

	<p style="text-align: center; font-weight: bold; color: white;">Tachykarde HRST Reanimation</p>	<p style="font-weight: bold; color: black;">Fall 1</p>						
<p>SSS</p>								
<p>Szene: R1 „unklarer Schwindel, männlich, 54 Jahre“ Datum, Uhrzeit, Wetter wie gegeben Einsatzort: Einfamilienhaus im jeweiligen Einsatzgebiet Krankenhäuser an die lokalen Gegebenheiten des Teams angepasst</p> <p>Sicherheit: Anfahrt ohne Probleme, Einsatzstelle sicher</p> <p>Situation: Patient, m., ca. 54j alt, 120Kg, Ehefrau vor Ort. Pat. soll vor Anruf RD über Schwindel und Stolpern in der Brust geklagt haben. Daraufhin wurde er müde und hat sich hingelegt. Jetzt reagiert er nicht mehr. Patient liegt auf Sofa im Wohnzimmer.</p> <p>Ersteindruck: Pat. fixiert RD nicht, adipös, Haut blass, AF erhöht, zentrale Zyanosen → kritisch</p>								
<p>Initialbeurteilung</p>								
A	Atemwege frei, keine ANG							
B	AF 28/min, SpO ₂ leitet nicht ab, basal feuchte Rasselgeräusche, zentrale Zyanosen							
C	Puls radial nicht tastbar, zentral tachykard bei 180/min rhythmisch, Haut kühl, blass, feucht, Rekap > 3 Sekunden							
D	GCS 3, Pupillen o.p.B.							
E	keine weiteren Auffälligkeiten							
<p>Verlauf des Einsatzes: Kardioversion ohne Erfolg → nach 3. Schock kein zentraler Puls → PVT Keine Rhythmusänderung und kein ROSC</p>								
<p>Vitalwerte, Anamnese, Untersuchung</p>								
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px dashed black;"> <ul style="list-style-type: none"> • HF/Puls & SpO₂ 190/min / n.m. • etCO₂ 30 mmHg • RR 85/55mmHg </td> <td style="width: 50%;"> <ul style="list-style-type: none"> • BZ 110 mg/dl bzw. 6,1 mmol/l • Temp. 36,2°C • EKG Ventrikuläre Tachykardie → PVT </td> </tr> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • HF/Puls & SpO₂ 190/min / n.m. • etCO₂ 30 mmHg • RR 85/55mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • BZ 110 mg/dl bzw. 6,1 mmol/l • Temp. 36,2°C • EKG Ventrikuläre Tachykardie → PVT 				
<ul style="list-style-type: none"> • HF/Puls & SpO₂ 190/min / n.m. • etCO₂ 30 mmHg • RR 85/55mmHg 	<ul style="list-style-type: none"> • BZ 110 mg/dl bzw. 6,1 mmol/l • Temp. 36,2°C • EKG Ventrikuläre Tachykardie → PVT 							
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px dashed black;">Symptome: Tachykarde HRST</td> <td style="width: 50%;">Patientengeschichte: art. Hypertonus</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black;">Allergien: Bienen</td> <td>Letzte Mahlzeit: Frühstück um 08:00 Uhr (Toast)</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black;">Medikamente: Ramipril und Metoprolol (unregelmäßig eingenommen)</td> <td>Ereignis: plötzlich auftretende Palpitation aus der Ruhe</td> </tr> </table>			Symptome: Tachykarde HRST	Patientengeschichte: art. Hypertonus	Allergien: Bienen	Letzte Mahlzeit: Frühstück um 08:00 Uhr (Toast)	Medikamente: Ramipril und Metoprolol (unregelmäßig eingenommen)	Ereignis: plötzlich auftretende Palpitation aus der Ruhe
Symptome: Tachykarde HRST	Patientengeschichte: art. Hypertonus							
Allergien: Bienen	Letzte Mahlzeit: Frühstück um 08:00 Uhr (Toast)							
Medikamente: Ramipril und Metoprolol (unregelmäßig eingenommen)	Ereignis: plötzlich auftretende Palpitation aus der Ruhe							
<ul style="list-style-type: none"> • ohne neue Erkenntnis 								

Schwerpunkte/Erwartete Maßnahmen:Initialphase:

- WASB (Ansprechen, Anfassen, Schmerzreiz)
- Standardisierte Erstuntersuchung nach ABCDE-Schema + Basismaßnahmen
 - Bei WASB < S Absaugbereitschaft herstellen
 - Kritischer Zustand → Sauerstoffgabe (15 Liter)
 - A: Atemweg frei? → Frei
 - B: Atmung vorhanden? **Ja**
 - C-Problem (Feststellen hohe Herzfrequenz) → Zugang, ggf. ALS-Bereitschaft
 - D + E → dann **kritischen Zustand** kommunizieren
- NA-Nachforderung erwägen
- **Schnellstmögliche EKG-Analyse** und Ausschluss anderer Ursachen:
 - Bedarfstachykardie/tachykarde Herzrhythmusstörung?
 - Fieber, Schmerzen, Blutverlust etc. ausgeschlossen?
- Einstieg **Versorgungspfad lebensbedrohliche Tachykardie**
 - Bedarfstachykardie ausgeschlossen → Ja
 - Lebensgefahr? → Ja, Instabilitätszeichen gegeben
 - Zentraler Puls? → Tastbar
 - Bewusstlosigkeit → Ja → Kardioversion
- Kardioversion:
 - 120 / 150 / 200 J
 - Kein Erfolg und kein zentral tastbarer Puls mehr → **Start Reanimation**
- Keine Dreischock-Therapie mehr, da schon drei Schocks abgegeben
- **Drei Schocks für Amiodaron als drei Schocks, für Adrenalin als ein Schock zu werten**

HerzKreislaufstillstand:

- Erkennen des HerzKreislaufstillstandes → keine Atmung/kein zentraler Puls
- Sofortiger Beginn der Thoraxkompressionen (Tiefe, Frequenz, Entlastung, Hands off-Zeiten)
- Beatmung mit 100 % Sauerstoff über Demandventil
- Regelmäßiger Helferwechsel und Analyse + Defibrillation alle 2 Minuten
- Atemwegssicherung mit EGA inklusive Cuffdruck, Kapnographie und Magensonde
- Zugangsweg primär peripher venöser Zugang → funktioniert
- Medikation:
 - 1 mg Adrenalin nach 3. Defibrillation (danach alle 3-5 Minuten), **CAVE:** Dreischock
 - 300 mg Amiodaron nach 3. nicht erfolgreichen Defibrillation (Repetition 150 mg nach der 5. erfolglosen Defibrillation), **CAVE:** Dreischock
- Ursachensuche nach 4H und HITS, Einbeziehen Ereignis Untersuchungsergebnisse
- Abwägung eines Transports

Kommunikation:

- nach CRM-Grundsätzen

Bewusstsein durch CPR (Thema/Information für die Nachbesprechung; GRC-Kompakt 2025 S.66):

- Nach ERC 2025 seltener, aber zunehmend zu beobachtender Umstand (beispielsweise ungezielte Schmerzabwehr unter Thoraxkompression bzw. im Rahmen der Defibrillation.) Helfende sollten die Verwendung von Sedativa und/oder Analgetika in Betracht ziehen. Keine konkreten Empfehlungen. Reanimationsmaßnahmen haben oberste Priorität.

Quelle: BS/WF/GF/WOB-Algorithmus „CPR“, Versorgungspfad Lebensbedrohliche Tachykardie, Medikamente NUN-Liste der Notfallsanitäterschule