# Indikatorendatenblatt

Indikator	Indikatou	Loitlinian garachta Varcarguas Dalutrauma /Calaura datata
Gesamtergebnis     Stratifizierungen:	Indikator	Leitliniengerechte Versorgung: Polytrauma/Schwerverletzte
Stratifizierungen:  □ Primärer Transport in geeignete Klinik (regionales oder überregionales Traumazentrum)  □ Unfallhergang  □ Verletzungen  □ Sincht erfüllte Indikatorkriterien  Optimale, nach den aktuellen S3-Leitlinien der DGU empfohlene Versorgung schwerverletzter und polytraumatisierter Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhalten (EKG, SpO₂ und RR₃, = jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und aternwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  Rationale  ■ Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden.  ■ Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusionsund Medikamententherapie gelegt werden.  ■ Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranassale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  ■ Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  ■ Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden.  ■ Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungsponeumothorax  ■ Schweres SHT (GCS < 9)  ■ Schweres SHT (GCS < 9)  ■ Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Pati		
o Primärer Transport in geeignete Klinik (regionales oder überregionales Traumazentrum)  o Unfallhergang o Verletzungen • Ergänzende Berechnung/Information: o Nicht erfüllte Indikatorkriterien Optimale, nach den aktuellen S3-Leitlinien der DGU empfohlene Versorgung schwerverletzter und polytraumatisierter Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhalten (EKG, SpOz und RR9s, = jeweiß Esrt- oder Abschlüssbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/ˈgrafie).  Rationale  ■ Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden. ■ Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossäre zugang zur Infusionsund Medikamententherapie gelegt werden.  ■ Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen ein eintravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranassale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfölg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  ■ Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und den Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Kompilikationen erfolgen.  ■ Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen pränosiptal eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  ■ Hypoxämie (SpOz • 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  Schweres SHT (GCS • 9)  • Schweres SHT (GCS • 9)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose, soll		
gionales Traumazentrum)  Unfallhergang  Verletzungen  Ergänzende Berechnung/Information:  Nicht erfüllte Indikatorkriterien  Optimale, nach den aktuellen S3-Leitlinien der DGU empfohlene Versorgung schwerverletzter und polytraumatisierter Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhalten (EKG, SpO) und RR <sub>sys</sub> —jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  Rationale  e Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden.  Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusions- und Medikamententherapie gelegt werden.  Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranassale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll ge- nutzt werden, um die Schemerzen zu objektwieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfre- quenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  Hypoxämie (SpO) - 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  Schweres SHT (GCS < 9)  Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz < 6)  Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfalinarkose soll die Patientin/der Patient		o Einsatzort
O Unfallhergang O Verletzungen  • Ergänzende Berechnung/Information: O Nicht erfüllte Indikatorkriterien Optimale, nach den aktuellen S3-Leitlinien der DGU empfohlene Versorgung schwerverletzter und polytraumatisierter Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten. Sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhalten (EKG, SpO₂ und RR₂, – jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kganometrie/-grafie).  Peine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden. Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die nien ein intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz < 6)  Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital		
Pergänzende Berechnung/Information: O Nich erfüllte indikatorkriterien  Optimale, nach den aktuellen S3-Lettlinlien der DGU empfohlene Versorgung schwerverletzter und polytraumatisierter Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitaliparameter erhalten (EKG, SpO₂ und RR₁, − jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  Peilne arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden. Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer zugang zur Infusions-und Medikamententherapie gelegt werden.  Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden.  Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  Schweres Thr (GCS < 9) Schweres Throraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29) Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz > 29) Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz > 29) Patientinnen und Ratienten s		
Qualitätsziel  Optimale, nach den aktuellen S3-Leitlinien der DGU empfohlene Versorgung schwerverletzter und polytraumatsierter Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten Sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhalten (EKG, SpO <sub>2</sub> und RR <sub>Nyx</sub> – jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  Rationale  • Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden. • Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gellingt, soll ein intraossärer zugang zur Infusionsund Medikamententherapie gelegt werden. • Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die Intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein. • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen. • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden: • Hypoxāmie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax • Schweres SHT (GCS < 9) • Schweres SHT (GCS < 9) • Schweres SHT (GCS < 9) • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden. • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und in		_
schwerverletzter und polytraumatisierter Patientinnen und Patienten. Diese Patientinnen und Patienten sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhalten (EKG, SpO <sub>2</sub> und RR <sub>sys</sub> – jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  Rationale  • Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden. • Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusion- und Medikamententherapie gelegt werden. • Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein. • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen. • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden: • Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax • Schweres SHT (GCS < 9) • Schweres SHT (GCS < 9) • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 29) • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz > 29) • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6) • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung		
Patientinnen und Patienten sollten mindestens mit einem parenteralen Zugang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhälten (EKG, SpO <sub>2</sub> und RR <sub>3γx</sub> – jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  ***Patienten verden (Kapnometrie/-grafie)**  • Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden.  • Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusions- und Medikamententherapie gelegt werden.  • Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz < 6)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und	Qualitätsziel	
gang versorgt werden, ein Monitoring der Vitalparameter erhalten (EKG, SpO <sub>2</sub> und RR <sub>Sys</sub> — jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgeichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  Pein arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden.  Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusionsund Medikamententherapie gelegt werden.  Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS s4 sein.  Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  Schweres SHT (GCS < 9)  Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz < 6)  Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.		
SpO2 und RR <sub>sys</sub> – jeweils Erst- oder Abschlussbefund) und bei Schmerzen eine Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  **Rationale**  • Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden. • Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusionsund Medikamententherapie gelegt werden. • Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein. • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen. • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden: • Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax • Schweres SHT (GCS < 9) • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz < 29) • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6) • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden. • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.		·
Analgesie erhalten sowie ggf. immobilisiert und atemwegsgesichert/beatmet werden (Kapnometrie/-grafie).  • Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden. • Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusions- und Medikamententherapie gelegt werden. • Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll ge- nutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein. • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z. B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfre- quenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen. • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden: • Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax • Schweres SHT (GCS < 9) • Schweres SHT (GCS < 9) • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz < 6) • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden. • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden. • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen u		
werden (Kapnometrie/-grafie).  • Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden.  • Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusions- und Medikamententherapie gelegt werden.  • Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll ge- nutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS <4 sein.  • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfre- quenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
<ul> <li>Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusionsund Medikamententherapie gelegt werden.</li> <li>Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.</li> <li>Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.</li> <li>Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:</li> <li>Hypoxämie (SpO₂ &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Die kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten</li></ul>		
werden. Wenn dies nicht gelingt, soll ein intraossärer Zugang zur Infusions- und Medikamententherapie gelegt werden.  • Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll ge- nutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfre- quenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patien- ten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubati- on und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfre- quenz > 29)  • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atem- frequenz < 6)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmes- sung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Disloka- tions- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Ge- genteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-	Rationale	• Eine arterielle Sauerstoffsättigung unter 90% sollte vermieden werden.
und Medikamententherapie gelegt werden.  Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  Schweres SHT (GCS < 9)  Schweres SHT (GCS < 9)  Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz < 29)  Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6)  Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		Bei Traumapatientinnen/Traumapatienten soll ein venöser Zugang gelegt
<ul> <li>Schwerverletzte Patientinnen/Patienten sollen eine intravenöse Analgesie erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.</li> <li>Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.</li> <li>Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:         <ul> <li>Hypoxämie (SpO<sub>2</sub> &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Shroaxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &gt; 6)</li> </ul> </li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
erhalten. Als alternative Applikationsformen können die intraossäre und ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS s4 sein.  • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29)  • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
<ul> <li>ggf. intranasale Gabe genutzt werden. Die Numeric Rating Skala soll genutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.</li> <li>Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.</li> <li>Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:         <ul> <li>Hypoxämie (SpO₂ &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> </ul> </li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
nutzt werden, um die Schemerzen zu objektivieren, zu dokumentieren und den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS <4 sein.  • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen pränospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29)  • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz > 6)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
den Erfolg der Analgesie zu kontrollieren. Zielwert der Analgesie soll ein NRS ≤4 sein.  • Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO₂ < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29)  • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
<ul> <li>NRS ≤4 sein.</li> <li>Eine Analgesie soll nach entsprechender Ausbildung und Schulung unter kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.</li> <li>Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden: <ul> <li>Hypoxämie (SpO₂ &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> </ul> </li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
kontinuierlicher Überwachung (z.B. EKG, Blutdruck, Atem- und Herzfrequenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29)  • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		NRS ≤4 sein.
quenz, pulsoxymetrische Sauerstoffsättigung, ggf. Kapnografie) des Patienten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  • Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  • Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  • Schweres SHT (GCS < 9)  • Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29)  • Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6)  • Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  • Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
ten und der Bereithaltung von Notfallequipment zur Behandlung von Komplikationen erfolgen.  Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:  Hypoxämie (SpO <sub>2</sub> < 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax  Schweres SHT (GCS < 9)  Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29)  Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6)  Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
<ul> <li>Komplikationen erfolgen.</li> <li>Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden: <ul> <li>Hypoxämie (SpO₂ &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> </ul> </li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
<ul> <li>Bei polytraumatisierten Patientinnen und Patienten sollten bei folgenden Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:         <ul> <li>Hypoxämie (SpO<sub>2</sub> &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> </ul> </li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
<ul> <li>Indikationen prähospital eine Notfallnarkose, eine endotracheale Intubation und eine Beatmung durchgeführt werden:         <ul> <li>Hypoxämie (SpO<sub>2</sub> &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> </ul> </li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		·
<ul> <li>Hypoxämie (SpO<sub>2</sub> &lt; 90 %) trotz Sauerstoffgabe und nach Ausschluss eines Spannungspneumothorax</li> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		· ·
eines Spannungspneumothorax  Schweres SHT (GCS < 9)  Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz > 29)  Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz < 6)  Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.  Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		on und eine Beatmung durchgeführt werden:
<ul> <li>Schweres SHT (GCS &lt; 9)</li> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
<ul> <li>Schweres Thoraxtrauma mit respiratorischer Insuffizienz (Atemfrequenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		•
<ul> <li>quenz &gt; 29)</li> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
<ul> <li>Patientinnen und Patienten mit Apnoe oder Schnappatmung (Atemfrequenz &lt; 6)</li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		·
<ul> <li>frequenz &lt; 6)</li> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
<ul> <li>Notfallnarkose soll die Patientin/der Patient mittels EKG, Blutdruckmessung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		•
<ul> <li>sung, Pulsoxymetrie und Kapnografie überwacht werden.</li> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		<ul> <li>Zur Narkoseeinleitung, Atemwegssicherung, Beatmung und Führung der</li> </ul>
<ul> <li>Die Kapnometrie/-grafie soll prähospital und innerklinisch im Rahmen der endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Disloka- tions- und Beatmungskontrolle angewendet werden.</li> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Ge- genteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		
endotrachealen Intubation zur Tubuslagekontrolle und danach zur Dislokations- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
tions- und Beatmungskontrolle angewendet werden.  • Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
<ul> <li>Bei bewusstlosen Patientinnen und Patienten soll bis zum Beweis des Gegenteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-</li> </ul>		-
genteils von dem Vorliegen einer Wirbelsäulenverletzung ausgegangen werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
werden. Die Halswirbelsäule soll bei der schnellen und schonenden Ret-		
tung vor der eigentlichen technischen Rettung immobilisiert werden.		
		tung vor der eigentlichen technischen Rettung immobilisiert werden.

SQR-BW 27.11.2023 Seite 1 von 3

1. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie: S3-eitlinie Polytrauma/ Schwerverlettzen-Behandlung (2023) 2. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (Hrsg.): Weißbuch Schwerverletzteneversorgung: Empfehlungen zu Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztetenversorgung. Empfehlungen zu Struktur, Organisation, Ausstattung Sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzteten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 3., erweiterte Auflage (2019) 4. Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur not-fällmedizinischen Versorgung der Bevölkerung []. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19 4. Höhe Prozessqualität der notfallmedizinischen Diagnostik und Therapie Qualitätszlel  Berechnung  Grundgesamtheit  Primäreinsätze  Schwer/Rebensbedrohlich verletzte oder polytraumatisierte Patientinnen und Patienten  Ausschluss:  Schwer/Rebensbedrohlich verletzte oder polytraumatisierte Patientinnen und Patienten  Ausschluss:  Brieder <15 Jahre  Patientinnen und Patienten, die indizierte Maßnahmen ablehnen  Palliatvisituation/bewusster Therapieverzicht  Tod/födliche Verletzungen  Zähler/Formel  Patientinnen und Patienten mit parenteralem Zugang und EKG und SpO₂ und RR <sub>RF</sub> [Erst- oder Abschlussbefunde)  Bei Bedingung: SpO > 90 % und Sauerstoffgabe, oder AF < 6, Apnoe oder Schnappatmung oder schweres Thoraxtrauma mit AF > 29, dann zusätzlich Zähler: Atamwegssicherung/Beatmung und Kapnometrie  Bei Bedingung: GCS < 9, Patientin/Patient bewusstlos oder reagiert auf Schmerzeiz, dann zusätzlich Zähler: HWS-Immobilisation und Atemwegssicherung/Beatmung und Kapnometrie  Bei Bedingung: GCS < 9, Patientin/Patient bewusstlos oder reagiert auf Schmerzeiz, dann zusätzlich Zähler: HWS-Immobilisation und Atemwegssicherung/Beatmung und Kapnometrie  Bei Bedingung: GCS < 9, Patientin/Patient bewusstlos oder reagiert auf Schwafzeinhätzen (ergänzend, s. methodische Hinweise)  Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren  Sek		
Grundgesamtheit   Primäreinsätze   Schwer/lebensbedrohlich verletzte oder polytraumatisierte Patientinnen und Patienten   Ausschluss:	Übergeordnetes	<ol> <li>Schwerverletzten-Behandlung (2023)</li> <li>Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Sektion Kindertraumatologie et al.: S2k-Leitlinie Polytraumaversorgung im Kindesalter (2020)</li> <li>Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (Hrsg.): Weißbuch Schwerverletztenversorgung. Empfehlungen zu Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. 3., erweiterte Auflage (2019)</li> <li>Fischer, M., Kehrberger, E., Marung, H. et al.: Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung []. Notfall + Rettungsmedizin (2016) 19</li> </ol>
Primăreinsătze Schwer/lebensbedrohlich verletzte oder polytraumatisierte Patientinnen und Patienten Ausschluss: ambulante Fälle ohne Transport Kinder <15 Jahre Patientinnen und Patienten, die indizierte Maßnahmen ablehnen Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht Tod/tödliche Verletzungen Zähler/Formel Patientinnen und Patienten mit parenteralem Zugang und EKG und SpO2 und RR <sub>595</sub> (Erst- oder Abschlussbefunde) Bei Bedingung: NRS >4, dann zusätzlicher Zähler: Analgetika-Gabe oder Notfallnarkose Bei Bedingung: SpO2 < 90 % und Sauerstoffgabe, oder AF < 6, Apnoe oder Schnappatmung oder schweres Thoraxtrauma mit AF > 29, dann zusätzlich Zähler: Atemwegssicherung/Beatmung und Kapnometrie Bei Bedingung: GCS < 9, Patientin/Patient bewusstlos oder reagiert auf Schmerzreiz, dann zusätzlich Zähler: HWS-Immobilisation und Atemwegssicherung/Beatmung und Kapnometrie  Notarztdaten, Rettungsdienstdaten (ergänzend, s. methodische Hinweise) Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren Sekundäreinsätze ambulante Fälle ohne Transport Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht Todesfeststellungen Risikoadjustierung Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen. Indikator noch nicht zur Bewertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte. Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		C
dann zusätzlich Zähler: HWS-Immobilisation und Atemwegssicherung/Beatmung und Kapnometrie  Notarztdaten, Rettungsdienstdaten (ergänzend, s. methodische Hinweise)  Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren  Sekundäreinsätze  ambulante Fälle ohne Transport  Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient  Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht  Todesfeststellungen  Risikoadjustierung  Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.  Referenzbereich  Auswertung  Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.  Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-	Berechnung	<ul> <li>Primäreinsätze</li> <li>Schwer/lebensbedrohlich verletzte oder polytraumatisierte Patientinnen und Patienten</li> <li>Ausschluss:         <ul> <li>ambulante Fälle ohne Transport</li> <li>Kinder &lt;15 Jahre</li> <li>Patientinnen und Patienten, die indizierte Maßnahmen ablehnen</li> <li>Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht</li> <li>Tod/tödliche Verletzungen</li> </ul> </li> <li>Zähler/Formel</li> <li>Patientinnen und Patienten mit parenteralem Zugang und EKG und SpO<sub>2</sub> und RR<sub>sys</sub> (Erst- oder Abschlussbefunde)</li> <li>Bei Bedingung: NRS &gt;4, dann zusätzlicher Zähler: Analgetika-Gabe oder Notfallnarkose</li> <li>Bei Bedingung: SpO<sub>2</sub> &lt; 90 % und Sauerstoffgabe, oder AF &lt; 6, Apnoe oder Schnappatmung oder schweres Thoraxtrauma mit AF &gt; 29, dann zusätzlich Zähler: Atemwegssicherung/Beatmung und Kapnometrie</li> <li>Bei Bedingung: GCS &lt; 9, Patientin/Patient bewusstlos oder reagiert auf</li> </ul>
rung/Beatmung und Kapnometrie  Notarztdaten, Rettungsdienstdaten (ergänzend, s. methodische Hinweise)  Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren  Sekundäreinsätze  ambulante Fälle ohne Transport  Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient  Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht  Todesfeststellungen  Risikoadjustierung  Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.  Referenzbereich  Auswertung  Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und Aller Notarztstandorte.  Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		
Bei der Definition der Grundgesamtheit berücksichtigte Einflussfaktoren		
Sekundäreinsätze     ambulante Fälle ohne Transport     Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient     Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht     Todesfeststellungen     Risikoadjustierung     Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.    Referenzbereich	-	
<ul> <li>ambulante Fälle ohne Transport</li> <li>Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient</li> <li>Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht</li> <li>Todesfeststellungen         Risikoadjustierung         Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</li> <li>Referenzbereich         Indikator noch nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen         Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.         Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-</li> </ul>		<u> </u>
<ul> <li>Ablehnung indizierter Maßnahmen durch Patientin/Patient</li> <li>Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht</li> <li>Todesfeststellungen Risikoadjustierung Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.</li> <li>Referenzbereich Auswertung  Es erfolgt eine Gesamtauswertung im Gestuften Dialog vorgesehen Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte. Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-</li> </ul>	Risikoadjustierung	
<ul> <li>Palliativsituation/bewusster Therapieverzicht</li> <li>Todesfeststellungen         Risikoadjustierung         Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.         Indikator noch nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen         Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.         Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-</li> </ul>		·
Todesfeststellungen     Risikoadjustierung     Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.  Referenzbereich  Auswertung  Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.  Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		-
Risikoadjustierung Eine Risikoadjustierung außerhalb der Grundgesamtheit ist für diesen Indikator nicht vorgesehen.  Referenzbereich Indikator noch nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte. Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		·
tor nicht vorgesehen.  Referenzbereich  Indikator noch nicht zur Bewertung im Gestuften Dialog vorgesehen  Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.  Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		<u> </u>
Referenzbereich  Auswertung  Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.  Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		,
Auswertung  Es erfolgt eine Gesamtauswertung für Baden-Württemberg mit Darstellung der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.  Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		
der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte.  Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-		
	Auswertung	der Gesamtrate für Baden-Württemberg und einer Vergleichsdarstellung der Ergebnisse aller Rettungsdienstbereiche und aller Notarztstandorte. Alle Rettungsdienstbereiche und Notarztstandorte erhalten eine Auswer-

## Bemerkungen/Sonstiges

#### Methodische Hinweise

- Die Verwendung der Rettungsdienstdaten beschränkt sich auf Ergänzung nicht dokumentierter Notarztdatenfelder.
- Die Atemfrequenz wird voraussichtlich nur stark eingeschränkt valide dokumentiert.
- Durch Kombination einzelner Unterentitäten handelt es sich um einen harten, komplexen Indikator, da er nur bei Vorliegen aller Anforderungen als erfüllt gilt, jedoch von hoher Relevanz ist.
- Da die S2k-Leitlinie Polytraumaversorgung im Kindesalter teilweise ein abweichendes Vorgehen empfiehlt (z.B. Atemwegssicherung: Maskenbeatmung als erste Wahl) und außerdem die kritischen Blutdruckgrenzwerte nicht von Erwachsenen auf Kinder übertragen werden können, werden Kinder <15 bei der Berechnung dieses Indikators ausgeschlossen
- Da die Anwendung der Cervicalstütze kontrovers diskutiert wird und auch andere Möglichkeiten zur HWS-Immobilisation bestehen (Headblocks/Spineboard/Vakuummatratze), wird die Verwendung von Spineboard oder Vakuummatratze – sofern im entsprechenden Feld dokumentiert – als durchgeführte HWS-Immobilisation gewertet.
- Die Diskriminationsfähigkeit des Indikators ist aufgrund kleiner Fallzahlen voraussichtlich eingeschränkt.

#### Potenzielle Fehlanreize

• Im Einzelfall sinnvolles "scoop and run" wird vermieden.

### Maßnahmen

- Ausgabe der Daten aller Einzelbedingungen der Indikatorberechnung
- Betrachtung der präklinischen Versorgungszeit