Menschen	594	34.1.5	Zweite Untersuchung (Secondary Survey)	610
32.6.4	Kommunikation mit Menschen aus anderen Kulturräumen	595	34.2	Kursstruktur Provider-(Anwender-) Kurs	610
32.6.5	Kommunikation und Umgang mit Sterbenden und Toten	595	34.3	Kursstruktur Instruktorenkurs	610
33	Qualitätsmanagement	599		Anhang	613
33.1	Grundbegriffe des Qualitätsmanagements	600		Abkürzungsverzeichnis	615
33.2	Qualitätsmanagementsysteme	601		Fremdwörterverzeichnis	619
33.3	Qualitätsmanagement im Rettungsdienst	603		Literaturverzeichnis	622
				Abbildungsnachweis	625
				Internet-Adressen	627
			Register		629

Benutzerhinweise

Um sich schnell im „Rettungsdienst RS/RH“ zu- rechtfzufinden, sind folgende Besonderheiten dieses Lern- und Arbeitsbuches zu berücksichtigen.

ACHTUNG

Warnhinweise, häufig vermeidbare Fehler bei der Arbeit im Rettungsdienst und Hinweise auf besonders zu be-achtende Umstände

Inhaltsverzeichnis

Zur leichten und schnellen Orientierung ist der In- hält stark untergliedert: Zu Beginn des Buches steht ein Gesamтиhaltsverzeichnis mit den Hauptüber- schriften der Teile A bis E und den dazu gehörenden Überschriften der 34 Kapitel. Den Abschnitten A bis E stehen Übersichten der darin enthaltenen Kapitel voran, z. B. Teil A, Kapitel 1 bis 5. Schließlich be- ginn jedes einzelne Kapitel mit einer eigenen um- fassenden Inhaltsübersicht.

MERKE

Sehr wichtige, einzuprägende Informationen und Hin- weise zu dem gerade erläuterten Thema

PRAXISTIPP

Praxisrelevante Informationen für die Arbeit im Rettungs- dienst

BEISPIEL

Beispiele zur Erläuterung und Konkretisierung des darge- stellten Themas

Farbleitsystem

Die Teile A bis E sind mit verschiedenen Farben ge- kennzeichnet. Die Markierungen sind am Buchrand von Kapitel zu Kapitel versetzt als Griffregister gut zu erkennen.

Abkürzungen

Häufig wiederkehrende Begriffe werden im Text grundsätzlich abgekürzt. Im Anhang findet sich ein ausführliches Verzeichnis der verwendeten Abkür- zungen.

Kennzeichnungen

Im Text wird mit verschiedenen Kennzeichnungen gearbeitet. An farblicher Markierung und Über- schrift lässt sich der Informationsschwerpunkt des betreffenden Textes auf einen Blick erkennen:

Wiederholungsfragen

Die Wiederholungsfragen ermöglichen eine selbst- ständige Wissensüberprüfung. Sie geben Gelegen- heit, den gelesenen bzw. gelernten Inhalt zu reflek- tieren. Verweise auf die entsprechenden Textstellen, in denen die Antworten zu finden sind, erleichtern die selbstständige Lernkontrolle.

Abbildungen und Tabellen

Zahlreiche Abbildungen und Tabellen veranschauli- chen z. B. anatomische, medizinische und rettungs- dienstliche Sachverhalte, zeigen wichtige Zusam- menhänge oder typische Situationen aus dem prakti- schen Berufsalltag des Rettungsdienstes.

Die Abbildungen und Tabellen sind jeweils kapi- telweise nummeriert. An den entsprechenden Text- stellen wird auf die dazugehörige Abbildung oder Tabelle verwiesen (z. B. > Abb. 2.3).

KAPITEL

10

Andreas Lobmüller, Jürgen Luxem

Medikamenten-Applikation

10.1	Applikationsformen	212
10.1.1	Enterale Gabe	212
10.1.2	Parenterale Gabe	212
10.2	Darreichungsformen	218
10.3	Material für Infusion und Injektion	220
10.3.1	Vorbereiten einer Infusion	221
10.3.2	Vorbereiten von Medikamenten	221
10.3.3	Vorbereiten und Durchführen einer Venenpunktion	224
10.3.4	Spritzenpumpen	227
10.4	Häufige Komplikationen und Lösungsmöglichkeiten	227
10.4.1	Falsche Lage des Venenzugangs	227
10.4.2	Paradoxe Wirkungen oder unerwünschte Reaktionen	228

Die Gabe von Medikamenten (**Applikation**) kann auf vielfältige Art und Weise geschehen. Dank vieler Innovationen der letzten Jahre konnte das Spektrum der verschiedenen Applikationsformen durch neue Medizinprodukte erweitert werden, um eine gezielte Wirkung zu erreichen. Unabhängig von der Art der Verabreichung muss die Applikation unter allen Umständen sorgsam und unter Berücksichtigung der Unversehrtheit und des gültigen Verfallsdatums aller Produkte erfolgen. Je nach Applikationsart kann der Körper die Wirkstoffe in unterschiedlichster Geschwindigkeit aufnehmen und verarbeiten.

10.1 Applikationsformen

10.1.1 Enterale Gabe

Orale Applikation (p.o.)

Medikamente, die oral eingenommen werden (per os, p.o.), entfalten ihre Wirkung **langsam**, da sie erst den Magen-Darm-Trakt passieren müssen, um an einer geeigneten Stelle im Darm resorbiert werden zu können. Vom Darm gelangen sie über die Pfortader direkt zur Leber und unterliegen dort einer ersten Verstoffwechselung (**First-Pass-Effekt**). Diese in der Leber stattfindende Verarbeitung kann Medikamente sowohl inaktivieren oder abbauen als auch aktivieren. Medikamente, die primär inaktiv sind und erst durch eine Verstoffwechselung in der Leber aktiviert werden, nennt man **Prodrugs**. Hierdurch können Nebenwirkungen vermindert werden. Bei **Lebererkrankungen** können Medikamente aufgrund des fehlenden Abbaus kumulieren und sogar toxisch wirken oder auch durch eine fehlende Aktivierung unwirksam bleiben.

In einer Notfallsituation ist die orale Darreichungsform weniger geeignet, da die gewünschte Wirkung in aller Regel nicht schnell genug einsetzt. Des Weiteren besteht die Gefahr einer Aspiration, weshalb oral zuzuführende Medikamente nur bei vollständig erhaltenem Bewusstsein des Patienten verabreicht werden dürfen.

Einige Medikamente sind jedoch nur in oraler Darreichungsform verfügbar, weshalb auch in der

Notfallmedizin nicht ganz auf sie verzichtet werden kann. So kann im Notfall beim wachen Patienten in Wasser gelöstes **Aktivkohlepulver** die weitere Resorption von oral aufgenommenen Giften verhindern. Auch schaumbildende Stoffe (z. B. Spülmittel) werden durch die orale Gabe von **Entschäumern** (Sab Simplex®) behandelt. Ein weiteres Beispiel sind blutverdünnende Tabletten (z. B. Plavix®), die in manchen Rettungsdienstbereichen bei Notfallpatienten mit einem gesicherten ST-Strecken-Hebungsinfarkt im Notarztwagen verabreicht werden.

Rektale Applikation

Das Blut des Analkanals fließt nicht wie das Blut des Magen-Darm-Trakts zur Leber ab, sondern mündet direkt in die untere Hohlvene. Rektal verabreichte Medikamente unterliegen daher nicht dem First-Pass-Effekt der Leber und erreichen nach Resorption direkt den Systemkreislauf. Beispiele hierfür sind das Sedativum **Diazepam**, das als **Rektaltube** zur Verfügung steht, oder das Glukokortikoid **Rectodelt®**, das als Zäpfchen (**Suppositorium**) verabreicht wird.

10.1.2 Parenterale Gabe

Werden Medikamente so verabreicht, dass der Magen-Darm-Trakt umgangen wird, spricht man von parenteraler Applikation. Diese kann sowohl invasiv als auch nichtinvasiv erfolgen. Beispiel für eine nichtinvasive parenterale Applikation ist neben der Verabreichung über die Mundschleimhaut (bukkal), den Nasen-Rachen-Raum (nasal) oder die Haut (dermal) die Inhalation von vernebelten Medikamenten in die Lungen.

Invasive Methoden der parenteralen Applikation erfordern eine Verletzung der intakten Körperoberfläche. Die direkte Injektion von Medikamenten in das Blutgefäßsystem kann sowohl über einen Venenkatheter als auch über einen intraossären Zugang erfolgen. Außerdem ist es möglich, Medikamente direkt in das Unterhautfettgewebe (subkutan) oder einen Muskel (intramuskulär) zu injizieren. Dadurch entstehen jedoch potenzielle **Eintrittspforten für Krankheitserreger** wie Bakterien, Viren

oder Pilze, die eine mitunter schwere Infektion zur Folge haben können. Daher ist beim Umgang mit Medikamenten stets auf ordentliche und saubere Verhältnisse, beim Aufziehen und Injizieren von sterilen Pharmaka auf die strenge Einhaltung der Sterilität zu achten.

Intra-/zentralvenöse Applikation (i. v.)

Die gebräuchlichste Applikationsform im Rettungsdienst ist die **Injektion** eines aufgelösten Medikaments in eine periphere Vene. Idealerweise erfolgt die Gabe mittels einer **Venenverweilkanüle**, die zu meist in einer großlumigen Vene am Handrücken, Unterarm oder in der Ellenbeuge platziert wird und eine kontinuierliche Darreichung gewährleistet. Der Wirkstoff muss nicht erst resorbiert werden und unterliegt zudem nicht dem First-Pass-Effekt der Leber, sondern steht sofort zur Verfügung.

Bei schlechten Venenverhältnissen oder im Falle eines Kreislaufschocks wird von Notärzten die große periphere Halsvene (V. jugularis externa) punktiert;

in Ausnahmefällen wird auch ein zentralvenöser Katheter gewählt, da hierdurch die Medikamente schnell und sicher in die Zirkulation gelangen. **Zentralvenös** bedeutet, dass ein Katheter über eine große, zentrale Vene (V. jugularis interna oder V. subclavia) direkt bis vor den rechten Vorhof des Herzens geschoben wird.

M E R K E

Im Kreislaufschock führt die Zentralisation zu einer eingeschränkten Durchblutung der peripheren Gefäße. In diesem Fall sollten Medikamente mithilfe einer Trägerlösung (NaCl 0,9 %, Ringer®-Lösung) in die Zirkulation eingeschwemmt werden, um einen schnelleren Wirkungseintritt zu erzielen.

Intraossäre Applikation (i. o.)

Ein sicherer Zugang zum Gefäßsystem des Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil jeder Rettungsmaßnahme, jedoch in besonders kritischen Situationen, wie z. B. einem ausgeprägten Schock, nicht immer

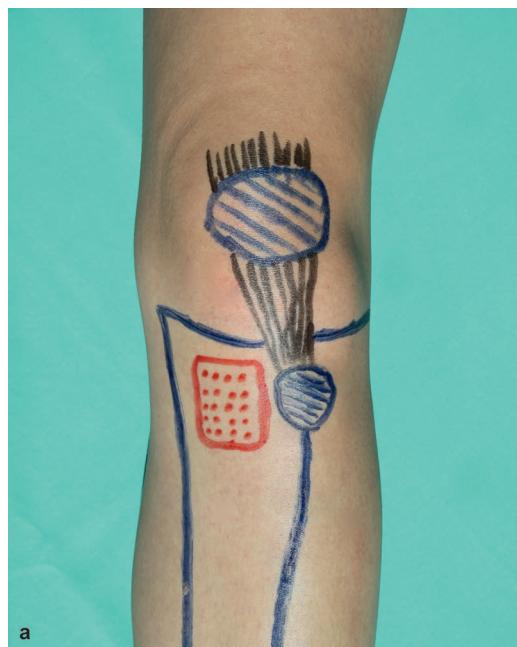


Abb. 10.1 a) Intraossäre Injektion an der proximalen Tibia (blau hervorgehoben ist die Kniescheibe, schwarz das Ligamentum patellae; das Gebiet zur sicheren Punktionsstelle wurde rot markiert.); b) Intraossäre Injektion am proximalen Humerus/an der proximalen Tibia (schwarz hervorgehoben ist der Verlauf der langen Bizepssehne, blau die beiden Knochenhügel [Tuberculum majus vorne, Tuberculum minus hinten]; das Gebiet zur sicheren Punktionsstelle wurde rot markiert.) [M302]



möglich. Um zeitraubende Punktionsversuche der kollabierten Venen zu verhindern, wurde bereits vor vielen Jahren die Möglichkeit entdeckt, die **Knochenmarkhöhle** als Zugangsweg zum Kreislauf des Patienten zu nutzen. Medikamente und Infusionslösungen, die hierüber verabreicht werden, gelangen über die abführenden Venengeflechte sicher in das venöse Kreislaufsystem.

Das Verfahren der **intraossären Punktion** war jedoch bis vor wenigen Jahren noch ausschließlich der Anwendung bei Säuglingen und Kleinkindern vorbehalten. Der Grund hierfür ist die harte Knochenschale Jugendlicher oder Erwachsener, die nur schwer von Hand punktiert werden konnte. Erst durch die Entwicklung neuer Geräte konnte das intraossäre Punktionsverfahren für alle Altersklassen etabliert werden.

Die **Durchführung** eines intraossären Zugangs folgt dabei einem einheitlichen Verfahren. Zunächst werden der geeignete Punktionsort, die passende Nadelgröße und ggf. die Eindringtiefe ausgewählt. Zur Anlage eignen sich Körperstellen, an denen der Knochen direkt unter der Haut gut tastbar ist (► Abb. 10.1). Anschließend wird die Punktionsstelle sorgfältig desinfiziert, um eine Kontamination der Markhöhle mit Keimen zu verhindern. Bei wachen Patienten kann eine lokale Betäubung der Punktionsstelle erforderlich sein. Nun wird die Kanüle in einem Winkel von 90° steril auf die Haut aufgesetzt und die Markhöhle punktiert. Im Anschluss wird der Metallmandrin aus der im Knochen verbliebenen Kanüle entnommen und diese sicher befestigt. Auch hier sollte bei wachen Patienten eine Injektion von Lokalanästhetika erwogen werden, da die intraossäre Injektion schmerhaft sein kann.

Über den Luer-Lock-Anschluss kann nun eine Infusionslösung direkt angeschlossen werden (► Abb. 10.2). Meist ist nach erfolgreicher Punk-

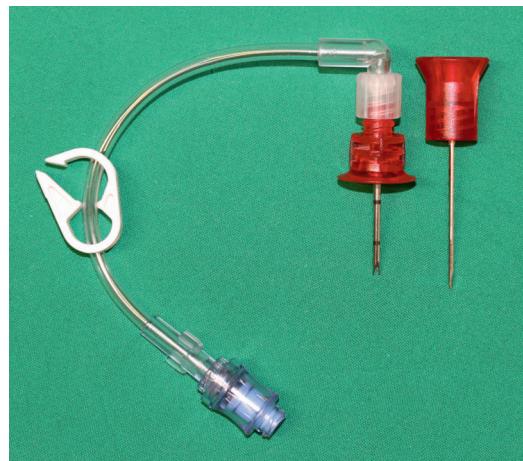


Abb. 10.2 EZ IO™ Kanüle mit Konnektor [M302]

tion ein Freispülen des Zugangs von Gewebetrümmern notwendig. Hierzu reicht im Normalfall die rasche Injektion (Bolus) von 10 ml 0,9-prozentiger Kochsalzlösung völlig aus.

Wurden die ersten Intraossärnadeln ursprünglich noch von Hand in die Knochenhöhle eingebohrt, sind nun moderne Applikationsvorrichtungen verfügbar, mit deren Hilfe die Nadeln schnell und sicher in die Markhöhle platziert werden können. Eines dieser Instrumente ist die **Bone Injection Gun™**, kurz B. I. G.™ (► Abb. 10.3). Diese besteht aus einem einfachen Handstück, das im Inneren einen Federmechanismus enthält. An diesem ist eine sterile Punktionskanüle angebracht, die mit hoher Kraft in den Knochen „gefeuert“ wird. Hierzu muss der Sicherheitsverschluss an der Rückseite abgezogen werden. Danach ist das Gerät punktionsbereit und kann durch vorsichtigen Druck auf den hinteren Bereich aktiviert werden. Nachdem das Handstück abgenommen wurde, kann die Kanüle nach dem eingangs beschriebenen Verfahren verwendet werden.



Abb. 10.3 Bone Injektion Gun™ [M302]

Trotz der einfachen Handhabung konnte sich die B.I.G.[™] jedoch nicht flächendeckend durchsetzen. Von großem Nachteil war neben dem hohen Anschaffungspreis und der nur einmaligen Auslösbarkeit des Mechanismus die nicht immer hundertprozentige Erfolgsquote. Bei kräftigen oder sportlichen Patienten mit zu festem Knochenmantel (Kortikalis) kann trotz richtiger Anwendung des Geräts der Knochenmarkraum nicht immer erreicht werden.

Aktueller Stand der Technik ist die handliche Knochenbohrmaschine mit dem Namen **EZ-IO[™]** (aus dem Englischen für „easy-intraosseous“). Dieses System besteht aus einer kleinen, batteriebetriebenen Handbohrmaschine, einer sterilen Bohrkanüle und einem abgewinkelten Verlängerungsstück ($>$ Abb. 10.4). Die Bohrkanüle wird zur Anlage direkt auf den Handbohrer aufgesetzt und durch einen kleinen Magneten in Position gehalten. Anders als bei der B.I.G.[™] muss die Kanüle hierbei zunächst durch die intakte Haut gestochen werden, bevor sie eingebohrt werden kann. Waren bei der B.I.G.[™] noch Fehlpunktionen aufgrund zu geringer Durchdringungskraft möglich, verfügt dieses System bei korrekter Anwendung über eine äußerst hohe Treffsicherheit. Zudem werden die Kanülen sehr fest in den Knochen eingebracht, was eine versehentliche Entfernung durch Zug an der Infusion unwahrscheinlicher macht.

Nachdem die EZ-IO[™]-Nadel sicher in den Knochen gebohrt wurde, kann das Stilett (ähnlich einem Mandrin) entfernt und ein mit Kochsalz gefülltes EZ-Connect[®]-System angeschlossen werden. Über eine aufgedrehte Luer-Lock-Spritze kann die EZ-IO[™]-Bohrkanüle sicher herausgedreht und entfernt werden. Hierbei sollte an der Bohrkanüle nicht gerüttelt werden, da diese vom Metalldorn abbrechen kann.

Auffinden der intraossären Punktionsstelle

Eine geeignete Punktionsstelle hängt von Alter, Größe und Körperbau des Patienten ab. Die beiden bevorzugten Punktionsstellen befinden sich an der **proximalen Tibia** und am **proximalen Humerus** ($>$ Abb. 10.2).

Zur Punktions des **proximalen Oberarmknochens** wird der Patient am Oberkörper entkleidet und aufrecht oder halbsitzend gelagert. Anschließend wird der Unterarm um 90° gebeugt und bequem auf den Bauch gelegt. Hierdurch wird der Oberarmknochen nach innen rotiert und der große Knochenhöcker (Tuberculum majus humeri) kann an der Vorderseite getastet werden. Das Auffinden des Tuberculum majus kann bei kräftigen Patienten mit ausgeprägter Muskulatur oder dickem Haut-Weichteilmantel erschwert sein und ist nicht immer sicher möglich. Ferner sind Kenntnisse in der Anatomie des Oberarms nötig, da sich



Abb. 10.4 EZ IO[™] Set [M302]

z. B. die lange Bizepssehne in unmittelbarer Nähe befindet.

Die Punktation am **Unterschenkel** erfolgt beim entkleideten und liegenden Patienten, wobei das Knie mit einer Knierolle in leicht gebeugter Haltung gelagert wird. Nun werden der Schienbeinhöcker und der Kniegelenksspalt identifiziert. Anschließend kann medial und leicht distal des Schienbeinhöckers die Punktionsstelle an der medialen Tibia als glatte Fläche auch bei sehr kräftigen Patienten sicher ertastet werden. Es empfiehlt sich immer, den Kniegelenksspalt zu ertasten, um eine Fehlpunktion des Kniegelenks zu verhindern.

Das Aufsuchen der Punktionsstellen wird je nach Herstellerangaben der verschiedenen Produkte leicht unterschiedlich angegeben. Unabhängig von kleinen Abweichungen ist jedoch eine sichere und korrekte Platzierung der Knochennadeln unter Schonung wichtiger anatomischer Strukturen vorrangig (Bizepssehne am Humerus, Kniegelenksspalt oder Wachstumsfuge beim Kind am Kniegelenk).

P R A X I S T I P P

Die EZ-IO™ ist für die akut lebensbedrohliche Notfallsituation geeignet, in der eine Venenpunktion nicht möglich ist oder zu viel Zeit in Anspruch nimmt (z. B. Reanimation)!

M E R K E

Eine Entzündung der Knochenmarkhöhle ist lebensgefährlich und muss durch die sorgfältige Desinfektion unbedingt vermieden werden!

Endobronchiale Applikation (e. b.)

Die starke Durchblutung der Lunge ermöglicht die Aufnahme von endobronchial verabreichten Medikamenten. Diese Applikationsform wurde noch vor wenigen Jahren standardmäßig im Rahmen der Herz-Lungen-Wiederbelebung angewandt. Konnte ein sicherer Venenzugang nicht rechtzeitig angelegt werden, wurden die Medikamente direkt über den frühzeitig platzierten Endotrachealtubus in die Bronchien appliziert. **Die Einführung des intraosären Zugangs hat dieses Verfahren jedoch vollständig verdrängt.**

Inhalative Applikation (p. i.)

Im Gegensatz zur endobronchialen Applikation, bei der flüssige Medikamente direkt in das Bronchialsystem verabreicht wurden, wird bei der inhalativen Applikation (per inhalationem, p. i.) mithilfe spezieller Sauerstoffmasken mit integrierter Vernebelungseinheit ein feiner Nebel erzeugt (► Abb. 10.5). Dies bietet bei Patienten mit obstruktiven Atemwegserkrankungen viele Vorteile. Hierdurch lassen sich Medikamente verabreichen, die durch einfache Inhalation und ohne invasive Maßnahmen schnell und nebenwirkungsarm zum Ort der gewünschten Wirkung gelangen.

Der zufließende Sauerstoff wird durch eine kleine Flüssigkeitskammer der Atemmaske geleitet, in der sich das gewünschte Medikament befindet. Der hierbei entstehende, angefeuchtete Medikamentennebel kann über die Maske angeboten und direkt eingeatmet werden. Durch den feinen Nebel ist eine falsche Anwendung wie z. B. bei den Aerosolen nahezu ausgeschlossen. Das gelöste Medikament kann, ohne den Umweg über den Systemkreislauf, seine Wirkung direkt in der Lunge entfalten. Als Beispiel ist die Anwendung von β_2 -Sympathomimetika und/oder Anticholinergika (► 11.2.9) bei COPD oder Asthma bronchiale zu nennen.



Abb. 10.5 Sauerstoffmaske mit Verneblereinheit im Einsatz [M302]

Auch **Aerosole** werden inhalativ verabreicht. Die Patienten erhalten über fertige Dosieraerosole Wirkstoffe, die sie mit tiefen Atemzügen einatmen und nach Inhalation über kurzes Luftanhalten „einwirken“ lassen. Beispiele hierfür sind **Bronchospasmolytika**, wie das Berotec®-Spray, oder **Kortikoide**. Vor Beginn der Inhalation sollten diese Sprays kräftig geschüttelt werden, um eine gleichmäßige Wirkstoffverteilung zu gewährleisten.

Sublinguale (s. l.) und bukkale Applikation

Die starke Durchblutung des Zungengrundes und der Zunge ermöglicht die Gabe bestimmter Medikamente **direkt unter die Zunge (sublingual)** oder **auf die Mund- oder Zungenschleimhaut (bukkal)**. Diese werden dort schnell resorbiert und unterliegen nicht dem First-Pass-Effekt der Leber, da sie mit dem venösen Blut direkt in die obere Hohlvene geleitet werden und sofort wirken können.

Aufgrund des raschen Wirkungseintritts sind diese Applikationsformen für den Rettungsdienst sehr gut geeignet und spielen in der Behandlung von **Angina-pectoris-Anfällen** (Nitrolingual®-Spray oder als Kapsel), beim **akuten Koronarsyndrom** (Zerkauen von ASS gemäß ESC-Leitlinie) oder der Therapie von **akutem Bluthochdruck** (Bayotensin®-Phiole) eine große Rolle.

Nasale Applikation (i. n.)

Die Nasenhöhlen verfügen über eine große Oberfläche und sind mit einer dünnen und sehr gut durchbluteten Schleimhaut, besetzt von Flimmerepithel, ausgekleidet. Eingesprühte Medikamente werden hierüber ebenfalls rasch resorbiert und weitgehend vom First-Pass-Effekt der Leber verschont.

Im Rettungsdienst gewinnt die nasale Applikation zunehmend an Bedeutung. Hierfür kommen spezielle Zerstäuber, sogenannte **MADs (mucosal atomization device; > Abb. 10.6)** zum Einsatz, die auf handelsübliche Luer-Lock Spritzen (Drehgewinde) aufgesetzt werden können und einen feinen Sprühnebel erzeugen (> Abb. 10.7).



Abb. 10.6 MAD [M302]



Abb. 10.7 MAD Sprühnebel [M302]

Als typische Beispiele von Medikamenten, die nasal gegeben werden können, sind Ketamin (Ketanest®) oder Midazolam (Dormicum®) zu nennen. Die Vorteile der nasalen Applikation sind vor allem die geringe Invasivität, die gute Bioverfügbarkeit und der rasche Wirkungseintritt.

P R A X I S T I P P

Nasal verabreichte Medikamente sollten zu gleichen Teilen auf beide Nasenlöcher verteilt werden. Hierdurch kann die Resorption deutlich verbessert werden.

Intramuskuläre Applikation (i. m.)

Die Injektion in einen großen Muskel, z. B. am Oberarm (M. deltoideus) oder am Gesäß (M. gluteus), dient der langsamten und kontinuierlichen Abgabe des Wirkstoffes (**Wirkstoffdepot**). Die intramuskuläre Medikamentenapplikation wird im Rettungsdienst nur sehr selten angewendet, soll aber dennoch kurz erläutert werden.

Die Injektionsstelle in den M. deltoideus befindet sich wenige Zentimeter unterhalb der knöchernen Schulterhöhe (Akromion), die am proximalen Oberarm seitlich gut zu tasten ist. Zur Punktionswunde wird der Arm entspannt auf dem Bauch gelagert und nach sorgfältiger Desinfektion die i.m.-Kanüle rechtwinklig in die Hauptmasse des M. deltoideus eingestochen. Anschließend muss zunächst aspiriert werden, um eine Gefäßpunktion auszuschließen. Erst dann kann das Medikament langsam injiziert werden. Nach Entfernen der Nadel sollte die Injektionsstelle steril verbunden und noch kurze Zeit komprimiert werden.

Subkutane Applikation (s.c.)

Das Unterhautfettgewebe verfügt lediglich über eine sehr spärliche Durchblutung. Daher werden Medikamente, die in das subkutane Fettgewebe injiziert werden, nur verzögert vom Körper aufgenommen. Die subkutane Injektion eines Medikaments kann als **Wirkstoffdepot** angesehen werden. Durch die langsame Resorption werden im Gegensatz zur venösen Injektion Spitzenspiegel vermieden und eine nahezu kontinuierliche Wirkstoffabgabe gewährleistet. Als Beispiele hierfür können Heparin zur Thromboseprophylaxe nach Operationen, Insulin und dessen Abkömmlinge zur Behandlung eines insulinpflichtigen Diabetes oder bestimmte Analgetika (zumeist Opioide) zur Behandlung chronischer Schmerzen angeführt werden. Als Einstichstelle wird eine mit zwei Fingern abgehobene Falte des vorderen Bauches benutzt. Dort ist das subkutane Fettgewebe leicht zu erreichen. Die subkutane Applikation wird im Rettungsdienst nur selten praktiziert. Eines der wenigen Medikamente, das im Notfall subkutan verabreicht wird, ist das β_2 -Sympathomimetikum Terbutalin (Bricanyl®). Dieses wird beim lebensbedrohlichen Asthmaanfall verabreicht und bewirkt eine Erweiterung der Bronchien.

Transkutane Applikation

Auch über die Haut (transkutan) können Medikamente und Gifte resorbiert werden. So besitzen z.B. **Wirkstoff-Pflaster** die Eigenschaft, Medikamente

über mehrere Tage konstant abzugeben, weshalb sie einen festen Stellenwert in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen haben. Trotz der sehr langsamem Resorption der Wirkstoffe (z.B. Opiate) ist eine Überdosierung jedoch nicht selten und sollte beim bewusstseinsgetrübten Patienten stets differenzialdiagnostisch bedacht werden. Zudem muss bei der Defibrillation darauf geachtet werden, dass im Bereich der Stromabgabe keine Medikamentenpflaster aufgeklebt sind.

10.2 Darreichungsformen

Ampullen

Medikamente werden in diversen Darreichungsformen angeboten. Am gängigsten sind die Glas- oder auch **Brechampullen**, die das Arzneimittel in einem kleinen Glasbehältnis steril verwahren (► Abb. 10.8). Neben klaren, durchsichtigen Medikamentenlösungen sind oft auch Zubereitungen auf Sojabasis (weiße, milchähnliche Konsistenz) erhältlich, die weniger venenreizende Reaktionen verursachen.

Früher mussten **Glasampullen** mittels einer kleinen Ampullensäge (► Abb. 10.9) angeritzt werden, um sie aufzubrechen, während heutzutage der Flaschenhals mit einer kleinen **Sollbruchstelle** versehen ist. Diese Stelle ist durch einen farbigen Ring oder Punkt gekennzeichnet und ermöglicht eine einfache Handhabung. Wichtig ist, sich vor dem Aufziehen oder Zubereiten von Medikamenten zu vergewissern, ob das Arzneimittel noch haltbar, die Verpackung einwandfrei, ohne Beschädigungen und



Abb. 10.8 Diverse Ampullen [M302]



Abb. 10.9 Ampullensäge [M302]

die Lösung klar ist (Arznei verwendbar) oder ob sich bereits leichte Flocken in der Ampulle bilden (Arznei nicht verwendbar).

Stechampullen

Stechampullen bieten meist ein größeres Volumen, sind an ihrer Oberseite mit einem Gummistopfen steril verschlossen und mit einer Kappe abgedeckt. Der Gummistopfen kann nach Abziehen der Ampullenkappe durchgestochen werden. Oft sind Stechampullen nur mit einem **Pulver** des Medikaments gefüllt. Dieses ist durch die (Gefrier-)Trocknung in seinen chemischen Eigenschaften viel länger haltbar als in bereits gelöster Form. **Trockensubstanzen** werden in einer **Trägerlösung**, zumeist destilliertes Aqua®, gelöst und vorsichtig geschwenkt. Auch hier sollte die Lösung anschließend klar sein und keinerlei Ausflockungen zeigen. Stechampullen werden in verschiedenen Größen angeboten. Ab einem bestimmten Volumen kann die Entnahme statt mit herkömmlichen Kanülen über einen sogenannten **Spike** (► Abb. 10.10) erfolgen, der in die Ampulle/Infusionsflasche gestochen wird und über den mehrmals kleinere Dosen steril entnommen werden können. Sehr große Stechampullen können auch direkt mit einem Infusionssystem an einen peripheren Zugang angeschlossen werden.

Gebrauchsfertige Spritzen

Fertigspritzen zur intravenösen Anwendung werden nicht in allen Rettungsdienstbereichen verwendet,

da sie zumeist deutlich teurer sind und eine größere Belastung für die Umwelt darstellen. In Notfällen sind sie jedoch äußerst schnell einsetzbar, da sie nur ausgepackt und zusammengeschraubt werden müssen. Anschließend können sie sofort wie eine normale Spritze benutzt werden.

Subkutan oder intramuskulär anzuwendende Fertigspritzen werden dagegen sehr häufig vorgehalten. Diese werden bevorzugt bei akuten Notfällen verwendet, wenn noch kein sicherer Gefäßzugang besteht (z. B. EpiPen® bei Anaphylaxie oder Glucagon-Hypokit® bei Hypoglykämie). Nach dem Öffnen der Packung sind diese Spritzen rasch einsatzbereit und können, bevorzugt intramuskulär, angewendet werden. Auch in der Klinik haben gebrauchsfertige Spritzen, z. B. **Heparin-Subkutanspritzen** bei der Thromboseprophylaxe, einen festen Stellenwert.

Dosieraerosole

Viele Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen tragen Dosieraerosole mit sich. Hierbei handelt es sich um kleine Druckbehälter, die zumeist mit bronchodilativen Medikamenten gefüllt sind.



Abb. 10.10 Infusionsflasche mit Spike [M302]

Werden diese durch Druck aktiviert, wird das entsprechende Medikament über ein Treibgas fein zerstäubt und kann direkt eingeatmet werden.

Dosieraerosole sind bei richtiger Anwendung sehr effektiv; die Anwendung erfordert jedoch ein wenig Übung. Die Patienten werden aufgefordert, stark auszuatmen und das Aerosol mit den Lippen zu umschließen. Anschließend sollen sie tief Luft holen, während der Einatmung einen Sprühstoß (**Hub**) abgeben und danach kurz die Luft anhalten. Zur leichteren Anwendung, insbesondere für Kinder, stehen spezielle Kunststoffreservoirs (Spacer) zur Verfügung. Diese werden auf das Dosieraerosol aufgesetzt und können den Wirkstoff optimal anreichern, bevor sie eingeatmet werden.

Rektiolen/Zäpfchen (Suppositorien)

Rektiolen und Zäpfchen werden im Rettungsdienst vor allem in **pädiatrischen Notfallsituationen** verwendet, da sie einfach zu handhaben sind und eine sichere und schnelle Applikation ermöglichen. Ihr Wirkstoff wird im unteren Enddarm freigesetzt und zeitlich etwas verzögert über den venösen Abfluss, unter Umgehung der Leber, in den Körperkreislauf gebracht.

Kapseln

Handelsübliche Tabletten spielen in der Notfallmedizin eine eher untergeordnete Rolle, da der Wirkungseintritt durch die Magen-Darm-Passage und verzögerte Resorption nur sehr langsam einsetzt. Lediglich spezielle Medikamentenkapseln finden imrettungsdienstlichen Alltag Verwendung. Ein klassisches Beispiel ist das **Nifedipin (Adalat®)** zur Bluthochdrucktherapie, das aufgrund seiner Lichtempfindlichkeit in roten Schutzkapseln aufbewahrt wird. Um den erforderlichen Wirkungseintritt zu beschleunigen, sollten die Kapseln entweder mit einer Kanüle angestochen und unter der Zunge des Patienten ausgedrückt oder vom Patienten direkt zerbissen und erst dann heruntergeschluckt werden.

10.3 Material für Infusion und Injektion

Das Rettungsfachpersonal muss sich stets vor der Verwendung steril verpackter medizinischer Produkte zuerst von der noch gültigen **Haltbarkeit** und der absoluten **Unversehrtheit** der Verpackung und des Inhalts überzeugen.

Um überhaupt Medikamente direkt ins Blutgefäßsystem injizieren zu können, bedarf es eines sicheren **Venenzugangs**. Um optimale Verhältnisse für die Punktionschaffung zu schaffen, wird der venöse Rückstrom mittels eines **Staubandes** durch leichtes Zuziehen unterbunden. Die Gefäße füllen und erweitern sich. Der Zugang zur Vene kann durch die direkte Punktions einer Vene mit einer Kanüle (Hohlnadel, die direkt auf eine Spritze aufgesetzt werden kann) erfolgen.

Bei Notfallpatienten kann es jedoch erforderlich werden, mehrere Medikamente nacheinander oder zeitlich versetzt zu applizieren oder eine Dauertropfinfusion zu infundieren. Hierfür stehen spezielle **Venenverweilkänen** zur Verfügung, die in eine periphere Vene eingestochen werden und dort längere Zeit verbleiben können. Sie besitzen einen sehr feinen Kunststoffschlauch (**Katheter**), in dem eine Metallnadel (**Mandrin**) steckt. Diese dient dem sonst flexiblen Schlauch als Einstich- und Einführungshilfe in die Vene. Kommt der Katheter in der Vene zu liegen, wird der Mandrin aus Metall nach hinten aus dem Venenzugang herausgezogen. An Letzteren kann nun ein **Infusionssystem** angeschlossen werden. Auf den äußeren Anteil des Venenverweilkatheters ist in der Regel ein **Zuspritzventil** aufgesetzt, das mit einer leicht zu öffnenden Kappe verschlossen werden kann. Hier können handelsübliche Spritzen unmittelbar aufgesteckt und Medikamente verabreicht werden.

Durch Vorschriften und Richtlinien der Berufsgeossenschaften (BGR 250/TRBA 250), nach denen sichere Arbeitsgeräte vorgeschrieben sind, wurden in den letzten Jahren spezielle Venenverweilkänen eingeführt, die mit Sicherheitssystemen ausgestattet sind. Diese sind äußerlich meist an den farblich gekennzeichneten Befestigungsflügeln zu erkennen. Sie verfügen je nach Hersteller über unterschiedliche Sicherungssysteme, z. B. über einen kleinen Sicherheitsclip aus Metall, der sich um die Spitze der Metallnadel legt, sobald diese aus dem Katheter gezo-

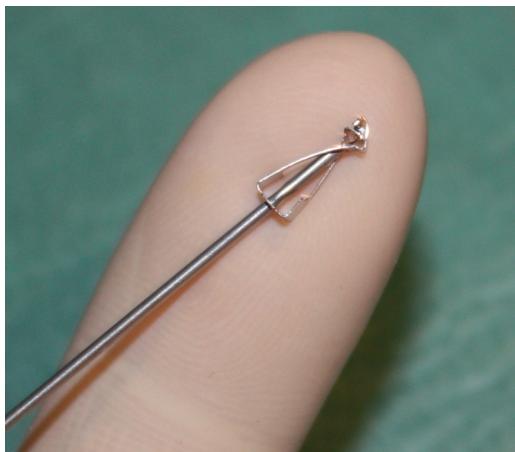


Abb. 10.11 Sicherheitsclip am Ende des Metallmandrins einer Venenverweilkanüle [M302]

gen wird (> Abb. 10.11), um Kanülenstichverletzungen zu vermeiden.

M E R K E

Spritzen, Kanülen, Venenkatheter, Infusionssysteme und andere Medizinprodukte sind sterile Einmalartikel und müssen nach Verwendung sicher entsorgt werden.

10.3.1 Vorbereiten einer Infusion

Für eine Infusion benötigt man neben der **Infusionslösung** selbst noch eine **Zuleitung (Infusionssystem)**, welche direkt an einen Venenkatheter angeschlossen wird und die Infusionslösung sicher und steril in das Blutgefäßsystem leitet.



Abb. 10.12 Infusionssystem [K183]

Praktische Vorgehensweise

- Infusionsflasche/-beutel und Infusionssystem auf Unversehrtheit und Haltbarkeit überprüfen (> Abb. 10.13a+b).
- Infusion auspacken und die Schutzkappe der Einstichstelle für das Infusionssystem öffnen, ohne sie zu berühren.
- Das Infusionssystem vorsichtig auspacken und die Infusionsleitung durch Zudrehen des Verschlussrädchen schließen (> Abb. 10.13c).
- Die Schutzkappe des Infusionsdorns abnehmen (> Abb. 10.13d) und ihn sofort in die vorgesehene Öffnung einstechen (> Abb. 10.13e).
- Die Tropfkammer zusammendrücken, bis sie zur Hälfte mit Flüssigkeit gefüllt ist (> Abb. 10.13f).
- Das Verschlussrädchen langsam öffnen, um die noch in der Leitung befindliche Luft vollständig zu entfernen (> Abb. 10.13g). Bei Glasflaschen (z. B. Natriumbikarbonat) muss das Belüftungsventil geöffnet werden.
- Vorbereitete Infusion im Fahrzeug am Infusionshalter aufhängen. Verschlusskäppchen am unteren Ende des Infusionsschlauchs erst unmittelbar vor Anschluss an den venösen Zugang entfernen (> Abb. 10.13h).

10.3.2 Vorbereiten von Medikamenten

Praktische Vorgehensweise bei Glasampullen

- Tupfer, Kanüle, richtiges Medikament und Spritze herrichten.
- Materialien und das Medikament auf Haltbarkeit und Unversehrtheit überprüfen (> Abb. 10.14a).
- Die Spritze auspacken und die Stahlkanüle aufstecken, ohne die Konnektionsenden zu berühren (> Abb. 10.14b).
- Flüssigkeit im Ampullenköpfchen einfach durch leichtes Beklopfen entfernen.
- Markierte Sollbruchstelle an der Ampulle aufsuchen; Ampulle von dem Punkt weg aufbrechen. Hierzu empfiehlt sich die Verwendung eines Tupfers (> Abb. 10.14c), da die Ampullenköpf-

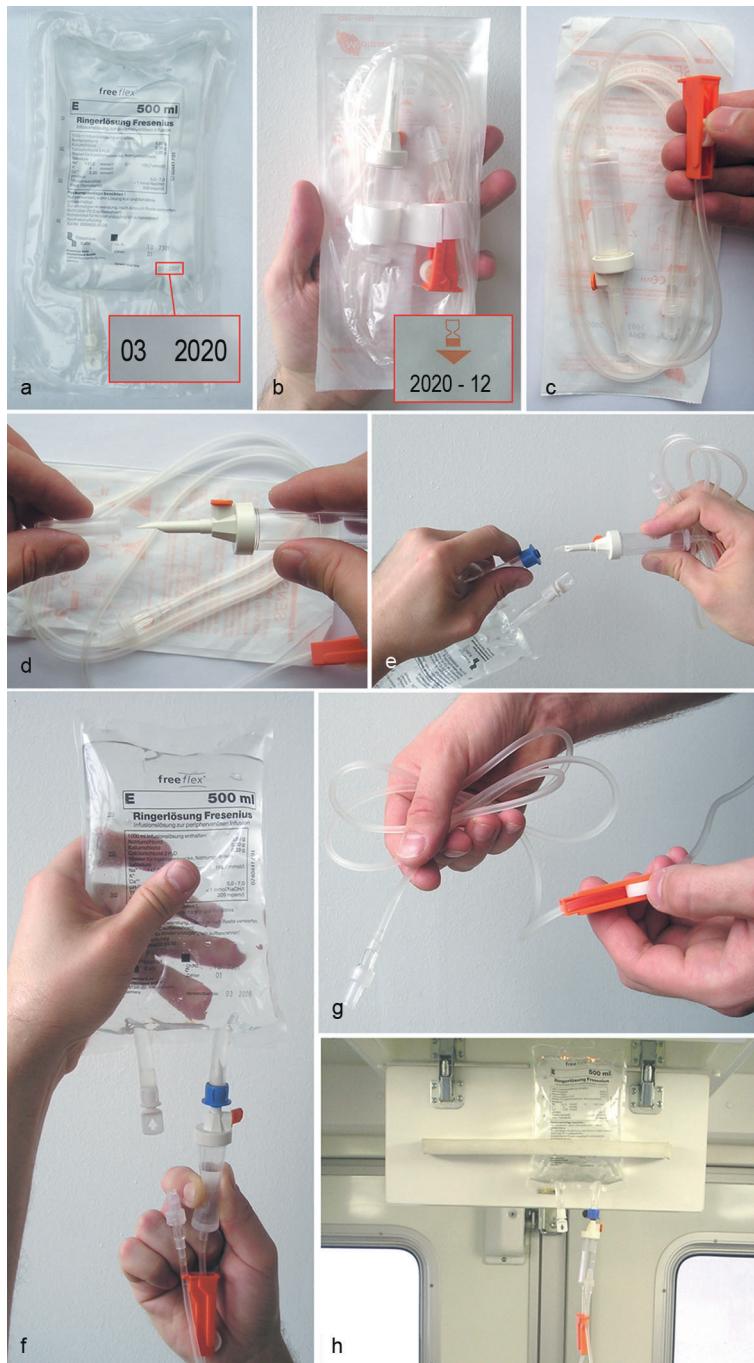


Abb. 10.13 Vorbereiten einer Infusion [M302]

chen leicht bersten und Schnittverletzungen verursachen können (► Abb. 10.14d).

- Die Schutzkappe an der Kanüle abziehen und diese vorsichtig in die Glasampulle einstecken (► Abb. 10.14e).

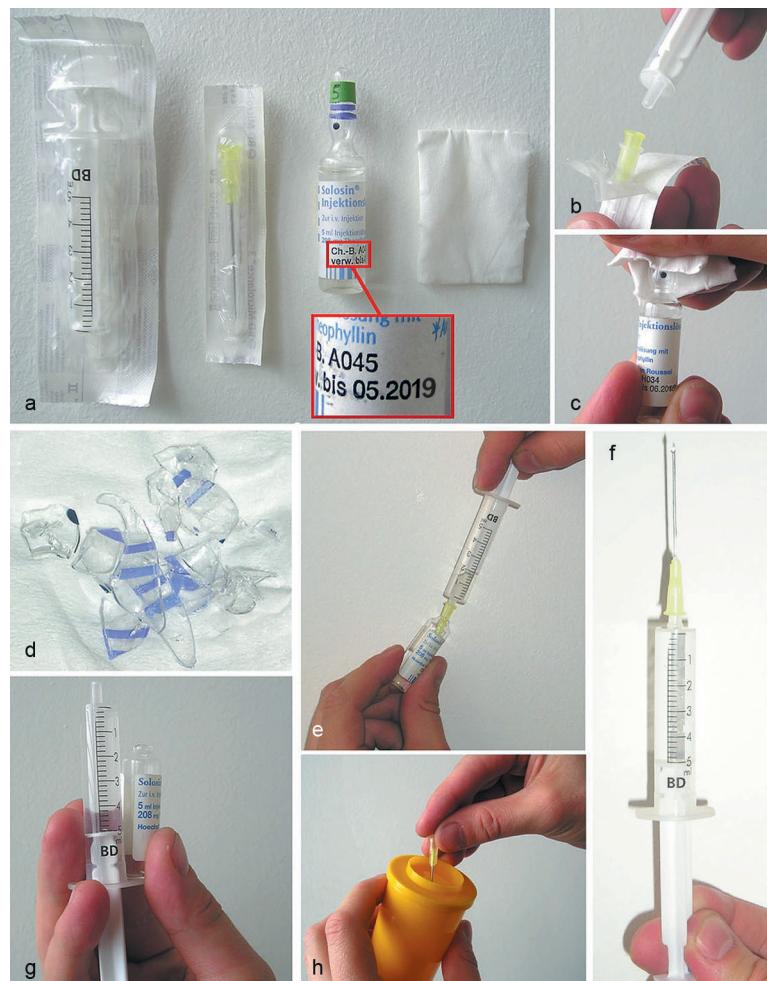


Abb. 10.14 Aufziehen einer Ampulle [M302]

- Die Flüssigkeit langsam aus der schräg gehaltenen Ampulle absaugen.
- Spritze mit der Nadel nach oben halten (**> Abb. 10.14f**) und die eingesaugte Luft durch Klopfen im oberen Teil sammeln.
- Luft durch leichtes Drücken des Spritzenkolbens vollständig entfernen.
- Stahlnadel verwerfen (**> Abb. 10.14h**).
- Den mit dem Wirkstoff bestückten Spritzenkörper anreichen und die verwendete Medikamentenampulle vorzeigen, damit sich der Anwender über den Inhalt der Spritze vergewissern kann (**> Abb. 10.14g**).
- Sofern die Spritze nicht sofort Verwendung findet, muss sie zwingend mit einem Kombistopfen fest verschlossen und beschriftet werden.

ACHTUNG

Nie mit der blanken Nadel umherlaufen!

Am Notfallort wird der Abwurfbehälter (Taschenabwurf) zur Nadel geführt. Im Rettungswagen wird die Spritze dagegen in der Nähe des fest verbauten Spritzenabwurfs aufgezogen.

Unterschiede in der praktischen Vorgehensweise bei Stechampullen

- Vor Durchstechen der Gummikappe diese durch Aufsprühen von Hautdesinfektionsmittel desinfizieren und vor dem Einstechen bereits die gleiche

Menge an Luft in den Spritzenkörper einsaugen, wie Flüssigkeit aus der Stechampulle entnommen werden soll.

- Gummistopfen mit der Kanüle durchstechen und die zuvor eingesaugte Luft ausdrücken; so kann man ein Vakuum verhindern und die gewünschte Medikamentenmenge leichter entnehmen.

Bei der Reanimation wird je nach Rettungsdienstbereich auch das pure Aufziehen von Suprarenin® empfohlen, das nach Injektion mittels Infusionsträgerlösungen in den Systemkreislauf eingeschwemmt werden muss.

Unterschiede in der praktischen Vorgehensweise bei Ampullen mit Trockensubstanz (Pulver)

- Zuerst das Lösungsmittel wie oben beschrieben vollständig aufziehen und die Kanüle im Anschluss **nicht** verwerfen.
- Vor dem Durchstechen der Gummikappe die Fläche gut desinfizieren.
- Gummistopfen mit der Kanüle durchstechen und einen Teil der zuvor aufgezogenen Lösung einspritzen.
- Die Trockensubstanz durch leichtes Schwenken (wegen Blasenbildung nicht schütteln) auflösen.
- Die klare Lösung durch Umdrehen der Stechampulle durch die noch eingestochene Kanüle langsam wieder in den Spritzenkörper absaugen; anschließend die Spritze dem Anwender entlüftet und unter Vorzeigen der Medikamentenampulle anreichen.

M E R K E

Manche Medikamente müssen aufgrund ihrer starken Wirksamkeit oder einer zu hohen Konzentration des Wirkstoffs in der Ampulle vor der Applikation verdünnt werden. Zumeist erfolgt dies im Verhältnis 1 : 10, d. h., das Medikament selbst nimmt in einer 10-ml-Spritze nur 1 ml Volumen ein und wird zusammen mit weiteren 9 ml Verdünnungslösung (NaCl 0,9 % oder Aqua®) aufgezogen.

A C H T U N G

1 mg Suprarenin® wird in einer 1-ml-Ampulle vorgehalten. Da es jedoch eine sehr starke Wirkung entfaltet, empfiehlt sich die fraktionierte (portionsweise) Medikamentengabe, die aber bei einem Volumen von nur einem Milliliter kaum möglich ist. Daher wird der Inhalt der 1-ml-Ampulle mit 9 ml NaCl 0,9 %® aufgefüllt (verdünnt). Das nunmehr 10 ml umfassende Gemisch lässt sich anschließend problemlos milliliterweise dosieren.

10.3.3 Vorbereiten und Durchführen einer Venenpunktion

Die Anlage eines **Venenkatheters** in den Körper eines Patienten gilt rechtlich als **Körperverletzung** (► 31.2.1) und darf, abgesehen von gewissen Ausnahmen (► 11.1, Arzneimittel und rechtliche Grundlagen), nur nach Einwilligung des Patienten von einem **Arzt oder Notfallsanitäter** durchgeführt werden. Zur **Punktion** einer Vene müssen entsprechende Vorbereitungsmaßnahmen erfolgen und ein ruhiges Arbeitsklima im Team herrschen.

Zunächst müssen alle erforderlichen **Materialien** (Handschuhe, Desinfektionsmittel, Venenkatheter verschiedener Größen, Tupfer, spezielle Pflaster zur Fixierung, Stauband, die vorbereitete Infusionslösung und Klebestreifen) hergerichtet und auf Haltbarkeit und Unversehrtheit überprüft werden (► Abb. 10.15).

Praktische Vorgehensweise zur Durchführung einer Venenpunktion

- Materialien zusammenstellen und gesammelt in einer Nierenschale zum Patienten bringen, Schutzhandschuhe verwenden.
- Patienten von dem Vorhaben der Injektion unterrichten, die Notwendigkeit (wenn nicht schon geschehen) kurz erklären und die mündliche Einwilligung einholen; in der Folge jeden weiteren Schritt erklären. Aufsuchen einer geeigneten Vene, z. B. am Handrücken (Kontraindikationen: z. B. Dialyse-Shunt oder Lymphschwellung am gleichen Arm).
- Vorsichtiges Anbringen der Staumanschette oder die Blutdruckmanschette anlegen und einen venösen Stau erzeugen (die Stauung nicht zu fest oder zu lange anlegen) (► Abb. 10.16a).
- Aufsuchen einer geeigneten Vene mit möglichst geradem Verlauf in ausreichender Entfernung zum Handgelenk (ansonsten ist eine schmerzhaf-

KAPITEL

14

Jürgen Luxem

Respiratorische Notfälle

14.1	Erkrankungen der Atmungsorgane	304
14.1.1	COPD	304
14.1.2	Asthma bronchiale	305
14.1.3	Pneumonie	306
14.2	Respiratorische Notfälle	307
14.2.1	Aspiration und Bolusverlegung	307
14.2.2	Hyperventilationssyndrom	309



Eine Störung der Atmung wird als **respiratorische Insuffizienz** bezeichnet. Das Leitsymptom der Atemstörung ist die Atemnot. Unabhängig von der Ursache besteht immer die Gefahr einer Unterversorgung des Organismus mit Sauerstoff (**Hypoxie**), des Bewusstseinsverlustes und des Atemstillstandes (**Apnoe**).

14.1 Erkrankungen der Atmungsorgane

14.1.1 COPD

Die Bezeichnung COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease) ist ein Sammelbegriff für **chronisch obstruktive und fortschreitende Lungenerkrankungen**, die durch Husten, vermehrten Auswurf von zähem, glasigem Schleim und Atemnot unter körperlicher Belastung gekennzeichnet sind. Dabei sind die Atemwege verengt und vor allem die Ausatmung ist behindert. Diese Atemwegsenge lässt sich mit Medikamenten nicht mehr vollständig zurückbilden. Im Rahmen der COPD treten in erster Linie zwei Krankheitsbilder gemeinsam auf:

- die chronische Bronchitis und
- das Lungenemphysem.

Die **chronische Bronchitis** ist eine dauerhafte Entzündung, die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als chronischer Husten mit und ohne Auswurf definiert wird, der an den meisten Tagen eines Jahres, mindestens aber je drei Monate lang in zwei aufeinanderfolgenden Jahren auftritt.

Das **Lungenemphysem** ist eine nicht rückbildungsfähige (**irreversible**) Überblähung der Lunge, die zu einer Einschränkung der wichtigsten Lungenfunktionen führt – der Versorgung des Körpers mit Sauerstoff und der Abgabe von Kohlendioxid aus dem Körper in die Umgebungsluft. Zusätzlich zur Überblähung der Lunge kommt es beim Lungenemphysem zu einer Zerstörung von Lungenstrukturen in den Lungenbläschen.

Die COPD ist die **häufigste Atemwegserkrankung**. Sie entwickelt sich infolge einer jahrelangen Belastung der Lunge bzw. Bronchialschleimhaut durch eingeatmete schädliche Stoffe (z.B. Zigarettenrauch). Die Bezeichnung COPD wurde gewählt,

um die chronisch obstruktive Bronchitis und das Lungenemphysem vom **Asthma bronchiale** abzgrenzen. Asthma und COPD haben auf den ersten Blick zwar sehr ähnliche Symptome, sind aber zwei ganz verschiedene Krankheiten. Erste Unterschiede zeigen sich schon bei der **Ursache**: Zigarettenrauchen ist als Ursache des Asthmas bisher nicht belegt, gilt aber als Hauptursache der COPD. Das Asthma beginnt in der Kindheit und Jugend, die COPD entwickelt sich im höheren Lebensalter. Die Atemnot beim Asthma tritt anfallsartig auf, bei COPD unter Belastung. Der Verlauf der Atemwegsenge und auch der Erkrankung ist beim Asthma wechselhaft und episodisch, bei der COPD ist es eine dauerhafte Beeinträchtigung, die von Jahr zu Jahr immer stärker wird. Die Enge der Atemwege lässt sich beim Asthma in der Regel gut zurückbilden, bei der COPD kaum. Astmatiker sprechen bei der Langzeitbehandlung, im Gegensatz zum Großteil der COPD-Patienten, gut auf inhalierbares Kortison an.

Symptome und Krankheitsfolgen (Cor pulmonale)

Typische Symptome einer COPD sind:

- Produktiver Husten (überwiegend morgens, „Raucherhusten“)
- Belastungsdyspnoe, Zyanose an den Lippen und Fingern (Akrozyanose)
- Später auch Ruhedyspnoe
- Verlängerte Ausatmung mit Giemen und Brummen
- Leises Atemgeräusch

Der erhöhte Strömungswiderstand in den tiefen Atemwegen verursacht eine Sauerstoffunterversorgung (**Hypoxie**) in den zu gering oder nicht ventilierten Alveolen. Der Patient versucht, die Luft unter Kraftanstrengung auszuatmen. Dabei werden die kleinen Bronchien weiter eingeengt. Dadurch kann die Ausatemluft aus den Alveolen nicht oder nur erschwert entweichen. So überblähen die Alveolen allmählich. Infolgedessen verengen sich die Kapillaren des Lungenkreislaufs (► 3.1.3). Folgen sind eine Erhöhung des Gefäßwiderstandes und ein gestörter Blutfluss in der Lunge (**pulmonale Hypertonie**). Das Blut staut sich bis zur rechten Herzhälfte zurück, die linke Herzhälfte erhält zu wenig oxygeniertes Blut aus der Lunge. Außerdem muss die rechte

Herzhälften gegen einen zunehmenden Widerstand arbeiten. Bei einer über viele Jahre bestehenden COPD entwickelt sich eine chronische Rechtsherzbelastung. Der rechte Ventrikel dehnt (**Dilatation**) oder vergrößert sich, ohne an Muskelmasse zuzulegen (**Hypertrophie**). Diese Form der Rechtsherzinsuffizienz (► 13.1.1) wird chronisches **Cor pulmonale** („Lungenherz“) genannt.

Basismaßnahmen

Die wichtigste Maßnahme ist das **Vermeiden** einer Exposition mit den schädlichen Stoffen, z. B. durch Einstellung des Zigarettenrauchens. Die **medikamentöse Langzeitbehandlung** orientiert sich am Schweregrad der Erkrankung und wird durch den Hausarzt bzw. Lungenfacharzt durchgeführt.

14.1.2 Asthma bronchiale

Das Asthma bronchiale (**Bronchialasthma**) ist eine Krankheit, die durch anfallsartig auftretende, schwere Atembeschwerden mit Zyanose gekennzeichnet ist. Die schwere Atemnot des Asthma bronchiale ist durch eine Trias charakterisiert:

- Verdickung der die Atemwege auskleidenden Schleimhaut (**Schleimhautschwellung**)
- Kontraktion der Bronchialmuskulatur (**Bronchospasmus**)
- Übermäßige Schleimabsonderung (**Hypersekretion**).

Schleimhautschwellung, Bronchospasmus und Hypersekretion führen insgesamt zu einer Zunahme des Atemwegswiderstandes und werden als **Bronchialobstruktion** bezeichnet (► Abb. 14.1). Diese Hindernisse beeinträchtigen vorwiegend die Ausatmung (**Exspiration**). Das Bronchialasthma wird durch unterschiedliche Faktoren einzeln oder gemeinsam ausgelöst.

Ausgehend von den **auslösenden Faktoren**, wird zwischen einem allergischen (extrinsic) und nicht-allergischen (intrinsic) Asthma bronchiale unterschieden. Beim allergischen (**extrinsic**) Asthma bronchiale ist die Reaktion der IgE-Antikörper die alleinige Ursache für die Erkrankung. Durch den Kontakt mit einem Allergen reagieren die Mastzellen mit der massenhaften Ausschüttung von Histamin.

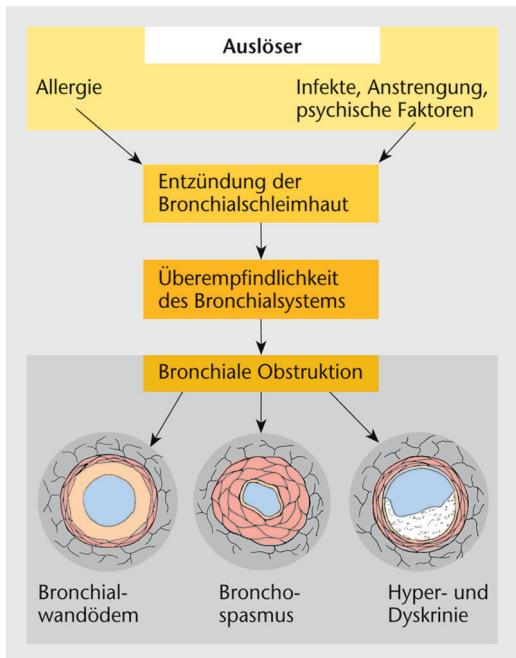


Abb. 14.1 Pathogenese des Asthma bronchiale [A400]

Auslöser für ein **allergisches Asthma bronchiale** sind:

- Inhalationsallergene, z. B. Blütenpollen, Mehlstaub oder Hausstaubmilben
- Medikamente, z. B. Antibiotika, ASS, Röntgenkontrastmittel
- Nahrungsmittel, insbesondere Eiweiße und Konservierungsmittel
- Insektengifte, z. B. von Bienen und Wespen

Beim allergischen Asthma bronchiale kann eine familiäre gesteigerte Empfindlichkeit gegen Umweltallergene bestehen (**Atopie**) und an die Nachkommen vererbt werden. Das allergische Asthma ist die häufigste Form des Asthma bronchiale in der Jugend.

Mit dem Begriff des nichtallergischen (**intrinsic**) Asthma bronchiale werden dagegen alle Formen der Erkrankung ohne allergische Ursache erfasst. Es handelt sich zumeist um Virusinfektionen und unspezifische Reize, z. B. körperliche Belastungen.

Auslöser eines **nichtallergischen Asthma bronchiale** sind:

- Atemwegsinfekte
- Körperliche Belastung
- Kälteexposition, Rauch, Nebel
- Angst, Stress

Symptome

Die anfallsartig auftretende **Atemnot** gilt als Leitsymptom. Sie verschlimmert sich besonders durch Hustenattacken und Todesangst. Bei der Ausatmung des Patienten ist ein deutliches **Giemen und Brummen** zu hören. Die Exspirationsphase ist deutlich verlängert. Die Atemfrequenz ist beschleunigt (**Tachypnoe**). Die Haut verfärbt sich zyanotisch. Zunächst sind die Finger und Lippen betroffen, bei fortschreitender Atemnot auch der Körperstamm. Der Patient atmet unter Einsatz der Atemhilfsmuskulatur (**Orthopnoe**). Dazu sitzt er mit erhöhtem Oberkörper, drückt die Brust nach außen und stützt sich mit den Armen nach hinten ab. Hypertonie und Tachykardie sind Ausdruck der Stressreaktion. Gestauter Halsvenen deuten auf eine akute Rechtsherzbelastung hin.

Basismaßnahmen

Die Basismaßnahmen beim Asthma bronchiale müssen die Oberkörperhochlagerung, die vorsichtige Sauerstoffgabe von 2-4 l/min über eine Nasensonde, die Beruhigung des Patienten und das kontinuierliche **Monitoring** (EKG, Blutdruck, Pulsoxymetrie) umfassen. Der Patient sollte zur **Lippenbremse** (► Abb. 14.2) angehalten werden, wodurch ein positiver Gegendruck in den Atemwegen erzeugt wird, der der Bronchialobstruktion entgegenwirkt. Die Notarzt-Alarmierung muss so schnell wie möglich erfolgen.

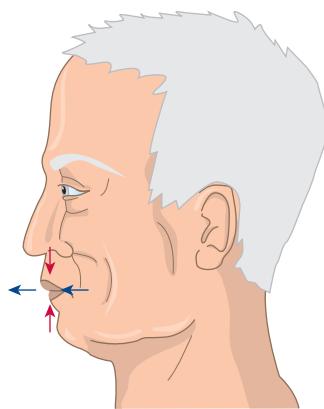


Abb. 14.2 Lippenbremse: Durch Aufeinanderpressen der Lippen bei der Ausatmung wird ein positiver Druck in den Atemwegen erzeugt. [L138]

Der **Notarzt** setzt die Maßnahmen des Rettungsfachpersonals fort. Er wird einen venösen Zugang anlegen und die weiterführende medikamentöse Therapie einleiten. Diese muss sich am klinischen Bild und an der Schwere der Atemwegsobstruktion orientieren. Die Infusion balancierter Vollelektrolytlösungen (► 11.2.17) wird das Abhusten des zähen Schleims erleichtern. Eine Erweiterung der Bronchien erfolgt durch Gabe von kurzwirksamen β_2 -Sympathikomimetika (► 11.2.9) in Kombination mit kurzwirksamen Anticholinergika. Die Anticholinergika (z. B. Atrovent[®]) hemmen die parasympatischen Nerven an den Bronchien. Beide Medikamente werden inhalativ über eine Verneblermaske verabreicht. Systemische Kortisonpräparate (z. B. Solu-Decortin H[®], ► 11.2.16) wirken Schleimhaut abschwellend und reduzieren die Schleimproduktion. Bei starker Unruhe oder Todesangst wird der Notarzt eine vorsichtige Sedierung mit Promethazin (z. B. Atosil[®]) oder Midazolam (z. B. Dormicum[®], ► 11.2.1) in Erwägung ziehen. Reproterol (z. B. Bronchospasmin[®]) kann als Bolus intravenös oder zusätzlich in die balancierte Vollelektrolytlösung gegeben werden.

14.1.3 Pneumonie

Eine Lungenentzündung (**Pneumonie**) ist eine akute oder chronische Entzündung des Lungengewebes. Die Pneumonie ist die am häufigsten zum Tode führende **Infektionskrankheit** in den westlichen Industrienationen. Die Entzündungsreaktionen können durch Bakterien oder Viren (Pneumonie), physikalische (z. B. Strahlen) oder chemische (z. B. Magensaftaspiration) Stoffe (Pneumonitis) hervorgerufen werden. Bakterielle oder virale Pneumonien sind meist ansteckend (**infektiös**). Abwehrge schwächte Patienten unterliegen einem erhöhten Erkrankungsrisiko.

Symptome

Die Symptome sind abhängig vom **Erregertyp** und begünstigenden Faktoren, z. B. dem Ausmaß des entzündeten Lungengewebes, sowie von der Abwehrlage des Patienten. Die bakterielle Pneumonie beginnt häufig mit Schüttelfrost, gefolgt von hohem Fieber und Husten mit zähem Auswurf. So ist die **Pneumokokkenpneumonie** durch einen schnellen

und steilen Fieberschub gekennzeichnet. Die Betroffenen machen einen sehr kranken Eindruck.

Die **virale Pneumonie** dagegen beginnt meist schleicher als die bakterielle Lungenentzündung. Schüttelfrost kommt kaum vor. Das Fieber steigt nur langsam an und erreicht selten Temperaturen über 38,5 °C. Der Husten ist lang anhaltend und quälend; es wird aber meist kein Auswurf produziert und die Patienten leiden selten unter akuter Atemnot.

Komplikationen

Lebensbedrohliche Komplikationen treten vor allem bei **bakteriell** verursachten Pneumonien auf. Eine der schlimmsten Komplikationen ist neben der Sepsis (**> 9.3.5**) die **respiratorische Insuffizienz**, die einen schweren Sauerstoffmangel im gesamten Körper bewirkt. Überfluten die Krankheitserreger den Organismus des Patienten (Sepsis), kommt es an vielen Stellen im Körper zu weiteren Entzündungsreaktionen, die in der Folge zu Schock und Tod führen können. Weitere Komplikationen sind:

- Ansammlung von Eiter im Pleuraspalt (Pleuraempyem) durch Verschleppung der Krankheitserreger
- Infektionen anderer Organe, wie Gehirn, Hirnhäute und Herz
- Thrombosen durch lange Bettruhe

Basismaßnahmen

Die Basismaßnahmen orientieren sich an den Vitalfunktionen und umfassen die Lagerung mit erhöhtem Oberkörper und die Sauerstoffgabe über eine Insufflationsmaske. Zur **Überwachung** werden EKG-Monitor und Pulsoxymeter angeschlossen. Der Blutdruck wird regelmäßig gemessen. Bei schwerer Dyspnoe und schlechter Sauerstoffsättigung oder gar Bewusstseinseintrübung ist der Notarzt nachzualarmieren.

14.2 Respiratorische Notfälle

14.2.1 Aspiration und Bolusverlegung

Der Begriff „Aspiration“ bezeichnet das **Eindringen von flüssigen oder festen Stoffen** in die Atemwege

mit teilweiser oder vollständiger Verlegung. Aspiert werden häufig:

- Nahrungsbestandteile (z. B. Fleischbrocken)
- Magen-/Darminhalt (z. B. Erbrochenes)
- Blut
- Fremdkörper (z. B. Spielzeug, Münzen, Murmeln, Gebiss)

Meist sind Säuglinge, Kleinkinder, alte oder alkoholisierte Patienten betroffen. Bei Säuglingen und Kleinkindern kommt es meist zu versehentlicher Aspiration von Fremdkörpern während des Spielens. Wegen der Enge der Atemwege ist eine Verlegung besonders gefährlich. Bei alten oder alkoholisierten Patienten kann eine Aspiration von Nahrungsbestandteilen infolge verlangsamter Schutzreflexe oder Bewusstseinsstörungen auftreten. Flüssige Stoffe dringen dabei ungehindert in die tiefen Atemwege ein.

P R A X I S T I P P

Durch die Flachlagerung von bewusstseinsgetrübten bettlägerigen Patienten, die über eine PEG-Sonde ernährt werden, kommt es immer wieder zum Reflux und zur Aspiration von Sondenkost, die aufgrund der groblasigen Rasselgeräusche an ein Lungenödem denken lassen.

Ein **Bolusgeschehen** ist die extremste Form der Fremdkörperaspiration. Durch den Fremdkörper (**Bolus**) werden die oberen Luftwege teilweise oder komplett verschlossen. Neben der Erstickungsgefahr kann der Bolus zu einer Stimulation des an der Rachenhinterwand verlaufenden N. vagus (**> 3.3.4, > 3.3.5**) führen und reflektorisch einen Kreislaufstillstand hervorrufen (**Bolustod**).

Symptome

Die auftretenden Symptome von Aspiration oder Bolusgeschehen sind abhängig von **Größe** und **Konsistenz** des aspirierten Materials und entsprechen bei Verlegung der Atemwege denen der **akuten Atemnot**:

- Starker Husten
- Hochgradige Atemnot, Tachypnoe und Zyanose
- Unruhe, Todesangst
- Tachykardie, bei Bolusgeschehen Bradykardie
- Hypertonie, bei Bolusgeschehen Blutdruckabfall

- Atem- und Herz-Kreislauf-Stillstand nach Bolusverlegung

Führt der Fremdkörper zu einer Verlegung der Speiseröhre und nicht der Atemwege, so treten folgende Symptome ohne schwerwiegende Beeinträchtigung der Atmung auf:

- Retrosternale und/oder epigastrische Schmerzen
- Schluckstörungen, vermehrter Speichelfluss (Hypersalivation)
- Würgereiz
- Subjektive Dyspnoe

Basismaßnahmen

Von entscheidender Bedeutung für den Therapieerfolg ist das **Zeitintervall** zwischen der Aspiration und dem Beginn der Basismaßnahmen. Die Basismaßnahmen zielen bei spontan atmenden und bewusstseinsklaren Patienten auf die Sicherung der Atemfunktion.

Bei **milden Atemwegsbehinderungen** werden die Patienten zum **Husten** aufgefordert. Stoßweises Husten kann durch den dabei erhöhten Atemwegsdruck den Fremdkörper ausstoßen. Bei **schweren Atemwegsbehinderungen**, wenn das versuchte Abhusten des Fremdkörpers wirkungslos bleibt, stellt sich der Helfer etwas seitlich hinter den Patienten und verabreicht ihm 5 **Rückenschläge** mit dem Handballen zwischen die Schulterblätter. Kann die Atemwegsbehinderung mit diesen Maßnahmen nicht beseitigt werden, wird das **Heimlich-Manöver** angewendet.

Zur Durchführung des Heimlich-Handgriffs ([> Abb. 14.3](#)) bei Patienten mit erhaltenem Bewusstsein schlingt der Helfer von hinten die Arme um die Taille des Patienten, dessen Arme und Oberkörper frei herunterhängen. Er platziert seine Faust zwischen dem untersten Rippenbogen und Bauchnabel in der Mittellinie (epigastrischer Winkel) und umfasst sie mit der anderen Hand. Anschließend drückt er die Faust mit Unterstützung der anderen Hand kräftig in die Bauchdecke in Richtung Zwerchfell. Wiederholen Sie den Heimlich-Handgriff bis zu 5-mal. Falls die Atemwegsbehinderung nicht beseitigt werden kann, werden jeweils 5 Rückenschläge und 5 Oberbauchkompressionen abwechselnd wiederholt.

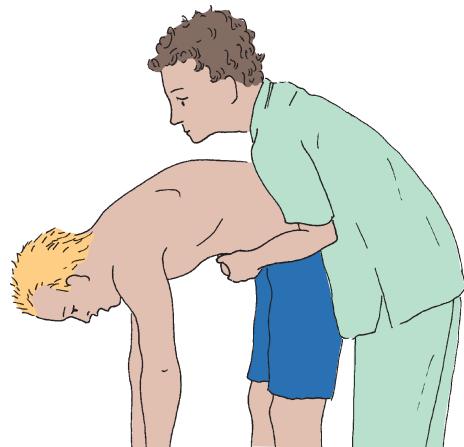


Abb. 14.3 Heimlich-Handgriff (stehend) [L190]

Sollte der Patient zu irgendeinem Zeitpunkt bewusstlos werden oder bereits bewusstlos aufgefunden werden, muss umgehend mit der **Reanimation** ([> 8.2.3](#)) begonnen werden. Die Thoraxkompression erzeugt einen höheren Druck in den Atemwegen als die Oberbauchkompression (Heimlich-Manöver) und kann zum Ausstoßen des Fremdkörpers führen. Da der Fremdkörper in der Regel nicht komplett ausgestoßen wird, muss die Mundhöhle im Rahmen der Reanimation vor der Beatmung inspiziert werden und das Freimachen und Freihalten der Atemwege durch Absaugen von Flüssigkeiten oder manuelles Ausräumen von festen Stoffen erfolgen. Die Reanimation erfolgt im Verhältnis 30:2 und ist so lange durchzuführen, bis sich der Patient erholt und zu atmen beginnt.

Bei **Kindern** mit hochgradiger Atemnot und hörbarem Stridor kann durch Oberkörpertieflagerung und Schläge auf den Rücken zwischen die Schulterblätter ([> Abb. 22.2](#)) versucht werden, besonders fest sitzende Fremdkörper durch das Erzeugen einer intrathorakalen Druckerhöhung zu entfernen ([> 22.3.2](#)).

Patienten, bei denen der Fremdkörper nicht zu einer Beeinträchtigung der Atmung führt, werden mit erhöhtem Oberkörper gelagert.

14.2.2 Hyperventilationssyndrom

Bei Angst, Aufregung, Wut und Stress oder auch bei starken Schmerzzuständen verändert sich die normale Atmung und wird entweder rascher und flacher oder steigert sich zur **Hyperventilation** (schnelle und tiefe Atemzüge). Plötzliches Erschrecken kann zu einem vorübergehenden Atemstillstand führen, gefolgt von einer intensivierten Atmung. Das Hyperventilationssyndrom ist als eine Unterform der **Panikstörung** anzusehen. Junge Frauen sind davon häufiger als Männer betroffen.

Das Hyperventilationssyndrom beschreibt eine über das physiologische Bedürfnis hinausgehende Beschleunigung und Vertiefung der Atmung. Über die vertiefte Kohlendioxid-(CO₂)-Abatmung fällt der Kohlendioxidgehalt im Blut stark ab (**Hypokapnie**). In der Folge steigt der pH-Wert an (**respiratorische Alkalose**, > 3.9.3). Daraufhin wird im Blut vorliegendes freies Kalzium (Ca²⁺) verstärkt an Eiweiße gebunden. Dadurch entsteht ein relativer Kalziummangel. Da aber ein ausreichender Kalziumspiegel Voraussetzung für eine einwandfreie Muskelarbeit ist, kommt es zu einer gesteigerten neuromuskulären Erregbarkeit mit Kribbeln (**Parästhesien**) und Krämpfen (**Pfötchenstellung**), beginnend an den Händen. Außerdem entsteht ein muskulärer **Bronchospasmus**, der bei den Patienten ein Erstickungsgefühl und panische Angstzustände auslöst, wodurch sich der gesamte Vorgang wiederholt und verstärkt wird.

M E R K E

Das Hyperventilationssyndrom ist kein lebensbedrohliches Krankheitsbild. Die Ursachen sind meist psychogener Natur.

Symptome

Die Symptome sind abhängig von der **Dauer** und **Intensität** der Hyperventilation:

- Kribbelgefühl (Parästhesien) in den Fingern und um den Mund herum
- Pfötchenstellung (Verkrampfungen) der Hände und Krämpfe am Mund („Karpfenmaul“)
- Nervosität, Unruhe, Panik
- Schwindel, Kopfschmerzen
- Druckgefühl in der Brust
- Atemnot, Erstickungsgefühl
- Kollaps/Synkope/Bewusstseinsverlust

Basismaßnahmen

Als Basismaßnahmen sind der beruhigende Zuschuss und die Atmungsanleitung durchzuführen. **Ziel** ist, die Hyperventilation zu durchbrechen. Hierzu sollen die Patienten in eine Tüte oder Hyperventilationsmaske hineinatmen. Dadurch soll das ausgeatmete Kohlendioxid zurückgeatmet werden, um den CO₂-Gehalt im Blut zu erhöhen und damit der Hypokapnie, der respiratorischen Alkalose und den Parästhesien und Krämpfen entgegenzuwirken. Die medikamentöse Therapie bleibt dem **Notarzt** vorbehalten. Dieser sollte dann alarmiert werden, wenn die Basismaßnahmen zu keinem nennenswerten Erfolg führen. Er wird versuchen, nach Anlage eines intravenösen Zugangs mithilfe von Sedativa (z.B. Valium®, > 11.2.1) die Hyperventilation zu durchbrechen.

M E R K E

Eine Hyperventilation mit auftretenden Verkrampfungen wird Hyperventilationstetanie (Tetanie = Störung der Motorik und Sensibilität bei neuromuskulärer Erregbarkeit infolge eines Kalziummangels) genannt.

Erhältlich in Ihrer Buchhandlung



Ihr perfekter Einstieg in den Rettungsdienst

Dieses Lehrbuch der renommierten Herausgeber Jürgen Luxem und Klaus Runggaldier deckt alle Inhalte der Rettungssanitäter-, Sanitäter- und Rettungshelferausbildung ab. Es überzeugt durch klare Strukturierung sowie eine einfache Sprache, so finden Sie sich gut zurecht.

Zahlreiche hochwertige Abbildungen und viele Lernhilfen, z.B. Informationsschwerpunkte in Kästen und Wiederholungsfragen am Kapitelende, machen den Stoff anschaulich und helfen Ihnen, beim Lernen Schwerpunkte zu setzen. Für den optimalen Bezug zum Arbeitsalltag sorgen Tipps für die Praxis und Beispiele aus der Praxis.

Neu in der 4. Auflage:

- komplett überarbeitet und aktualisiert entsprechend neuer Leitlinien sowie den Reanimationsrichtlinien nach ERC 2015
- neues Kapitel zum Krankentransport
- Anpassung der Patientenuntersuchung an standardisierte Untersuchungskonzepte (Primary/Secondary Assessment, IPPAF) und Anamnesetools (SAMPLER/OPQRST)
- Ausführungen zu supraglottischen Atemwegshilfen
- Berücksichtigung der zunehmenden Bedeutung von Sepsis und SIRS
- Ergänzung von Inhalten der neuen Ausbildungsverordnungen einiger Bundesländer, z.B. Kommunikation, Gesprächsführung und Teamentwicklung

Online-Zugang zur Rettungsdienstwelt: Buchinhalte online lesen, Zusatzmaterialien für Unterricht und Lernen: Animationsvideos, Arbeitsblätter und alle Abbildungen zum Download (Angebot freibleibend).

Rettungsdienst RS/RH

2017. Ca. 664 S., 352 farb. Abb., geb.

ISBN: 978-3-437-48043-0

€ [D] 44,99 / € [A] 46,30