

1. Ziel und Zweck

Diese SAA soll bei allen Patienten, die sich im zuständigen Rettungsdienstbereich mit starken Schmerzen bei Trauma oder Lumbalgie an den Rettungsdienst wenden, ein standardisiertes sowie leitlinienkonformes Vorgehen gewährleisten.

Wesentliche Eckpunkte sind:

- Adäquate Beurteilung des subjektiv empfundenen Schmerzes
- Einleitung einer Opiat Analgesie
- Sicherer Transport des Patienten in ein geeignetes Krankenhaus

2. Geltungs- und Verantwortungsbereich

Patienten:

Alle Patienten die sich mit traumatischen oder Schmerzen aufgrund einer Lumbalgie präsentieren.

3. Beschreibung

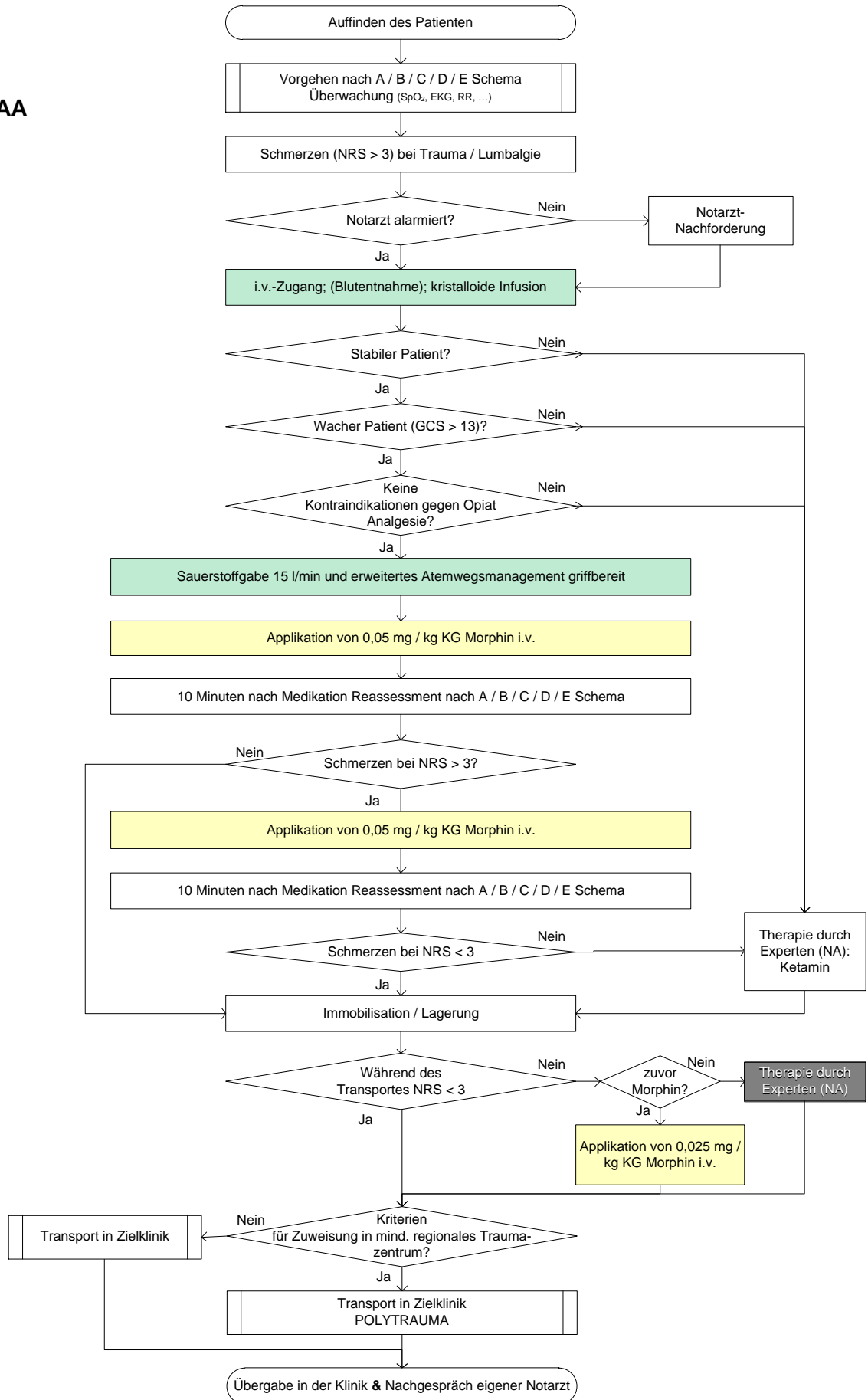
Eigenverantwortliche Einleitung einer Therapie bei Patienten mit traumatischen Schmerzen oder Schmerzen aufgrund einer Lumbalgie und standardisiertes Vorgehen bei der Versorgung dieses Krankheitsbildes.

3.2 Identifizierung des Krankheitsbildes

Vorgehen nach dem A / B / C / D / E Schema zur Identifizierung lebensbedrohlicher Zustände, die einer Sofortintervention bedürfen. Nach Abschluss der A / B / C / D / E Untersuchung: Feststellung des Schmerzgrades nach der Numerischen Rating-Skala (NRS, siehe 3.3) und O / P / Q / R / S / T Schema. Bei eindeutig traumatischen Schmerzen oder Schmerzen, die aufgrund einer Lumbalgie vorhanden sind, soll diese SAA Anwendung finden. Sollte ein Patient im Laufe der Behandlung außerhalb dieser SAA erstmalig Schmerzen über NRS 3 angeben, so ist zu Beginn dieses Flussschemas zu starten.

Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	ÄLRD	1.3	1

3.2 SAA

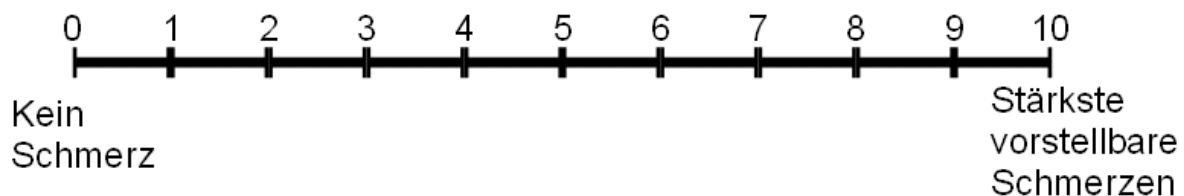


3.3 Hinweise/Kommentare zur SAA

Numerische Rating-Skala – NRS

Die Numerische Rating-Skala (NRS) ist eine eindimensionale, algesimetrische Skala, mit deren Hilfe Patienten die Intensität und das Ausmaß, anhand einer Zahlenfolge von null (kein Schmerz) bis 10 (stärkste vorstellbare Schmerzen) subjektiv beurteilen können.

Mit dem Instrument NRS lässt sich die Schmerzqualität selbst nicht erfassen, das Ergebnis der Schmerzeinschätzung dient jedoch der Kontrolle und Beurteilung der Effektivität einer Schmerztherapie sowie deren Anpassung an die Bedürfnisse des Patienten. Wichtig ist die korrekte Anwendung der Skala. Unter Umständen sind auch Fragen sinnvoll wie: Benötigen Sie ein Schmerzmittel, ist es schon besser geworden, war es letztes mal auch so schlimm; ist es sehr schlimm?.



Analgesie mit Applikation von Morphinsulfat (MSI 10 mg / 1ml):

Die geltenden Fachinformationen des Herstellers und das Betäubungsmittelgesetz sind zu beachten. Eine 10 mg Ampulle MSI (1 ml) soll mit 9 ml NaCl verdünnt in einer 10 ml Spritze aufgezogen werden. Die Dosierung soll an die Situation und den Patienten angepasst erfolgen. Die in der SAA angegebenen Dosierungsvorgaben sind als maximal Werte zu verstehen, die pro Applikation zur Anwendung kommen. Es sollen zwei titrierte (1 mg Schritte) Einzelgaben von je bis zu 0,05 mg / kg Körpergewicht Morphin erfolgen. Die Zeit zwischen der ersten und der zweiten Applikation muss mindestens 10 Minuten betragen. Vor der zweiten Gabe muss die Indikation erneut sehr gewissenhaft geprüft werden.

Bei korrekter Indikationsstellung gibt es, außer der bekannten Überempfindlichkeit und der bekannten Allergie, keine Kontraindikationen zur Morphingabe in diesem Notfallkontext.

Sollten nach oder während der Applikation von Morphin unerwünschte Wirkungen mit vitaler Bedrohung (Ateminsuffizienz, zunehmende Bewusstseinsveränderungen mit Eintrübung oder Einschränkung der Schutzreflexe) auftreten, so ist umgehend zu prüfen, ob die „SAA - Opiatintoxikation“ anzuwenden ist und es müssen sofort geeignete Maßnahmen zur Abwendung von zusätzlichen lebensbedrohenden Gefahren eingeleitet werden. Ein Notarzt ist dann mit einzubeziehen.

Der nicht dem Patienten applizierte Rest der hergestellten verdünnten Morphinlösung soll dem weiterbehandelnden Arzt übergeben oder nach dem Transport vernichtet werden. Diese Übergabe oder die Vernichtung der restlichen Lösung ist mit Nennung von Zeugen auf dem Rettungsdienstprotokoll zu dokumentieren. Die aus dem Bestand des Rettungsmittels verbrauchte Ampulle wird in der BTM-Liste des entsprechenden Fahrzeugs ausgetragen.

Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	ÄLRD	1.3	3

Einbeziehen eines Notarztes:

Grundsätzlich ist in dieser SAA die Anwesenheit eines Notarztes nicht vorgesehen. Um jedoch weiter Rechtssicherheit einzuhalten und den Formalien des Betäubungsmittelgesetzes genüge zu tun, ist aufgrund des geltenden BtmG ein Notarzt in die Behandlung mit einzubeziehen.

Polytrauma:

Diese Frage nach Polytrauma richtet sich speziell nach den Kriterien der S3 Polytrauma Leitlinie. Der Definition dieser Leitlinie und dem Traumanetzwerk Deutschland nach, handelt es sich um ein Polytrauma sobald einer der folgenden Kriterien erfüllt ist:

- Hochrasanztrauma (Geschwindigkeit des PKW bei Aufprall anzunehmender Weise größer 50 km/h oder Zweiradfahrer erfasst von PKW mit Geschwindigkeit über 30 km/h)
- Tod eines anderen Insassen
- Sturz aus Höhe größer als 2,5 fache Körpergröße
- Verschüttung
- Explosion
- Erkennbare Einzel- oder Mehrfachverletzung die eine Lebensbedrohung darstellen (können)

3.4 Fälle, in denen begründet von der VA abgewichen werden kann.

Nichtärztliches Personal: Bei nicht Vorliegen einer vitalen Bedrohung, wie sie am Anfang in dieser SAA beschrieben ist, kann eine Modifikation (z.B. Dosisreduktion) oder das Ausbleiben von einzelnen (invasiven) Maßnahmen im Rahmen der jeweils gültigen Leitlinien sinnvoll sein.

Notärzte: Nach Ermessen im Rahmen der Therapiefreiheit

3.5 Dokumentation

Das Rettungsdienstpersonal oder die Notärztin/der Notarzt hat alle Maßnahmen oder die Auffindesituation auf dem Einsatzprotokoll zu dokumentieren. Von entscheidender Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Dokumentation der (Schmerz) Anamnese. Es sollen möglichst alle Punkte nach dem SAMPLE und OPQRST Schema anhand der reinen Papierdokumentation erkennbar sein. Es wird, wenn invasive Maßnahmen durch den Notfallsanitäter durchgeführt werden, automatisch eine Kopie des Protokolls an den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst zur Qualitätssicherung weitergeleitet. Sollten unerwünschte Wirkungen oder Zwischenfälle auftreten, so sind diese ebenso zu dokumentieren und gesondert dem Ärztlichen Leiter Rettungsdienst mitzuteilen.

Datum:	Ersteller:	Version:	Seite
12/2017	ÄLRD	1.3	4

4 Eingesetzte Ressourcen

- Personal:
- Notfallsanitäter
Notärzte

5 Messung und Überwachung

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
QM Beauftragte

6 Mitgeltende Unterlagen / zugrunde liegende Evidenz

Fachinformation Morphinsulfat

http://de.wikipedia.org/wiki/Numerische_Rating-Skala

Änderungshistorie

- V 1.1: Ergänzung „Nachgespräch eigener Notarzt“
V 1.3: Änderung: Einbeziehen eines Notarztes, dieser wird aktuell nachgefordert