

Notruf112



Aktuelle Informationen

für Notärztinnen und Notärzte

24. September 2025

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wieder einmal erhalten Sie Informationen und Hinweise.

Mit freundlichen Grüßen

Christian Lauchner
ÄLRD

Inhalt

Neues Abrechnungsprotokoll

Benehmen bei Einsätzen

Dokumentation

Beatmung unter Reanimation

Neues Abrechnungsprotokoll

Als Notärztin / Notarzt füllen Sie im Einsatz gemeinsam mit der Besatzung des RTW das Einsatzprotokoll aus. Hier gibt es keine Änderung, und Sie erhalten unverändert eine Kopie in Ihrem Abrufportal (Frist zum Abrufen 7 Tage).

Zur Abrechnung des NEF-Einsatzes füllt die/der Fahrer:in vom NEF ein Abrechnungsprotokoll aus. Auch dieses finden Sie bisher schon im Abrufportal.

Für das Abrechnungsprotokoll führen wir eine neue Version ein. Künftig können auch für das NEF alle Statuszeiten und die Nutzung von Sonderrechten erfasst werden.

Sie werden im Abrufportal zunehmend die neue Version finden. Patientendaten finden Sie auf „Seite 2“ unterhalb von Einsatzort und Zielangabe.

Abrechnungsprotokoll Version 1.5 Chemnitz-Erzgebirgskreis

Rettungstechnische Daten

Einsatznummer	Standort	1. Rettungsmittel	Alarm	Ausfahrt
Einsatzdatum	NotSan/RettApp/RS	1. Rettungsmittel Typ	SoSt	nein ja
	NotSan/RettApp/RS		Ankunft EO	Ankunft Pat
km Anfang	Hospitant/Azubi		Abfahrt	Übergabe
km Ende	Notarzt		SoSt	nein ja
km Gesamt			Einsatzbeginn	Ende
Weiteres	Problemkeim	nein ja		
Weiteres	Schwerlast	nein >190 kg		
Tarif / Weiteres	Trage zu klein	nicht transport. Fahrzeug		

Einsatzort / Transportziel

Einsatzort	Transportziel
Straße	Straße
PLZ	PLZ
Ort	Ort
wie Pat.-Adresse	wie Pat.-Adresse

Patientendaten 1. eGK Daten übernehmen

Name, Vorname des Patienten	Geburtsdatum	Geburtsdatum unbekannt	weiblich
Straße	Hausnummer	männlich	divers
IK	PLZ	Ort	
Kostenträger	Arbeitsgeber		
IK Kostenträger	Abweichender Rechnungsempfänger		
Versichertennummer	Versicherter (wenn vom Patient abweichend)		
Status	Verordnung eines Krankentransports lag vor	nein ja	
Arzt/Praxis	Einweisender Arzt / Einweisendes Krankenhaus		
Betriebsstättennummer	Arztnummer		
Übergabe von Patienteneigentum	Freitext (Verlaufsbeschreibung / Bemerkungen)		
Versichertenkarte	Abweichender Kostenträger	Wartezeit	Int- und Rückfahrt
nein ja	Privat-Vers.		
	Unterschrift Transportleiter		

Ablehnung von Einsätzen, Benehmen an der Einsatzstelle

Alle in der Notfallmedizin Tätigen leiden unter der hohen Zahl von Bagatelleinsätzen. Besonders belastet sind Notärztinnen und Notärzte, die den Notarztdienst ja meist zusätzlich zu einer Vollzeittätigkeit in Klinik und Praxis leisten.

Leider regiert ein sehr kleiner aber nicht zu negierender Teil von Notärztinnen und Notärzten auf diese Belastung mit Verhalten, das so nicht mehr tolerabel ist.

Ausgangspunkt für jeden Einsatz ist ein Notruf, der in der IRLS eingeht. Mitarbeiter in der IRLS müssen dann unter Zeitdruck eine Entscheidung treffen. Bitte denken Sie daran, dass zum Beispiel der Notarztindikationskatalog nicht vom „System“, sondern von der Bundesärztekammer erstellt worden ist. Auch die 116117, die Einsätze an die IRLS abgibt, steht unter Leitung der Kassenärztlichen Vereinigung.

Unabhängig vom Text auf dem DME ergeben sich durch die Alarmierung Pflichten:

- Ausnahmelos gilt, dass wenn die IRLS entscheidet, dass ein NEF-Einsatz nötig ist, alarmierte Notärztinnen und Notärzte auch unverzüglich ausrücken müssen. Genauso ist es, wenn eine Besetzung vor Ort nachfordert. Sonder- und Wegerecht werden dabei wie von der IRLS angeordnet genutzt. Abweichungen müssen der IRLS mitgeteilt werden.
- Korrektes Benehmen gegenüber Patienten, Angehörigen und Pflegekräften: Es gibt keinerlei Rechtfertigung, diese Personen anzuschreien oder zu beleidigen.

Diskussionen über Indikationen können nach Abschluss des Einsatzes geführt werden. NFS des NEF sind dafür aber nicht der geeignete Ansprechpartner.

Auch wenn sich die Annahme, dass kein richtiger Notfall vorliegt, häufig als richtig erweist, kann ich als ÄLRD sicher sagen, dass es Fälle gibt, in denen der kritische Zustand eines Patienten vom NA unterschätzt oder nicht erkannt worden ist, bzw. der Patient viel kränker ist, als es die IRLS übermittelt hat.

Die häufige Behauptung, dass die IRLS NEF immer leichtfertiger alarmieren würde, trifft für den RettZV nicht zu. Bei uns sinkt seit Jahren sowohl die absolute Zahl von NEF-Einsätzen als auch die NA-Quote.

Nicht-Ausrücken oder Verzögern der Ankunft am Einsatzort sind keine Fahrlässigkeit und damit nicht über die Haftpflichtversicherung abgedeckt. Auch vor Gericht werden Sie wahrscheinlich nicht auf Verständnis treffen.

Notärztinnen und Notärzte, die sich nicht an diese Regeln halten wollen, müssen auf weitere Dienste im RettZV verzichten.

Dokumentation

Medikamente müssen im Einsatzprotokoll in die dafür vorgesehenen Felder eingetragen werden. Eine Dokumentation im Freitext reicht nicht aus, weil so eine Erfassung im digitalen Übergabedatensatz für Kliniken nicht erfolgt und die Medikamente auch bei Auswertungen nicht gefunden werden. Wenn Sie mit der Eingabemaske nicht zurechtkommen, dann lassen Sie sich bitte vom NFS helfen.

NFS sind angewiesen, Medikamente nachzutragen, wenn diese nicht durch Sie korrekt dokumentiert worden sind. Nicht nachgetragen werden Zeitpunkt und verabreichte Dosis. Das Nachtragen ist nötig, um den Verbrauch belegen zu können.

Beatmung unter Reanimation

Leider nur auf Umwegen sind hier Meldungen eingegangen, dass es bei Reanimationen Probleme mit der maschinellen Beatmung gab.
Sie erhalten dazu eine kurze Empfehlung.

Bitte melden Sie sich bei relevanten Problemen mit Geräten direkt bei mir. Das Auslesen von Daten ist nur für begrenzte Zeit möglich. Je konkreter die Angaben, desto besser kann ich das Problem eingrenzen und zuordnen. Eine Meldung über den Leistungserbringer kommt häufig viel zu spät und oft auch völlig verzerrt bei mir an.

Cloud RettZV



Päd. Dossierhilfe



Hinweise für die Beatmung mit Monnal T60 unter Reanimation

- Die Übernahme / Beginn der Reanimation durch das Team des ersteintreffenden Rettungsmittels muss so schnell wie möglich erfolgen. Die Mitnahme vom Monnal T60 darf das Eintreffen beim Patienten nicht verzögern.
- Beatmung bei der Reanimation ist essentiell und muss auch schon initial mit 100% Sauerstoff erfolgen. Nach Thoraxkompression und Rhythmusanalyse hat die Herstellung der Sauerstoffversorgung Priorität vor allen anderen Maßnahmen, hier speziell auch einem Gefäßzugang.
- Ein Beatmungsgerät soll nur genutzt werden, wenn es mit gleicher Intensität überwacht werden kann, wie der Monitor. Monitor und Monnal T60 müssen so platziert werden, dass der Teamleader beide Bildschirme auch sehen kann.
- CPV ist eine thoraxkompressions-synchronisierte Beatmungsform und für die Beatmung von Erwachsenen unter Reanimation evaluiert und zugelassen.
- Bei zu niedrigem AZV kann eine Erhöhung des Beatmungsdruckes versucht werden. Voraussetzung ist, dass der Atemweg dicht ist. Bei Nutzung des Lucas wird dazu in der Regel eine endotracheale Intubation nötig sein.
- Wenn sich damit kein ausreichendes AZV erzielen lässt, sollte auf 30:2 gewechselt werden.
- Bei Umstellung auf einen anderen Beatmungsmodus ist das Einstellen einer Frequenz von 10/min und einer Inspirationszeit von 1 Sekunde erforderlich und sollte nur durch in der Nutzung von Beatmungsgeräten routinierte und kundige Einsatzkräfte erfolgen.
- Bei Unterbrechung der Thoraxkompression / ROSC muss bei CPV unbedingt auf die ROSC-Einstellung gewechselt werden, da ohne Trigger durch Thoraxkompressionen keine suffiziente Beatmung erfolgt.

Für die anstehende Neuauflage der Reanimationsleitlinien ist die Beatmung unter Reanimation als eine der Hauptfragen bestimmt worden. Eine Anpassung dieser Hinweise erfolgt nach Veröffentlichung.

Maßnahmenempfehlung für Notfallsituationen	fachlicher Stand	erstellt / freigegeben
Rettungszweckverband Chemnitz-Erzgebirge	28.08.2025	ÄLRD

Rationale zu den Empfehlungen:

Die aktuellen Leitlinien für die Reanimation fokussieren auf das Erreichen eines möglichst hohen Blutflusses unter Thoraxkompression [4].

Bestimmend Faktoren sind dabei:

- Druckfrequenz
- Drucktiefe und komplette Entlastung
- Vermeiden von Unterbrechungen

Allerdings hilft ein guter Blutfluss nur dann, wenn mit ihm auch Sauerstoff zu den Organen gelangt. Bei mindestens 14% der Patienten ist Hypoxie die Ursache des Herzstillstandes [1]. Das heißt, dass bereits zu Beginn der Reanimation kein verwertbarer Sauerstoff mehr im Blut ist. Bei den anderen Patienten vermindert sich der Sauerstoffgehalt mit zunehmender Dauer der Reanimation. Beatmung ist also unverzichtbarer Bestandteil der Reanimation. Minimales Ziel muss sein, dass 300 ml O₂ pro Minute das Blut erreichen. Durch Totraum und Ventilations-/Perfusions-Probleme wird dazu eine deutlich höhere AMV nötig sein, dessen Höhe sich nicht allgemeingültig festlegen lässt. In jedem Fall muss die Beatmung immer mit 100% Sauerstoff erfolgen.

Zur Höhe des AZV/AMV gibt es keine klaren Aussagen:

ERC: sichtbare Hebung des Thorax (bei ununterbrochener Kompression nicht anwendbar)

AHA: sichtbare Hebung, AZV 500 bis 600 ml

Studien: 6 ml/kg (~350 ml AZV) [5], 7 ml/kg [3]

Beatmung und Thoraxkompression interagieren vielfältig:

- Während der Thorax und damit die Lunge komprimiert werden kann eine Beatmung, wenn überhaupt, nur mit hohem Beatmungsdruck erreicht werden.
- Während der Entlastungsphase soll eigentlich Blut in den Thorax strömen, das mit der nächsten Kompression ausgeworfen werden soll. Eine Beatmung in dieser Phase vermindert diesen Rückfluss.
- Diskutiert wird auch, ob es in der Reanimation zu einem Kollabieren von Teilen der Lunge und Kapillaren kommt und ob PEEP den venösen Rückstrom verbessert oder behindert [2].

Diese Auswirkungen dieser Faktoren werden maßgeblich vom Zustand des Patienten (Elastizität des Thorax, Vorschäden der Lunge) bestimmt. Daher muss für jeden Patienten die Beatmung individuell angepasst werden. Eine für alle Patienten passende Voreinstellung gibt es folglich nicht.

Für die Reanimation gibt es inzwischen spezielle Beatmungsmodi, die Kompression und Beatmung optimal synchronisieren sollen. Beim Monnal T60 ist das CPV. Auch bei diesen Modi muss die Beatmung überwacht und angepasst werden.

Eine besonders intensive Überwachung der Beatmung ist beim Einsatz des Lucas nötig. Dieser komprimiert intensiv und absolut regelmäßig, was die maschinelle Beatmung zusätzlich komplizieren kann.

1. Fischer M (2025) Jahresbericht des Deutschen Reanimationsregisters: Außerklinische Reanimation im Notarzt- und Rettungsdienst 2024. Fisch M Wnent J Gräsner J-T Seewald Rück Hoffman H Al Jahresber Dtsch Reanimationsregisters Außerklinische Reanim Im Notarzt- Rettungsdienst 2024:99–109. <https://doi.org/10.19224/ai2025.v099>
2. Grieco DL, J. Brochard L, Drouet A et al (2019) Intrathoracic Airway Closure Impacts CO₂ Signal and Delivered Ventilation during Cardiopulmonary Resuscitation. Am J Respir Crit Care Med 199:728–737. <https://doi.org/10.1164/rccm.201806-1111OC>
3. Kill C, Hahn O, Dietz F et al (2014) Mechanical Ventilation During Cardiopulmonary Resuscitation With Intermittent Positive-Pressure Ventilation, Bilevel Ventilation, or Chest Compression Synchronized Ventilation in a Pig Model*. Crit Care Med 42:e89–e95. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182a63fa0>
4. Kill C, Manegold RK, Fistera D, Risse J (2024) Airway management and ventilation techniques in resuscitation during advanced life support: an update. J Anesth Analg Crit Care 4:58. <https://doi.org/10.1186/s44158-024-00195-x>
5. Orlob S, Wittig J, Hobisch C et al (2021) Reliability of mechanical ventilation during continuous chest compressions: a crossover study of transport ventilators in a human cadaver model of CPR. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 29:102. <https://doi.org/10.1186/s13049-021-00921-2>

Maßnahmenempfehlung für Notfallsituationen	fachlicher Stand	erstellt / freigegeben
Rettungszweckverband Chemnitz-Erzgebirge	28.08.2025	ÄLRD