

Verfahrensanweisung Rettungseinsatz

Version und Freigabestatus

Version 2.11

Freigegeben am 20.07.2026

durch die ÄLRD Dr. Blaschke, Dr. Eichen, Hardt, Dr. Lott, Dr. Voigt, Schäfer, Dr. Zimmer

Gültigkeitsbereich

Rheinland-Pfalz

Gültigkeitsdauer

Gültig bis zur Veröffentlichung einer neuen Version

Autor

Dr. med. Fred Blaschke

Copyright ©

ÄLRD Rheinland-Pfalz

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Inhaltsverzeichnis

Änderungen in der aktuellen Version	3
Abkürzungen und Begriffe	3
Gender Hinweis	3
Anwenderkreis, Qualifikation und Rollenverteilung	4
Ziel und Zweck der Verfahrensweisung	4
Dienstbeginn	4
Alarmierung, Ausrücken und Anfahrt	5
Eintreffen am Einsatzort	6
Notarztnachforderung	7
Strukturiertes Vorgehen in der Patientenversorgung	8
Monitoring	8
Transportverweigerung	9
Auswahl der Zielklinik	9
NEWS-2-Score	12
Transport des Patienten in die Zielklinik	13
Hochkontagiöse Patienten	13
Übergabe des Patienten in der Zielklinik	14
Hilflose Personen	14
Dokumentation	15
Literatur	16
Mitgeltende Unterlagen	16

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Änderungen in der aktuellen Version

Ergänzung „Rapid Dispatch“

Austausch der Tabelle „NEWS 2“

Formulierungen konkretisiert.

Abkürzungen und Begriffe

BAND	Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V.
BV-ÄLRD	Bundesverband der Ärztlichen Leitungen Rettungsdienst Deutschland e.V.
FVLST	Fachverband Leitstellen e.V.
NA	Notarzt
NAIK	Notarztindikationskatalog
NotSan	Notfallsanitäter
RS	Rettungssanitäter
LebEL	Lebensbedrohliche Einsatzlagen
Leitstelle	Die Leitstelle welche das Rettungsmittel führt, unabhängig davon, ob es sich um eine Rettungsleitstelle oder integrierte Leitstelle handelt.
MEER	Mobile elektronische Einsatzdokumentation Rettungsdienst
NEWS	National Early Warning Score
VA	Verfahrensanweisung
Zielklinik	Aufgabe des Rettungsdienstes ist der Transport eines Patienten in eine geeignete Behandlungseinrichtung. In der Regel handelt es sich hierbei um eine Klinik, auch Zielklinik genannt. Zur besseren Lesbarkeit wird der Begriff Zielklinik hier für geeignete Behandlungseinrichtungen gebraucht, in welche der Patient transportiert wird.

Gender Hinweis

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument das generische Maskulinum verwendet. Die hier verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Anwenderkreis, Qualifikation und Rollenverteilung

Die VA richtet sich an das Rettungsdienstpersonal und die Notärzte in Rheinland-Pfalz.

Ziel und Zweck der Verfahrensanweisung

Bei einem Rettungseinsatz sind zu vielen Zeitpunkten medizinische Grundsätze und rechtliche Vorschriften gegeben und zu beachten. Diese Verfahrensanweisung richtet sich im Sinne einer Standardarbeitsanweisung an nichtärztliches und ärztliches Personal im Rettungsdienst. Hierbei entsprechen die Ziele der Verfahrensanweisung medizinischen Grundsätzen und rechtlichen Vorschriften, den Notfallpatienten die bestmögliche Therapie zukommen zu lassen. Die Notärzte, Notfallsanitäter und Rettungssanitäter im öffentlich-rechtlichen Rettungsdienst sind weiterhin verpflichtet, alle geeigneten, erforderlichen und angemessenen Mittel zu ergreifen, um Schäden für Gesundheit und Leben von Patienten abzuwenden.

Dienstbeginn

Die Mitarbeiter sind dafür verantwortlich, dass die Rettungsmittel ihren einsatztaktischen Werten entsprechen. Dies setzt folgende Überprüfungen bei Dienstbeginn voraus:

- Das Fahrzeug und seine Sonderausstattungen sind voll funktionsfähig.
- Die medizinische Ausrüstung ist komplett und funktionsfähig.
- Die Mitarbeiter sind auf alle Geräte eingewiesen.
- Die sicherheitsrelevante Ausrüstung ist vollständig und funktionsfähig.
- Die hygienerelevanten Vorschriften sind eingehalten.

Bei Abweichungen sind umgehend Abhilfemaßnahmen einzuleiten. Das Fahrzeug kann nicht allein aufgrund von Abweichungen durch die diensthabenden Mitarbeiter außer Dienst gesetzt werden. Bei Abhilfemaßnahmen und erforderlichen Fahrzeugabmeldungen ist der Dienstweg einzuhalten.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Alarmierung, Ausrücken und Anfahrt im bodengebundenen Rettungsdienst

Das Personal im Rettungsdienst ist dafür verantwortlich, während der Einsatzbereitschaft durch die Leitstelle alarmierbar zu sein. Es stellt sicher, dass die entsprechenden Geräte (Meldeempfänger, Telefone, Funk) betriebsbereit sind. Bei Funktionsstörungen wendet es sich an die Leitstelle, um die Alarmierbarkeit durch alternative Möglichkeiten sicherzustellen und leitet Maßnahmen ein, um die Funktionsstörungen zu beheben. Auch hier wird der Dienstweg eingehalten. Das Fahrzeug kann nicht allein aufgrund von Funktionsstörungen abgemeldet werden.

Nach der Alarmierung des Rettungsmittels wird die im Landesrettungsdienstplan vorgegebene Ausrückzeit von maximal einer Minute am Tage und weniger als 2 Minuten in der Nacht (22:00 bis 6:00 Uhr) eingehalten. Auch bei Einsätzen ohne Sondersignal ist das unverzügliche Ausrücken zu gewährleisten und eine Ausrückzeit von 5 Minuten nicht zu überschreiten. Des Weiteren gilt die nachfolgend angeführte Weisungsbefugnis der Leitstelle. Die Ausrückzeit wird durch Senden des Status 3 definiert, sobald die Besatzung des Rettungsmittels komplett ist und ausrückt.

Die Leitstelle hat die organisatorische Weisungsbefugnis gegenüber den im Rettungsdienst tätigen Personen während der Einsatzbereitschaft und des Einsatzes. Diese gesetzliche Vorschrift ist unabhängig vom Einsatzcode oder der Freigabe von Sonder- und Wegerechte im Straßenverkehr. Die Missachtung kann zu dem Vorwurf der Unterlassung nach StGB und Strafverfolgung führen. Die Amtshaftung kann davor nicht schützen.

Der Notfallort wird auf direktem Weg angefahren (schnellster und sicherster Weg). Jeder Umweg führt zu schuldhaftem Verzögern und ist demnach dem Vorsatz zuzurechnen. Insbesondere das Abholen von Schlüsseln beim Hausnotruf oder Teamwechsel (z.B. auf einer Rettungswache) nach Alarmierung durch die Leitstelle sind zu unterlassen.

Navigationssysteme dienen der Unterstützung und ersetzen keine eigenen Kenntnisse des Einsatzgebietes sowie aktueller Verkehrsstörungen. Von der Leitstelle wird lediglich der Einsatzort auf die Navigationssysteme übermittelt. Die Route zum Einsatzort wird im Navigationssystem des Einsatzfahrzeugs ermittelt. Der Weg zum Einsatzort wird demnach nicht durch die Leitstelle vorgegeben.

Bei LebEL Einsätzen liegt der Schwerpunkt auf der eigenen Sicherheit. Einsatzorte können gegebenenfalls nicht gefahrlos auf direktem Wege angefahren werden.

Bereits auf der Anfahrt zum Notfallort sind „die vier S: Scene-Safety-Situation-Support“ zu beachten:

- Sind Einsatzort, Einsatzcode und weitere Informationen plausibel?
- Wer ist noch alarmiert?
- Welche Aspekte der Sicherheit sind zu beachten?
- Müssen Maßnahmen zur Sicherheit ergriffen werden?
- Welche persönliche Schutzausrüstung ist notwendig?
- Welche Hilfe wird benötigt?

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Rapid Dispatch

Beim Erhalt des Einsatzcodes „Rapid Dispatch“ ist sofort auszurücken. Es handelt sich um einen lebensbedrohlichen medizinischen Notfall. Weitere Informationen folgen, sobald die Notrufabfrage vollständig ist.

Eintreffen am Einsatzort

Die Eintreffzeit wird durch Senden des Status 4 definiert, sobald das Rettungsmittel am Einsatzort eintrifft, bei Luftrettungsmittel nach erfolgter Landung nächstgelegen zum Einsatzort. Der medizinisch am höchsten qualifizierte vor Ort übernimmt die Verantwortung für den Einsatz. Zunächst wird geprüft, ob die erwartete Situation der vorgefundenen entspricht. Damit verbunden ist die Frage ob weitere Einsatzkräfte alarmiert werden müssen. Die Alarmierung weiterer Einsatzkräfte erfolgt durch eine strukturierte Rückmeldung an die Leitstelle. Da die Leitstelle alle Einsatzmittel im Rettungsdienstbereich führt und ggf. Einsätze priorisieren muss, ist sie in die Lage zu versetzen aufgrund der Rückmeldung Entscheidungen zu treffen. Wichtige Aspekte bei der strukturierten Rückmeldung sind:

- Sicherheit inclusive Schutz vor Infektionsgefahren
- Anzahl Verletzter/Erkrankter
- Schwere Verletzung/Erkrankung
- Andere Verdachtsdiagnose als erwartet
- Andere Zielklinik als erwartet
- Andere/Weitere Transportmittel erforderlich
- Technische Rettung/Support erforderlich

Zeitpunkt und Qualität der Rückmeldung können einen entscheidenden Einfluss auf den weiteren Einsatzverlauf und die Gesundheit des/der Patienten haben.

Wenn für den Transport des Patienten in die Klinik die Luftrettung nachalarmiert wird, so ist eine Wartezeit dafür zu nutzen, den Patienten transportfähig zu machen. Sofern auf Grund eines geplanten Lufttransports die Intubation erwogen wird (sogenannte "Schutzintubation"), entscheidet darüber der Notarzt der Luftrettung.

Weiterhin soll in der Wartezeit die Abklärung möglicher Zielkliniken erfolgen. Die letztendliche Entscheidung trifft das Team der Luftrettung unter Einbeziehung von Faktoren (Wetter, Tankfüllung, Umlaufzeiten, Flugdienstzeiten...) welche vor Ort nicht zwingend bekannt sind.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Notarztnachforderung

NEF/RTH

Die Notarztnachforderung richtet sich nach dem Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer sowie der gemeinsame Kommentierung von BAND, BV-ÄLRD und FVLST zum aktuellen NAIK der Bundesärztekammer (BÄK) zur Nutzung in der Leitstelle aus Anwendungssicht (Anlage 2).

Telenotarzt (TNA)

Das Telenotarztsystem steht landesweit 24/7 zur Verfügung und kann von den entsprechend ertüchtigten und geschulten Rettungsmitteln (RTW, NEF, ggf. N-KTW) angefordert werden. Die Anforderung erfolgt über die lokale Leitstelle (Einsatzort).

Die Aufgabe von Telenotärzten besteht darin, die vor Ort befindlichen Einsatzkräfte über eine räumliche Distanz hinweg bei Einsätzen zu unterstützen, die keine physische Präsenz von Notärzten erfordern, jedoch eine notfallmedizinische ärztliche Kompetenz. Dies kann an der Einsatzstelle selbst, oder während eines Transports erforderlich sein. Außerdem können Telenotärzte eine RTW-Besatzung überbrückend bis zum Eintreffen eines arztbesetzten Rettungsmittels telemedizinisch unterstützen. Nicht nur RTW-Besatzungen, auch arztbesetzte Rettungsmittel können die Unterstützung durch Telenotärzte in Anspruch nehmen, beispielsweise zur Unterstützung der Entscheidungsfindung oder Logistik bei komplexen Einsatzsituationen (Konsil).

Telenotärzte können grundsätzlich in folgenden Situationen zum Einsatz kommen:

- Delegation der Gabe von Notfallmedikamenten
- Beratung und Entscheidung über einen Transportverzicht
- Beratung und Entscheidung bei einer Transportverweigerung
- Fachliche oder organisatorische Unterstützung in komplexen Einsatzsituationen
- Unterstützung und Beratung von nichtärztlichem Rettungsdienstpersonal bis zum Eintreffen alarmierter arztbesetzter Rettungsmittel
- Virtuelle Transportbegleitung bei vital stabilen Patienten nach notfallmedizinischer Versorgung.

Besonders von einem Zeitvorteil durch Verzicht der physischen Notarztbegleitung können vital stabile Patienten profitieren, bei denen eine Katheterintervention zur Reperfusion geplant ist, wie beim Schlaganfall oder Herzkatheter.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Strukturiertes Vorgehen in der Patientenversorgung

Die Patientenversorgung erfolgt strukturiert. Hierbei ist insbesondere die VA-Evaluation zu beachten. Nach dem Grundsatz „Treat first what kills first“ ist diejenige Schädigung als erstes zu behandeln, welche den Patienten am meisten gefährdet, ohne weitere Vitalfunktionsstörungen zu vernachlässigen.

Bei den Tracerdiagnosen nach dem Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik ist nicht nur die Eintreffzeit beim Patienten ein entscheidender Parameter für das Outcome der Patienten, sondern auch die Prähospitalzeit von maximal 60 Minuten nach Eingang des Notrufes. Das Eckpunktepapier beinhaltet folgende Tracerdiagnosen:

- Schweres Schädel-Hirn-Trauma
- Schlaganfall
- Schwerverletzte/Polytrauma
- Sepsis
- ST-Hebungsinfarkt
- Reanimation bei plötzlichem Kreislaufstillstand
- Pädiatrische Aspekte:
 - Anaphylaxie
 - Fieber
 - kindliche Atemnot
 - unklare Vigilanzstörung
 - Krampfanfall

Selbstverständlich kann das Zeitmanagement auch bei anderen Diagnosen von herausragender Bedeutung sein. Sofern auf Grund längerer Transportwege in das geeignete Krankenhaus die Nachalarmierung eines Luftrettungsmittels erfolgen soll, so ist dies so früh wie möglich der Leitstelle rückzumelden.

Monitoring

Das Basismonitoring wird immer durchgeführt und umfasst:

- EKG und Herzfrequenz
- Atemfrequenz
- SpO₂ und Pulsfrequenz
- RR systolisch **und** diastolisch
- Temperatur

Hierbei wird grundsätzlich der tonmodulierte Pulston hörbar laut gestellt.

Es wird erweitert um:

- Blutzuckermessung bei jeder Bewusstseinsstörung sowie immer, wenn ein i.v.-Zugang gelegt wird
- 12-Kanal EKG bei Thoraxschmerzen und jeder kardialen Symptomatik inclusive der schweren akuten Atemnot sowie bei unklaren Bewusstseinsstörungen.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Nur in wenigen Ausnahmefällen muss das Monitoring nicht vollständig durchgeführt werden. Dann sind jedoch eine erweiterte klinische Beobachtung und Untersuchung und/oder eine erhöhte Aufmerksamkeit erforderlich. Die Ausnahmen sind dann möglich, wenn das gesamte Monitoring aus technischen Gründen nicht möglich ist, durch den Patienten nicht toleriert wird (evtl. Kinder, psychische Ausnahmesituationen) oder der Patient nicht/nicht vollständig zugänglich ist.

Transportverweigerung

Zur rechtlichen Absicherung bei einer Transportverweigerung ist die VA-Transportverweigerung zu beachten. Ergänzend zur VA kann die Absicherung über den Telenotarzt erfolgen. Die Nachforderung eines NEF oder anderen arztbesetzten Rettungsmittels zur Absicherung einer Transportverweigerung ist auf Fälle beschränkt, bei denen ärztliche/notärztliche Maßnahmen vor Ort erforderlich sind (NAIK).

Auswahl der Zielklinik

Gemäß Rettungsdienstgesetz ist der Rettungsdienst verpflichtet, den Notfallpatienten in die nächste, für die weitere Versorgung geeignete und aufnahmebereite Einrichtung zu befördern.

Daneben ist das Selbstbestimmungsrecht (Auswahl des Krankenhauses) des Notfallpatienten zu beachten. Dabei darf es jedoch weder zu einer Verzögerung notwendiger Behandlungen (geeignete Zielklinik) noch zu einer deutlich verlängerten Bindung des Rettungsmittels kommen.

Dabei hat jeder Patient im Krankenhaus entsprechend der Art und Schwere seiner Erkrankung in erforderlichem Umfang das Recht auf die Gewährung von Krankenhausleistungen (Landeskrankenhausgesetz).

Der Zentrale Landesweite Behandlungskapazitätennachweis des Landes Rheinland-Pfalz, ZLB, ist eine vom Fraunhofer IESE im Auftrag des Ministeriums des Innern, für Integration und Verkehr und des Ministeriums für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz entwickelte landesweite online-Plattform. Sie zeigt die für den Rettungsdienst relevanten aktuellen Behandlungskapazitäten der Kliniken an und ist verbindlich für die Kapazitätensuche und Zuweisung von Notfallpatienten zu nutzen.

Mit der Erweiterung des ZLB um das Modul DIVONO (digitale Voranmeldung von Notfallpatienten) können die Besetzungen der Rettungsmittel selbständig direkt online nach freien Behandlungskapazitäten im ZLB suchen und entsprechend des Suchergebnisses einen landeseinheitlichen minimalen Notfalldatensatz (MNDS) nach Eintrag im Leitstellensystem an die Zielklinik senden. ZLB und DIVONO tragen somit dazu bei, den Zeitaufwand bei der Suche nach geeigneten Zielkliniken zu reduzieren, die Leitstellen zu entlasten und Krankenhäuser besser auf

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

zugewiesene Notfallpatienten vorzubereiten. Die Anmeldung über DIVONO ersetzt die bisherige telefonische Anmeldung (bzw. die SMS-Anmeldung).

Mittels Schnittstellen zwischen dem ZLB und dem digitalen Einsatzprotokoll NIDAmobile®, Fa. MedDV, sowie dem Einsatzleitsystem COBRA 4, Fa. ISE, können Daten zwischen diesen Systemen in Echtzeit ausgetauscht werden. Damit sind mobiler Rettungsdienst, Leitstelle und Krankenhaus stets auf demselben Informationsstand. Patienten- oder Besatzungspersonalien werden nicht übermittelt. DIVONO wurde vom Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Rheinland-Pfalz (LfDI) im Hinblick auf die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen geprüft und gebilligt.

Sowohl die Suche nach freien Behandlungskapazitäten im ZLB, als auch das Erstellen und Versenden des MNDS können direkt in NIDAmobile® erfolgen. Voraussetzung ist in beiden Fällen eine stabile mobile Internetverbindung über die SIM-Karte des zur Einsatzdokumentation genutzten Tablet-PCs.

Davon unabhängig können die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser auch über die Homepage des ZLB mittels mobiler Endgeräte eingesehen werden. Eine digitale Voranmeldung von Patienten ist darüber jedoch nicht möglich.

Ist kein Internet verfügbar, können ersatzweise per Dienst-Mobiltelefon des Rettungsmittels, oder ggf. per TETRA-Sprachfunk, von der Leitstelle der aktuelle Stand im ZLB erfragt und der Leitstelle die notwendigen Daten für den MNDS mündlich mitgeteilt werden. Für diesen Fall existiert im Einsatzleitsystem eine Eingabemöglichkeit für den MNDS. Dieser Weg ist u.a. von den Luftrettungsmitteln zu nutzen, die nicht über NIDAmobile(R) verfügen.

Bei zeitkritischen Notfallpatienten soll die Zielklinik weiterhin telefonisch informiert werden.

Wenn keine geeignete umliegende Klinik aufnahmebereit (Überlast = "Rotmeldung") und der Transport in eine weiter entfernte Klinik medizinisch nicht vertretbar oder die Aufgabenwahrnehmung des Rettungsdienstes dadurch gefährdet ist, so erfolgt der Transport in die nächstgelegene geeignete Klinik. Das gilt jedoch nicht, wenn diese Klinik aufgrund eines übergesetzlichen Notstands (Stromausfalls, Hochwasser...) oder defekten Gerätes nicht in der Lage ist, den Patienten zu versorgen (sogenannte „Schwarzmeldung“ im ZLB).

Wenn der Patient in eine weiter entfernte Klinik befördert werden möchte, ist mit der Leitstelle zu klären, ob dies ohne Gefährdung der Aufgabenwahrnehmung im Rettungsdienst möglich ist. Innerhalb einer Stadt oder bei geringer Erhöhung der Umlaufzeiten sollte dies in der Regel möglich sein.

Falls eine Klinik die Behandlung eines Patienten unerwartet verweigern sollte, obwohl der Rettungsdienst nach der beschriebenen Methode vorgegangen ist, so sollte auf die Behandlungspflicht nach Landeskrankenhausgesetz bzw. unterlassene Hilfeleistung nach Strafgesetzbuch hingewiesen werden. Im Sinne des Patienten sollte hierbei eine Eskalation der Situation vermieden werden (sachlich bleiben). Wenn der Patient jedoch durch die Verweigerung der Behandlung gefährdet wird, muss ggf. die Polizei hinzugezogen werden. In diesem Falle ist der ÄLRD über die Leitstelle zu informieren.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Das Schockraumteam der Zielklinik soll bei Vorliegen folgender Kriterien alarmiert werden

Trauma

Bei folgenden pathologischen Befunden nach Trauma soll das Schockraumteam aktiviert werden	
A/B - Problem	Atemstörungen (SpO2 < 90%)
	Erforderliche Atemwegssicherung
	Atemfrequenz <10 oder >29/min
C - Problem	systolischer Blutdruck < 90 mmHg
	Herzfrequenz >120/min
	Schockindex >0,9 (Pulsfrequenz/systolischer Blutdruck)
	Positiver eFAST
D - Problem	GCS ≤ 12
E - Problem	Hypothermie < 35,0°C
Bei folgenden Verletzungen oder Maßnahmen nach Trauma soll das Schockraumteam aktiviert werden	
Verletzungsmuster	Instabiler Thorax
	Mechanisch instabile Beckenverletzung
	Penetrierende Verletzungen der Rumpf-Hals-Region
	Amputationsverletzung proximal der Hände/Füße
	Sensomotorisches Defizit nach Wirbelsäulenverletzung
	Frakturen von 2 oder mehr proximalen großen Röhrenknochen
	Verbrennungen >20% und Grad ≥2b
Interventionen	erforderliche Atemwegssicherung
	Thoraxentlastung
	Katecholamingabe
	Pericardiozentese
	Anlage Tourniquet
Bei folgenden zusätzlichen Kriterien sollte das Trauma-/Schockraumteam aktiviert werden	
Unfallmechanismus	(Ab)Sturz aus über 3 Metern Höhe
	Verkehrsunfall (VU) mit Ejektion aus dem Fahrzeug oder Fraktur langer Röhrenknochen
Die Schockraumalarmierung bei geriatrischen Patienten nach relevantem Trauma sollte zusätzlich bei einem der folgenden Parameter erfolgen	
Geriatrisch: 80+ oder 70+ und geriatrische Multimorbidität	RRsys < 100 mmHg
	Bekanntes oder vermutetes Schädel-Hirn-Trauma und GCS ≤14
	2 oder mehr verletzte Körperregionen
	Fraktur eines oder mehrerer langer Röhrenknochen nach Verkehrsunfall

Non-Trauma

Ein Schockraum soll bei folgenden Kriterien angemeldet werden.	
VziSiOn – die IRON MAN Alarmkriterien	Vasopressor erhalten
	Ventilation begonnen
	Systolischer Blutdruck < 90 mmHg
	O2 Sättigung unter Raumluft < 90%
	Nicht normales Bewusstsein (GCS < 15 Punkte)
Sepsis	NEWS-2-Score ≥ 7

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

NEWS-2-Score

Das NEWS-System basiert auf einem einfachen aggregierten Bewertungssystem, bei dem physiologische Messwerte, die bereits in der Routinepraxis erfasst werden, wenn Patienten sich im Krankenhaus vorstellen oder dort überwacht werden, mit einer Punktzahl bewertet werden. Sechs einfache physiologische Parameter bilden die Grundlage des Bewertungssystems:

- Atemfrequenz
- Sauerstoffsättigung
- systolischer Blutdruck
- Pulsfrequenz
- Bewusstseinszustand oder neu auftretende Verwirrung*
- Temperatur.

*Der Patient zeigt neu auftretende Verwirrung, Desorientierung und/oder Unruhe, obwohl sein geistiger Zustand zuvor normal war – dies kann subtil sein. Der Patient kann zwar kohärent auf Fragen antworten, zeigt jedoch eine gewisse Verwirrung, Desorientierung und/oder Unruhe. Dies würde im GCS eine Punktzahl von 3 oder 4 ergeben (anstelle der normalen 5 für verbale Antworten) und im NEWS-System eine Punktzahl von 3.

Jedem Parameter wird bei der Messung eine Punktzahl zugewiesen, wobei die Höhe der Punktzahl widerspiegelt, wie stark der Parameter von der Norm abweicht. Die Punktzahl wird dann aggregiert und um 2 Punkte erhöht für Personen, die zusätzlichen Sauerstoff benötigen, um ihre empfohlene Sauerstoffsättigung aufrechtzuerhalten.

Dies ist ein pragmatischer Ansatz, dessen Schwerpunkt auf der systemweiten Standardisierung und der Verwendung physiologischer Parameter liegt, die bereits routinemäßig in NHS-Krankenhäusern und in der präklinischen Versorgung gemessen und in einer standardisierten klinischen Tabelle – der NEWS2-Tabelle – erfasst werden.

National Early Warning Score 2 des National Health Service, UK

NEWS2 National Early Warning Score 2		Punktwert						
		3	2	1	0	1	2	3
A	Atemfrequenz (/min)	≤8		9-11	12-20		21-24	≥25
+	SpO ₂ (%) Skala 1	≤91	92-93	94-95	≥96			
B	SpO ₂ (%) Skala 2 ▶ bei COPD anwenden!	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93 u. RL	93-94 mit O ₂	95-96 mit O ₂	≥97 mit O ₂
	O ₂ oder Raumluft?		O ₂		Raumluft			
C	RR sys (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
	Herzfrequenz (/min)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
D	Bewusstsein*				W			VASB
E	Temperatur (°C)	≤35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1	

u. RL = unter Raumluft

≤ = kleiner oder gleich

≥ = größer oder gleich

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Ab einem NEWS-2 Wert von 5 soll der Patient mit dem Stichwort „Sepsis“ in der Klinik angemeldet werden. Ab einem Score von 7 soll eine Schockraumanmeldung erfolgen.

Transport des Patienten in die Zielklinik

Der Beginn des Transports wird durch Senden des Status 7 definiert. Der Transport des Patienten in die Behandlungseinrichtung erfolgt in der Regel ohne Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten (Signalfahrt). Bei zeitkritischen Notfällen kann die Inanspruchnahme von Sonder- und Wegerechten jedoch erforderlich sein. Dies ist der Leitstelle anzuzeigen. Die Fahrweise ist nicht nur dem Verkehr, sondern auch dem Zustand des Patienten anzupassen. Weiterhin muss die Sicherheit des Personals im Patientenraum gewährleistet werden. Dies erfordert eine enge Absprache zwischen Fahrer und Personal im Patientenraum. Der Transport endet mit Senden des Status 8.

Hochkontagiöse Patienten

Patienten mit folgenden Infektionen/Erkrankungen werden nicht transportiert:

Pest, Pocken, hochkontagiöse lebensbedrohliche Erkrankungen wie Ebola, Lassa, Krim-Kongo, Dengue-Fieber

Der Eigenschutz erfolgt gemäß Hygieneampel im Rahmenhygieneplan RLP. Der Eigenschutz hat höchste Priorität. Wenn möglich sollte die Fahrzeugbesetzung gesplittet werden. Eine Person hat dabei keinen Kontakt zum Patienten, kann Material anreichen und frei kommunizieren.

Nachgeforderte Kräfte sind über den vermuteten Infektionsstatus zu informieren.

Die Patienten bleiben zunächst vor Ort. Desinfektor und zuständiges Gesundheitsamt werden via Leitstelle informiert. Die Entscheidungen über die weitere Behandlung, den Transport und die Auswahl der Zielklinik erfolgen durch das Gesundheitsamt.

Nur bei unmittelbarer vitaler Indikation kann ein Transport unter maximalem Eigenschutz in eine vorinformierte, vorbereitete und geeignete Zieleinrichtung erfolgen.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Übergabe des Patienten in der Zielklinik

Die Übergabe des Patienten in der Klinik erfolgt strukturiert nach dem Akronym „SINNHAFT“.
(Hinweis: Bis zur vollständigen Schulung des Systems SINNHAF kann auch noch ISBAR verwendet werden)

S tart	Ruhe! Möglichst alle Manipulationen/Tätigkeiten am Patienten vermeiden. Face-to-Face-Kommunikation
I dentifikation	Geschlecht, Nachname, Alter
N otfallereignis	1. Was? Leitsymptome/Verdachtsdiagnose
	2. Wie? Ursache
	3. Wann? Zeitpunkt des Ereignisses
	4. Wo/Woher? Ort/Auffindesituation (optional)
N otfallpriorität & H andlung	ABCDE Schema mit pathologischen Untersuchungsbefunden und path. Vitalparametern Maßnahme, Dosis/Umfang/Zeitpunkt, Wirkung, ggf. bewusst unterlassene Handlungen
A namnese	Allergien, Medikation, Vorerkrankungen, Infektion, Soziales/Organisatorisches, Besonderheiten
F azit	Wiederholung durch das aufnehmende Personal: Identifikation, Notfallereignis, Notfallpriorität, Handlung
T eamfragen	Möglichkeit für zusätzliche essenzielle Fragen des aufnehmenden Personals

Der Einsatz endet mit der Übergabe des Patienten in der Zielklinik, in den Räumlichkeiten, in denen die weitere Versorgung erfolgt (ZNA, Herzkatheterlabor, CPU, Stroke Unit, CT etc.). Tätigkeiten und Transporte nach Übergabe des Patienten sind keine Aufgabe des Rettungsdienstes und zu unterlassen.

Im Anschluss an die Übergabe wird die Einsatzbereitschaft hergestellt und durch Senden des Status 1 der Leitstelle angezeigt.

Hilflose Personen

Es ist auch Aufgabe des Krankentransportes, hilflosen Personen fachgerechte Hilfe zu leisten. Wenn keine Transportindikation gegeben ist, sind geeignete soziale Dienste, das Ordnungsamt oder ggf. die Polizei zu informieren. Auch bei Eigen- oder Fremdgefährdung sind Polizei und ggf. Ordnungsamt zu informieren. Bis zum Eintreffen der Polizei müssen die Personen überwacht werden, sofern dies ohne Eigengefährdung möglich ist.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Dokumentation

Der Durchführende einer medizinischen Maßnahme muss in der Lage sein zu erklären, warum er die Maßnahme durchgeführt hat (oder nicht). Die medizinische Dokumentation dient somit dem Behandelnden wie dem Patienten, der im Zweifelsfall die einzelnen Schritte der Behandlung nachprüfen kann. Deshalb bedürfen nicht nur Abweichungen vom Normalzustand (z. B. Fraktur, erhöhte Blutdruckwerte), sondern auch „Normalbefunde“, (z. B. normaler Blutdruck/Puls, Fehlen von äußeren Verletzungszeichen/Schmerzen etc.) der Dokumentation. Verantwortlich für die Dokumentation des gesamten Einsatzablaufs ist derjenige, welcher den Einsatz leitet (medizinisch Höchstqualifizierter, Teamleader, Notarzt) sowie die Verantwortlichen der am Einsatz beteiligten Fahrzeuge für die jeweilige Dokumentation ihres Einsatzes mit entsprechenden Befunden und Maßnahmen.

Medizinische Gründe

Die Einsatzdokumentation ist für die weiterbehandelnden Einrichtungen eine wichtige, u. U. die einzige verlässliche bzw. objektive Information über den Zustand des Patienten sowie wichtige Begleitinformationen (Vorerkrankungen, Medikation, Erreichbarkeit von Angehörigen etc.).

Qualitätsmanagement

Eine suffiziente Dokumentation erlaubt es während und nach Rettungsdiensteinsätzen, Maßnahmen im Hinblick auf Indikation, Wirkung und ggf. Nebenwirkung fortlaufen zu überprüfen und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen einzuleiten.

Rechtliche Grundlagen

Die Verpflichtung zur Dokumentation ergibt sich speziell für den Rettungsdienst in RLP aus Rettungsdienstgesetz (§ 29) und Landesrettungsdienstplan (D II. 1.3 und bes. E III.). Weitere Rechtsgrundlagen sind in den §§ 630 a BGB ff und SGB V enthalten.

Rettungsdiensteinsätze, auch solche, bei denen kein Transport stattfindet, sind stets schriftlich mittels des Einsatzprotokolls in der jeweils aktuellen, gültigen Version zu dokumentieren. Dafür sind die zur Verfügung stehenden Dokumentationsmittel zu nutzen. Dies ist die mobile elektronische Einsatzdokumentation Rettungsdienst (MEER) und ersatzweise bei Ausfall derselben das aktuelle DIVI-Notfallprotokoll auf Papierbasis. Die Eingabe von Daten in das Reanimationsregister ist fester Bestandteil der notärztlichen Einsatzdokumentation in Rheinland-Pfalz. Das Einsatzprotokoll ist, wenn möglich während des Einsatzes, spätestens jedoch bei der Übergabe des Patienten auszufüllen. Die Einsatzdokumentation kann nur dann vollständig sein, wenn alle vorgegebenen Datenfelder ausgefüllt sind, es sei denn der Patient verweigert die Untersuchung. Verweigert ein Patient Untersuchungen oder medizinische Maßnahmen, ist auch dies schriftlich zu dokumentieren. Bei Einsätzen ohne Transport muss dem Patienten ein Durchschlag, bzw. Ausdruck, der Einsatzdokumentation sowie ggf. eine unterzeichneten Transportverweigerung überlassen werden.

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11

Literatur

Landesgesetz über den Rettungsdienst sowie Notfall und Krankentransport (Rettungsdienstgesetz – RettDG) Rheinland Pfalz, aktuelle Fassung und Änderung

Landesrettungsdienstplan (LRettDP) Rheinland-Pfalz, aktuelle Version

M. Fischer · E. Kehrberger · H. Marung · H. Moecke · S. Prückner · H. Trentzsch · B. Urban
Fachexperten der Eckpunktepapier-Konsensus-Gruppe, Eckpunktepapier 2016 zur
notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik
Notfall Rettungsmed DOI 10.1007/s10049-016-0187-0

Rovas A, Paracikoglu E, Michael M, Gries A, Dziegielewski J, Pavenstädt H, Bernhard M, Kümpers P.
Identification and validation of objective triggers for initiation of resuscitation management of
acutely ill non-trauma patients: the INITIATE IRON MAN study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med.
2021 Nov 13;29(1):160. doi: 10.1186/s13049-021-00973-4. PMID: 34774074; PMCID: PMC8590263.

Hilbert-Carius P, Wurmb T, Lier H, Fischer M, Helm M, Lott C, Böttiger BW, Bernhard M. Versorgung
von Schwerverletzten : Update der S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung 2016 [Care
for severely injured persons : Update of the 2016 S3 guideline for the treatment of polytrauma and
the severely injured]. Anaesthesist. 2017 Mar;66(3):195-206. German. doi: 10.1007/s00101-017-
0265-9. PMID: 28138737.

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.: S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung
(AWMF Registernummer 187-023), Version 4.0 (31.12.2022), verfügbar unter
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/187-023.html>. Zugriff am 28.03.2025.

Gräff, I., Ehlers, P. & Schacher, S. SINNHAFTE – die Merkhilfe für die standardisierte Übergabe in der
zentralen Notaufnahme. *Notfall Rettungsmed* **27**, 19–24 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01167-4>

Trentzsch, H., Fischer, M., Marung, H. *et al.* Eckpunktepapier 2025 zur notfallmedizinischen
Versorgung der Bevölkerung in der Prähospitalphase und in der Klinik. *Notfall Rettungsmed* (2025).
<https://doi.org/10.1007/s10049-025-01612-6>

Welch J, Dean J, Hartin J. Using NEWS2: an essential component of reliable clinical assessment. Clin
Med (Lond). 2022 Nov;22(6):509-513. doi: 10.7861/clinmed.2022-0435. PMID: 36427875; PMCID:
PMC9761428.

Mitgeltende Unterlagen

VA-Evaluation in der gültigen Version

Indikationskatalog für den Notfalleinsatz (NAIK) der Bundesärztekammer in der gültigen Version

Gemeinsame Kommentierung von BAND, BV-ÄLRD und FVLST zum aktuellen NAIK der
Bundesärztekammer

Erstellt	Freigegeben	Datum	Gültig ab	Version
Dr. F. Blaschke	ÄLRD RLP	14.07.2026	01.08.2026	2.11