

## Newsletter Nr. 8 vom 08.07.2021

Aktuelle Informationen zur ÄLRD-2c-Delegation an Notfallsanitäter

---

Die ÄLRD-2c-Delegation eröffnet den Notfallsanitäterinnen und -sanitätern (NotSan) die Möglichkeit, auch bei nicht-kritischen Zustandsbildern heilkundliche Tätigkeiten zu ergreifen. Die Anordnungsverantwortung hierfür tragen die ÄLRD. Dabei vertrauen sie auf die sachgerechte Durchführung durch die damit betrauten NotSan, stehen jedoch auch in der Pflicht, was die Kontrolle der korrekten Umsetzung betrifft.

Zwischenzeitlich haben die ÄLRD in sorgfältiger Kleinarbeit zwei weitere 2c-Algorithmen erstellt und konsentiert. Es handelt sich hierbei um die Sauerstoffgabe sowie das Absaugen bei tracheotomierten Patientinnen und Patienten.

Die Algorithmen behandeln das Management einer moderaten Hypoxämie in Notfallsituationen, also der akuten Störung einer Vitalfunktion, sowie das Atemwegsmanagement bei Trachealkanülen-trägern, und münden in die heilkundlichen Maßnahmen einer Medikamentengabe (Sauerstoff

bzw. einer invasiven Atemwegsintervention. In beiden Fällen können gemäß Betrachtung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur bei fehlerhafter Vorgehensweise negative gesundheitliche Folgen für den Patienten entstehen.

Insbesondere die O<sub>2</sub>-Gabe kam auch bisher schon regelmäßig im Rahmen des rechtfertigten Notstands zur Anwendung, kann nun aber auf Basis der Delegation unter rechtlich klar definierten Rahmenbedingungen erfolgen. Die bisher immer herbeigesehnte Rechtssicherheit ist damit wieder einen Schritt näher, und eine Notarznachforderung in vielen Fällen verzichtbar.

Die beiden neuen Algorithmen möchten wir heute vorstellen, bewusst ohne die Algorithmen jedoch bereits in Gänze zu präsentieren. Bevor die „Neuen“ offiziell delegiert werden können, sind noch weitere Vorbereitungen erforderlich.

---

### Zukünftige neue 2c-Algorithmen

In Ihrer landesweiten Dienstbesprechung am 19. Mai haben die bayerischen ÄLRD die folgenden beiden neuen 2c-Algorithmen verabschiedet:

#### **Sauerstoffgabe bei moderater Hypoxämie**

Bei nicht-kritischen Notfallpatientinnen und -patienten mit einer Sauerstoffsättigung unter einer festgelegten Schwelle wird eine titrierende Sauerstoffgabe zur Erreichung eines bestimmten SpO<sub>2</sub>-Zielbereichs delegiert werden.

Dabei wird zwischen zwei Patientenkollektiven unterschieden: Personen ohne Risiko für ein hyperkapnisches Atemversagen sollen einen SpO<sub>2</sub>-Zielwert von 94 – 98 % erreichen und können hierfür bis zu 4 l/min O<sub>2</sub> über Nasenbrille erhalten.

Demgegenüber liegt der Zielbereich für Patientinnen und Patienten mit relevantem Risiko für ein hyperkapnisches Atemversagen bei 88 – 92 % bei

einer O<sub>2</sub>-Maximaldosis von 2 l/min. Hierunter fallen z.B. Patienten mit der Vordiagnose einer COPD, einer zystischen Fibrose oder einem Body-Mass-Index größer 40 kg/m<sup>2</sup>.

Die angegebenen Maximaldosen werden gegebenenfalls noch um die verordnete Sauerstoffdosis einer bestehenden Langzeitsauerstofftherapie (LTOT) erhöht.

Dieser Algorithmus wurde durch eine Arbeitsgruppe aus ÄLRD und ÄBRD u.a. auf Grundlage von Leitlinien der [British Thoracic Society](#) und der [Thoracic Society of Australia and New Zealand](#) erarbeitet.

### **Absaugen der Trachealkanüle beim spontanatmenden Patienten**

Sofern Sekret die Atmung bei Patientinnen bzw. Patienten, welche über ein stabiles Tracheostoma spontan atmen, behindert, werden die ÄLRD künftig das Absaugen der Trachealkanüle delegieren.

Ein Tracheostoma wird dabei als stabil angesehen, wenn es vor mindestens 14 Tagen angelegt wurde und sich ein Wechsel der Kanüle bereits als problemlos und ohne Hilfsmittel möglich erwiesen hat.

Vor und nach dem Absaugen ist eine Prä- bzw. Post-Oxygenierung über das Tracheostoma vorgesehen. Außerdem muss der Patient mindestens mittels Pulsoxymeter, falls verfügbar zusätzlich mittels EKG- und Blutdruckmonitoring, überwacht werden.

Anders als bei anderen 2c-Algorithmen besteht nach der Absaugung keine Notwendigkeit, die Patientin bzw. den Patienten einer Klinik oder einer sonstigen ärztlichen Beurteilung zuzuführen, so dass das Absaugen auch z.B. während Heimfahrten möglich ist.

Dieser Algorithmus dient ausdrücklich nicht dazu, Patiententransporte, welche bisher durch eine Pflegekraft im KTW begleitet werden, zu ersetzen. Vielmehr stellt er eine Möglichkeit da, bei Nichtverfügbarkeit einer anderweitigen pflegerischen Begleitung den bis dato erforderlichen arztbegleiteten Patiententransport verzichtbar zu machen.

### **Und wie geht es jetzt weiter?**

Damit es nicht zu Missverständnissen über den Startzeitpunkt der neuen Algorithmen kommt, werden diese bewusst an dieser Stelle noch nicht in Gänze dargestellt. Wir bitten daher um ein wenig Geduld.

Bevor die beiden neuen 2c-Algorithmen in das 2c-Portfolio übernommen werden, sind noch eine Reihe von Vorbereitungen von Nöten: Die Dokumentationsmöglichkeiten im NIDA-Pad ein-

schließlich des Klick-Algorithmus müssen geschaffen und der Scanner auf die neuen Algorithmen erweitert werden. Zudem muss mit den Durchführenden abgestimmt werden, ob und ggf. in welcher Form eine Ausbildung in den neuen Algorithmen sinnvoll und notwendig erscheint.

Ein konkretes Startdatum für die beiden „Neuen“ kann daher noch nicht genannt werden. Wie werden Sie aber natürlich auf dem Laufenden halten.

---

### **Fazit**

Die Steuerungsgruppe freut sich, zwei weitere wichtige heilkundliche Tätigkeiten in die ÄLRD-2c-Delegation aufnehmen zu können. Sicherlich werden in näherer Zukunft noch weitere Algorithmen folgen.

Für weitere Fragen steht Ihnen Ihr zuständiger ÄLRD oder die Steuerungsgruppe 2c-QM (E-Mail [notsan@lgst.brk.de](mailto:notsan@lgst.brk.de)) zur Verfügung. Technische Fragen zum INM-Portal richten Sie bitte direkt an das INM ([Syspro.INM@med.uni-muenchen.de](mailto:Syspro.INM@med.uni-muenchen.de) mit dem Betreff: MED-Daten-Portal).

Es grüßt sehr herzlich

*Ihre Steuerungsgruppe 2c-QM*