



• Störungen der Spontanatmung, drohende Aspiration • CPR
• Bewusstseinsstörung (GCS < 9) • Verletzungen oder Verlegungen der Atemwege • Polytrauma • Schweres Verletzungsmuster (z.B. instabiler Thorax u.a.), manifester Schock

Zur Präoxygenierung *atmet der Patient spontan* über die dicht sitzende Beatmungsmaske für 3-5 Minuten reinen Sauerstoff (hoher Frischgas-Flow ; 100% O₂). In besonderen Notfällen (CPR, Atemstillstand) Präoxygenierung über Maskenbeatmung oder direkte Intubation bzw. SAD

* • Max. 30 Sek. je Versuch
• Platzierung unter Sicht

Supraglottische oder extraglottische Atemwegshilfe, SAD (supraglottic airway device):
• Larynxtracheostomie • Larynxmaske

** Ggf.
• Guedeltubus
• Maskenposition optimieren

*** Ggf.
• BURP-Manöver („backward, upward and rightward pressure“ auf den Schildknorpel)
• andere Spatelgröße
• kleinerer Tubus

Not-Coniotomie, z. B. mit:
• „Quicktrach II“-Notfall-Coniotomiebesteck
• „Mini-Trach II“ (Seldinger)-Set
• Konventionell-chirurgischer Präpariertechnik
Ggf. Trachealpunktion

Auf allen Stufen des Algorithmus:
• Oxygenierung
• Optimierung der Lagerung
• Zusätzliche Helfer
• Strategie überdenken
• Rückkehr zur Spontanatmung?

**Aufmerksam: Kontrolle der Tubuslage!
Kapnographie, Auskultation, Inspektion**

ERC-Leitlinien 2010: Die Bedeutung der frühen endotrachealen Intubation wird reduziert, außer sie wird – bei minimaler Unterbrechung der Thoraxkompressionen – von hochqualifiziertem Personal durchgeführt!

Algorithmus modifiziert nach Abb. aus:
Genzwürker H: Präklinischer Einsatz von supraglottischen Atemwegsalternativen. Notfall + Rettungsmedizin 14 (1), 21-24. 2011
Kursiv gedruckte Maßnahmen sind dem Notarzt vorbehalten!