
Medizinische Erläuterungen der ÄLRD zu den 2c-Algorithmmen

Gültig ab 01.08.2022.

Die folgenden Erläuterungen sind verbindliche Umsetzungshinweise der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Bayern (ÄLRD) und damit Teil der formalen Delegation von heilkundlichen Tätigkeiten zur eigenständigen Durchführung durch Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter im bayerischen Rettungsdienst gemäß Art. 12 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 BayRDG (ÄLRD-Delegation).

Allgemeines

Die Algorithmen legen anhand der Auffindesituation (nur traumatologisch), des symptombezogenen Zustands und des ABDCE-Status des Patienten Ausschlusskriterien für eine Versorgung nach § 4 Abs. 2 Nr. 2c) NotSanG fest. Diese führen automatisch zur Notarznachforderung und Versorgung nach § 2a NotSanG.

Die Algorithmen nach § 4 Abs. 2 Nr. 2c) NotSanG nehmen Bezug auf die ÄLRD-Empfehlungen zu den Maßnahmen nach § 2a NotSanG und setzen daher auch deren fundierte Kenntnis (insbesondere Checklisten und Medikamentenlisten) voraus.

Um die Algorithmen übersichtlich zu halten, wurde bewusst auf die Anweisung von Basismaßnahmen, die Abfrage von Kontraindikationen und weiterer Aspekte, die vor der Umsetzung der SOP geprüft bzw. durchgeführt werden müssen, verzichtet. Es wird vorausgesetzt, dass die Notfallsanitäter die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur sicheren Anwendung der jeweiligen heilkundlichen Tätigkeit im Rahmen ihrer Ausbildung erworben haben und dieses Wissen entsprechend anwenden.

Gegebenenfalls sind bei einem Patienten auch mehrere Algorithmen nacheinander oder parallel anzuwenden. Dabei ist darauf zu achten, dass das vordringlichste medizinische Problem zuerst angegangen wird.

Anwendbarkeit auf Altersgruppen

Die vorliegenden Vorgaben beziehen sich grundsätzlich, sofern nicht explizit anderweitig festgelegt, auf Erwachsene und Adoleszente. Hierunter wird jede Person ab dem Beginn der Pubertät verstanden. Für die Anwendung bestimmter Medikamente besteht eine Einschränkung über das Mindestkörpergewicht.

ABCDE-Problem / kritisches ABCDE-Problem

Die ABCDE-Herangehensweise an Notfallpatienten ist Bestandteil fast aller gebräuchlichen Trauma-Algorithmen. Die Bedeutung von ABCDE ist u.a. Teil der Ausbildungsempfehlung für

durch NotSan zu erlernende Maßnahmen für Situationen nach § 2a NotSanG, deren Kenntnis vorausgesetzt wird.

ABCDE beim Trauma: Als ABCDE-Problem beim Trauma-Patienten wird jede manifeste Vitalfunktionsstörung oder sonstige Lebensbedrohung aus dem ABCDE-Komplex verstanden. Das Vorliegen eines ABCDE-Problems nach Trauma führt zur unverzüglichen Nachforderung des Notarztes.

ABCDE beim nicht-traumatologischen Patienten: Beim akuten Trauma trifft der Rettungsdienst nur in Ausnahmefällen auf ursächlich akut erkrankte Patienten. Dies stellt sich beim internistischen Patientengut grundlegend anders dar. Hier liegt häufig ein ABCDE-Problem chronisch im Zusammenhang mit einer Grunderkrankung (z.B. Lähmung als Schlaganfall-Folgezustand) oder akut als Krankheitsmanifestation (z.B. Halbseitensymptomatik bei unkompliziertem Schlaganfall, pulmonale Rasselgeräusche bei Pneumonie) vor, ohne dass sich daraus per se eine akute Lebensbedrohung ableiten ließe. Nicht jedes ABCDE-Problem hat im nicht-traumatologischen Umfeld folglich automatisch eine Notarzt-Nachalarmierung zur Folge. Dieser Umstand macht es notwendig, bei den internistisch geprägten Delegations-Algorithmien die Regelung zu den ABCDE-Problemen anzupassen: Nur bei ABCDE-Problemen mit mittelbarer oder unmittelbarer Lebensbedrohung oder der Gefahr von Folgeschäden – hier als „kritisches ABCDE-Problem“ bezeichnet – wird grundsätzlich der Notarzt hinzugezogen. Einzelne Algorithmen lassen zusätzlich Ausnahmen zu, um ein Zeitfenster für einen Therapieversuch durch den Notfallsanitäter (z.B. bei Hypoglykämie) oder eine abwartende Haltung unter engmaschiger Überwachung durch den Notfallsanitäter bei anzunehmender zeitnaher Spontanbesserung zu schaffen.

Monitoring

Sofern nicht explizit anders angeordnet wird der Patient bereits vor Beginn der Behandlung in Delegation mittels Basismonitoring (EKG-, SpO₂- und Blutdruckmonitoring) kontinuierlich überwacht und die Befunde vollständig im elektronischen Einsatzprotokoll dokumentiert.

Algorithmen mit IV-Zugang

Nicht jede versuchte invasive Maßnahme im Rettungsdienst kann gelingen. Wiederholte erfolglose Versuche kosten wertvolle Zeit, sind mit Belastungen für den Patienten verbunden und verschlechtern u.U. die Bedingungen für weitere Versuche im Rahmen der ärztlichen Behandlung. Sofern eine medizinische Intervention im Rahmen der SOPs nicht auf Anhieb gelingt und weitere Versuche wenig erfolgversprechend sind, gilt die Maßnahme als misslungen und wird abgebrochen. Beim IV-Zugang ist dies in der Regel nach zwei erfolglosen Punktionsversuchen der Fall.

Aus dem Misslingen eines invasiven Eingriffs ergibt sich innerhalb der SOP keine Rechtfertigung zur Durchführung einer invasiveren Intervention (z.B. kein IO-Zugang nach erfolglosen Venenpunktionsversuchen). Bei Vorliegen einer dringenden Behandlungsindikation ist stattdessen der Notarzt nachzufordern (und ggf. Versorgung nach § 2a NotSanG). Bei rein vorsorglichen Maßnahmen (vorsorglicher IV-Zugang im Rahmen der SOP „verletzte Person“) ohne momentanen Therapiebedarf wird der Patient ohne Durchführen der misslungenen Maßnahme ins Krankenhaus transportiert.

Bei primärer Aussichtslosigkeit einer Maßnahme (z.B. keine punktierbare Vene auffindbar) wird ebenso wie nach Misslingen verfahren.

Die Delegation der Anlage eines IV-Zugangs schließt das anschließende Offenhalten durch eine langsam tropfende (Richtwert 1 Tropfen pro Sekunde) Vollelektrolyt-Lösung mit ein, sofern in dem jeweiligen Algorithmus keine anderslautende Vorgabe dargestellt wird.

Trauma:

Isolierte Extremitätenverletzung: Delegation von IV-Zugang, Infusion, IV-Analgesie BtM und achsengerechter Lagerung

Isolierte Verbrennung / Verbrühung: Delegation von IV-Zugang, Infusion und IV-Analgesie BtM

Verletzte Person: Delegation von IV-Zugang und Infusion

Das Kästchen „offensichtlich schwerverletzt“ bzw. „offensichtlich schwerverbrannt“ bezieht sich auf den ersten Blick auf den Schadensort (Beispiel Meldebild gestürzter Radfahrer, aber tatsächlich unter PKW liegend). Diese zur unmittelbaren Notarznachforderung führende Situation wird es nur bei traumatologischen Einsätzen geben.

Isolierte Extremitätenverletzung: Eine isolierte Extremitätenverletzung im Sinne des zugehörigen Algorithmus liegt dann vor, wenn genau eine Extremität verletzt ist, andernorts aber keine weiteren relevanten Begleitverletzungen vorliegen. Geringgradige, oberflächliche Verletzungen wie kleinere Schürfwunden o.ä. an anderen Stellen, die man im Rahmen der Dokumentationsmöglichkeiten als „leicht“ einstufen würde, stehen dem nicht im Wege. Sofern jedoch mittlere oder schwere Verletzungen an einer zweiten Extremität, Kopf oder Körperstamm vorliegen, liegt keine isolierte Extremitätenverletzung vor. Ferner ist davon auszugehen, dass eine Verletzung, die unerträgliche Schmerzen hervorruft und eine Opiatgabe erfordert, im Allgemeinen zumindest als mittelschwer einzuschätzen und entsprechend zu dokumentieren ist. Eine Verletzung des proximalen Femurs (z.B. V.a. Schenkelhals-Fraktur) ist als Extremitäten-Verletzung zu werten, nicht als Beckenverletzung. Analog wird mit Schulterverletzungen verfahren.

IV-Analgesie BtM: Im Rahmen der 2c-Analgesie ist neben der Dokumentation von tolerablen bzw. nicht-tolerablen Schmerzen darauf zu achten, dass vor und nach erfolgter Analgesie das Schmerzniveau anhand der numerischen Ratingskala (NRS) erhoben und dokumentiert wird, um den Analgesie-Erfolg besser nachvollziehen zu können.

Zur Analgesie wird Piritramid verwendet. Die langsame Verabreichung als Kurzinfusion reduziert das Risiko von Übelkeit und erlaubt ein Einschreiten bei Nebenwirkungen oder Komplikationen. Sollte der gewünschte Effekt vorzeitig erreicht sein, wird die Infusion abgebrochen. Patienten unterhalb der Gewichtsgrenze, schwer gebrechliche und vital instabile Patienten dürfen kein Piritramid erhalten.

Verletzte Person: Von potenziell schwerverletzten Patienten wird im 2c-Kontext ausgegangen, wenn die Empfehlungsgrad (GoR)-B-Schockraumkriterien gemäß S3-Polytrauma-Leitlinie erfüllt sind, nicht jedoch die GoR-A-Kriterien. Gemäß Algorithmus erhalten diese Patienten einen prophylaktischen IV-Zugang und werden nach Voranmeldung („Schockraum B“) in den Schockraum eines Traumazentrums verbracht. Die entsprechende Voranmeldung ist zu dokumentieren.

Hypoglykämie: Delegation von IV-Zugang, Infusion und Glukosegabe

Hypoglykämien sind ein häufiges, gut behandelbares, aber trotzdem gefährliches Phänomen beim insulinpflichtigen Diabetiker. Sofern bei einem bewusstseinsgestörten, aber nicht akut lebensbedrohten / kritischen Patienten bereits bei der Ersteinschätzung bekannt wird, dass es sich um einen Diabetiker mit Insulintherapie handelt, so kann die Notarzt-Alarmierung zunächst zurückgestellt und gemäß dem vorgegebenen Delegations-Algorithmus verfahren werden.

Nicht abgedeckt vom Algorithmus sind Patienten mit Hypoglykämien im Rahmen einer Therapie mit ausschließlich oralen Antidiabetika, da sich hier die Risikoeinschätzung und Dynamik grundlegend anders gestalten kann. Unter oralen Antidiabetika ist die Rate an Hypoglykämien deutlich geringer als unter Insulin, so dass die Wahrscheinlichkeit steigt, dass andere Ursachen für die vorliegende Symptomatik verantwortlich sind. Gleichzeitig gibt es bestimmte langwirksame orale Antidiabetika, die ein differenziertes Vorgehen erfordern. Bei Hypoglykämien ohne Insulintherapie ist daher grundsätzlich der Notarzt hinzuzuziehen.

Die orale Glukosegabe ist bei erhaltener Schluckfähigkeit zu bevorzugen. Falls keine anderen geeigneten oralen Glukosequellen verfügbar sind, kann im Ausnahmefall die 10%ige Glukose-Infusionslösung oral verabreicht werden.

Sofern sich der Blutzuckerspiegel (BZ) und zusätzlich die Symptome nicht innerhalb der genannten Frist normalisieren, steigt die Wahrscheinlichkeit einer anderen oder zusätzlichen Ursache der Symptomatik bzw. der Notwendigkeit einer weitergehenden Therapie, und der Notarzt ist unverzüglich nachzufordern. Bei der oralen Glukosegabe tritt die Wirkung im Allgemeinen langsamer ein, so dass der Effekt nach 15 Minuten – statt nach 10 Minuten bei der IV-Gabe – beurteilt wird.

Die Prüfung auf kritische D- und E-Probleme tritt bei der Delegation der Hypoglykämie-Behandlung an das Ende des Algorithmus. Als E-Problem sind insbesondere die Hypothermie (< 35,5 °C) und eine akzidentelle oder beabsichtigte (z.B. im Rahmen eines Suizidversuchs) Intoxikation mit Insulin oder oralen Antidiabetika zu beachten.

Es ist damit zu rechnen, dass bei erfolgreicher Therapie ein nennenswerter Anteil der Patienten den Transport ins Krankenhaus verweigern wird. In diesen Fällen ist großer Wert auf die korrekte Feststellung der Einwilligungsfähigkeit, die Aufklärung über mögliche Folgen einer Verweigerung (Gefahr eines erneuten Auftretens einer kritischen Hypoglykämie mit Lebensgefahr und Gefahr bleibender Schäden) und die schriftlich dokumentierte Transportverweigerung zu legen.

V.a. Sepsis: Delegation von IV-Zugang und Infusion

Sepsis ist eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung, die bei rechtzeitiger Erkennung und zügiger Therapieeinleitung jedoch oft gut therapierbar ist.

In vielen Fällen wird der Rettungsdienst in diesem Zusammenhang unter einem unspezifischen Meldebild gerufen und findet die Patienten häufig mit wenig spezifischen Symptomen und noch ohne „kritisches ABCDE-Problem“ vor.

Das Stellen der Diagnose „Sepsis“ ist im rettungsdienstlichen Umfeld auch durch ärztliches Personal nicht möglich. Dies kann letztlich nur in einer medizinischen Behandlungseinrichtung mit entsprechenden diagnostischen Möglichkeiten erfolgen.

Die Überlebensrate dieser Patientengruppe kann aber nachweislich durch frühzeitiges Erkennen, Therapieeinleitung und Transport in eine geeignete Behandlungseinrichtung deutlich erhöht werden. Zu diesem Zweck wurden von Experten Kriterien entwickelt, die unter anderem auch mit abgeschlossener Ausbildung zum Notfallsanitäter bereits präklinisch erhoben werden können, ohne medizinische Diagnosen stellen zu müssen. Zwei oder mehr „qSOFA-Kriterien“ + Hinweis auf eine Infektion ergeben den Verdacht auf eine „Sepsis“ mit hoher Sensitivität und geringer Spezifität. Die qSOFA-Kriterien sind im Rahmen der 2c-Dokumentation vollständig zu erfassen, sodass insbesondere die Atemfrequenz, der Blutdruck und die Glasgow Coma Skala vollständig dokumentiert sind.

Ein entsprechendes Schulungskonzept ist im Rettungsdienst Bayern bereits fest etabliert.

Bei Erfüllung dieser Voraussetzungen soll bereits präklinisch die Entscheidung, als Transportziel eine zur Diagnostik und endgültigen Therapie einer potenziellen Sepsis geeignete Behandlungseinrichtung anzufahren, getroffen werden und die Basistherapie unter Einschluss eines IV-Zugangs und Beginn der Behandlung mit einer Vollelektrolytlösung eingeleitet werden.

Im Zielkrankenhaus triggert diese Vorgehensweise mit entsprechender Voranmeldung des Verdachts eine sofortige Evaluation durch einen Arzt unter Einbeziehung der diagnostischen Möglichkeiten der Klinik.

Da oft präklinisch noch kein „kritisches ABCDE-Problem“ vorhanden sein muss, sich ein solches jedoch grundsätzlich zu jedem Zeitpunkt entwickeln kann, ist die engmaschige Überwachung und laufende Evaluation bezüglich einer relevanten Zustandsverschlechterung, die eine Notarztnachforderung erfordert, durch die Notfallsanitäter essenziell.

Bei Nachweis des Symptoms eines „Meningismus“ muss in diesem Zusammenhang unabhängig von einem „kritischen ABCDE-Problem“ ein Notarzt nachgefordert werden, da dann eine weitere Untersuchung erforderlich ist und ggf. auch die bereits präklinische Einleitung einer spezifischen Therapie erwogen werden muss.

Da es bei dieser SOP durch die niedrige Spezifität der Kriterien grundsätzlich auch zur Therapie von Patienten ohne Sepsis kommen kann, sind im Algorithmus die Maßnahmen durch Notfallsanitäter auf die Anlage eines IV-Zugangs und die Einleitung der Infusionstherapie mit rascher Gabe von 500 ml Vollelektrolytlösungen begrenzt. Im Anschluss kann eine langsame Infusion zum Freihalten des IV-Zugangs fortgesetzt werden (s. Algorithmen mit IV-Zugang).

Eine forcierte Volumengabe wird nicht auf den Notfallsanitäter delegiert. Die Beachtung allgemeiner absoluter oder relativer Kontraindikation zur Infusionstherapie, wie z.B. Dialysepflichtigkeit oder deutlicher Zeichen einer klinisch dekompensierten Herzinsuffizienz, werden bei abgeschlossener Ausbildung zum Notfallsanitäter vorausgesetzt. Diese sind im Rahmen der Beurteilung des symptombezogenen Zustands zu beachten. Ein „ABCDE-Problem“ ist in diesen Fällen, insbesondere auch bei medizinischem Abwägungsbedarf, entsprechend als „kritisch“ mit konsekutiver Notarztnachforderung einzustufen.

Moderate Hypoxämie: Delegation von Sauerstoffgabe

Sauerstoff gehört zu den in Notfallsituationen am häufigsten applizierten Medikamenten. Gemäß der aktuellen wissenschaftlichen Literatur können bei fehlerhafter Vorgehensweise jedoch negative gesundheitliche Folgen für den Patienten entstehen. Daher fordert die S3-Leitlinie „Sauerstoff in der Akuttherapie beim Erwachsenen“ grundsätzlich eine ärztliche Verschreibung der Sauerstofftherapie [<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-021.html>].

Die Delegation bezieht sich explizit auf Notfallpatienten. Sofern bei ansonsten gesunden bzw. stabilen Patienten ohne notfallmedizinischen Versorgungsbedarf eine Sauerstoffsättigung unter 94 % gemessen wird (z.B. im Rahmen einer Heimfahrt im KTW), bedingt dies keine Indikation zur O₂-Therapie und daraus resultierende Klinikeinweisung.

Die Leitlinien werten eine SpO₂ < 85 % als kritische Hypoxämie, die im Allgemeinen eine höhere O₂-Startdosis erfordert. Daher sind solche Patienten meist als kritisch einzuschätzen, ein Notarzt nachzufordern und die Behandlung nach § 2a NotSanG einzuleiten.

Leitliniengemäß erfolgt die O₂-Dosierung anhand von SpO₂-Zielbereichen. Dabei wird zwischen zwei Patientengruppen unterschieden. Notfallpatienten ohne Risiko für hyperkapnisches Atemversagen sollen 94 – 98 % erreichen. Dieser Zielbereich weicht bewusst geringfügig von der deutschsprachigen Leitlinie ab. Bleibt der Patient unter der angegebenen O₂-Maximaldosis unter 94 %, besteht eine Notarztindikation.

Bei Patienten mit Hyperkapnierisiko kann es durch zu hohe Sauerstoffgabe zu relevanter Hypoventilation kommen. Daher liegt hier der Zielbereich bei 88 – 92 %. Wird dieser Bereich mit der maximal delegierten O₂-Dosis nicht erreicht, ist wiederum ein Notarzt hinzuzuziehen.

Wird unter Sauerstoffgabe der Zielbereich über- oder unterschritten, ist die Sauerstoffdosis um einen Liter pro Minute anzupassen. Nach einer Äquilibrationszeit von fünf Minuten kann die nächste Anpassung erfolgen. Die Maximalmengen sind zu beachten.

Kurzfristige Sättigungsausschläge (bis zu einer Minute) nach oben oder unten bleiben grundsätzlich ohne Konsequenz.

Die delegierte Sauerstoffdosis kann jeweils noch um die Menge einer bestehenden Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT) erhöht werden. Dies gilt für beide Arme des Algorithmus, auch wenn dies bei Patienten ohne Hyperkapnierisiko eine Seltenheit darstellen dürfte und daher nicht explizit erwähnt wird.

Sauerstoff wird im Rahmen der ÄLRD-Delegation „moderate Hypoxämie“ grundsätzlich über eine Nasenbrille verabreicht.

Sekret in Trachealkanüle beim spontanatmenden Patienten: Delegation von Absaugen

Das Vorhandensein eines Tracheostomas kann in Bezug auf das Atemwegsmanagement eine sehr sichere Situation darstellen. Andererseits stellt die Dislokation der Trachealkanüle bei nicht-stabilem Tracheostoma eine hochkritische Situation dar, welche zum irreversiblen Verlust des Atemwegs und letztlich zum Tod des Patienten führen kann. Das Management solcher Zwischenfälle setzt zwingend die sichere Beherrschung der endotrachealen Intubation unter schwierigen Bedingungen voraus und liegt nicht im Kompetenzniveau des Notfallsanitäters.

Daher setzt die Delegation des Absaugens ein stabiles Tracheostoma voraus, von welchem erst ab dem 14. Tag nach Anlage und bereits erfolgtem problemlosem Kanülenwechsel ohne Hilfsmittel ausgegangen werden kann. Eine weitere Voraussetzung für die Transportübernahme ist die sichere Spontanatmung des Patienten. Falls die erforderlichen Angaben im Rahmen der Übergabe nicht eingeholt werden können, darf der Patient nicht übernommen werden.

Die Delegation bezieht sich auf (zäh-)flüssiges Sekret, nicht auf die Entfernung von Verborkungen. Ferner ist Voraussetzung, dass das Sekret eine Atembehinderung nach den Maßgaben des Algorithmus darstellt.

Unmittelbar vor und nach dem Absaugvorgang ist eine Oxygenierung des Patienten mit hohem Fluss über das Tracheostoma notwendig. Hierfür ist eine geeignete, situationsgerechte Applikationsvorrichtung zu verwenden. In dieser Zeitspanne wird mindestens die Sauerstoffsättigung und die Pulsfrequenz des Patienten über ein Pulsoxymeter überwacht. Falls vorhanden wird zusätzlich ein EKG- und oszillometrisches Blutdruckmonitoring durchgeführt.

Beim Absaugen selbst ist wie folgt vorzugehen (siehe auch AARC-Leitlinie 2010, <http://rc.rcjournal.com/content/respcare/55/6/758.full.pdf>):

- Eigenen Infektionsschutz beachten!
- Auf sichere Fixierung der Trachealkanüle achten!
- Durchmesser des Absaugkatheters beträgt maximal die Hälfte des Trachealkanüledurchmessers
- Sog auf max. - 0,2 bar begrenzen, falls technisch möglich
- Hygienisches Vorgehen: Eingeführter Teil des Absaugkatheters muss steril bleiben
- Absaugkatheter ohne Sog bis maximal zur Kanülenspitze einführen, dann unter Sog langsam zurückziehen
- Der Absaugvorgang dauert maximal 15 Sekunden

Der Absaugversuch kann bei Ineffektivität innerhalb der 5-minütigen Reevaluationsperiode einmalig wiederholt werden. Lässt sich die Atembehinderung hierdurch nicht lösen, erfordert dies eine Notarznachforderung. War der Absaugvorgang erfolgreich und die Atembehinderung erwies sich zum Ende der Reevaluationsperiode als gelöst, kann der Algorithmus bei wiederkehrender Absaugnotwendigkeit erneut durchlaufen werden.

Sollte es im Rahmen der Absaugung zu einer Dislokation der Trachealkanüle kommen wird zunächst ein ABC-Check durchgeführt. Sofern der Patient unbehindert ohne Kanüle atmet, soll kein Versuch einer Replatzierung durch den NotSan erfolgen, sondern der Transport ohne Kanüle zu einer Einrichtung erfolgen, in der die erforderliche Kompetenz für die sichere Replatzierung der Trachealkanüle vorhanden ist. Falls nach Kanülenverlust ein ABC-Problem vorliegt, ist unverzüglich ein Notarzt zu alarmieren. Ggf. kann im rechtfertigenden Notstand ein Replatzierungsversuch erfolgen.

Anders als bei anderen Delegationsalgorithmen ist nach der Absaugung nicht zwingend ein Transport in eine Behandlungseinrichtung erforderlich. Sofern es der Patientenzustand erlaubt, kann das ursprüngliche Transportziel angefahren werden.

Trotz bestehender Delegation der Absaugung finden Krankentransporte von tracheotomierten Patienten ohne vorhersehbare Absaugnotwendigkeit weiterhin mittels KTW ohne gesonderte Begleitung statt. Ferner hat bei vorhersehbar abzusaugenden Patienten die Begleitung durch

eine Pflegekraft im KTW gemäß der einschlägigen Vereinbarung mit den Kostenträgern Vorrang vor dem Transport mit RTW und NotSan. Die Transportbegleitung durch einen NotSan ersetzt vorwiegend den arztbegleiteten Patiententransport!