

## Taschenkarten Initial 2021 Newsletter-Beitrag (Homepage- / HumHub-)

Einigen von Euch war vielleicht schon aufgefallen, dass eine Modernisierung des Designs der Initial-Taschenkarten schon länger geplant war bzw. dies bei der Version in den Leitlinien 3.0 optisch schon umgesetzt wurde. Nun gibt es die bisherigen drei sowie eine noch weiter reduzierte Version in aktualisierter Form.

### Warum vier Versionen?

Angepasst an die bei längeren Ausbildungszeiten seriös vermittelbaren Inhalte gab es Karten für eine 1-2-tägige (z.B. keine Entlastungspunktion), eine 5-tägige (z.B. keine Koniotomie) und eine mehr als 5-tägige Ausbildung bzw. sozusagen die „Profi-Version“. Auf der Rückseite der letztgenannten Version befindet sich das Rapid Trauma Assessment und es werden z.B. primär die englischen Merkhilfen verwendet. Dort fehlt wiederum das Notruf-Meldeschema, sondern hier bietet sich die Ergänzung mit der 9-liner-Taschenkarte an. Neu ist jetzt eine „Core“-Variante, die noch weiter gekürzt und damit übersichtlicher ist, so dass sie für eine eintägige Ausbildung oder wenn man eben nur die „Kerninhalte“ auf der Karte haben möchte, geeigneter ist.

Unverändert ist die Idee der Karten, dass sie auch „zum Nachlesen und Wiederholen bei längerer Toilettensitzung“ oder zur Überprüfung der Vollständigkeit nach der ersten Versorgung gedacht sind und nicht als Merkhilfe für die Reihenfolge beim dringenden Abarbeiten des SICK ABCDE.

Unverändert gilt auch, dass sie zu einer bestimmten Ausbildungshöhe „passen“ und nicht als alleiniges Tool ohne Erklärungen und Vermittlung von Hintergrundwissen einen Laien zum „Medic“ machen.

### Warum SICK?

Weder <C>ABCDE (der unveränderte „Kern“ des Algorithmus) noch XABCDE oder MARCH berücksichtigen in der Merkhilfe die wichtigen Faktoren Sicherheitslage, Überblick verschaffen bzw. Ersteindruck (Bewusstseinszustand und Bauchgefühl) vom Patienten und ebenso wenig die Kinematik. Auch in der taktischen Medizin und selbst in einem „Hardcore-Kampfeinsatz“ kann es zu Sturz- oder Hochrasanztraumata kommen, die – wenn es die Lage irgendwie erlauben sollte – prioritär versorgt werden müssen. Als erfahrener Medic / Notfallmediziner hat man das vielleicht unter der Rubrik Lagebeurteilung bei der Annäherung automatisch auf dem Schirm, aber gerade bei weniger routinierten Helfern reduziert die standardisierte Abbildung dieser Probleme im Algorithmus das Risiko für Versorger und Patient. Unverändert ändert sich aber auch nichts am Grundsatz „Es handelt sich um ein Schema und nicht um ein Dogma.“ Will meinen die Inhalte und letztendlich der „Summenstrich“, die Vollständigkeit, sind entscheidend und es handelt sich bei allen Buchstabenkombinationen nur um Angebote, eben Merkhilfen.

### Neuerungen:

- Layout mit **besserer Visualisierung** des SICK – ABCDE-Schemas sowie weiteren Elementen, die – hoffentlich – die Übersichtlichkeit verbessern. Natürlich muss die Karte jetzt unbedingt in Farbe und auf einem guten Drucker (bewusste „Grau-Abschwächungen“ von weniger relevanten Punkten) ausgedruckt werden. Oder eben über die TREMA bestellt werden (siehe unten).
- Standardisierte(re)s Vorgehen auch bei der Kontrolle, dem **Reassessment**.
- Klarere Gliederung, Streichung einiger Redundanzen.
- Beim Blood Sweep standardisiert Untersuchung der Arme (und Schultern) nach Kopf/Hals und nicht erst nach den Beinen (was früher so ausgebildet wurde, da das „Fassungsvermögen“ der

unteren Extremität, insbesondere der Oberschenkel größer ist als das der Arme). Das Risiko die Arme zu vergessen ist bei dieser Reihenfolge gerade bei weniger erfahrenen Versorgern geringer.

- Ergänzung weiterer Details.
- Einbeziehen der **HLW / CPR** auch wenn natürlich unverändert gilt, dass diese lageabhängig möglicherweise nicht durchgeführt werden kann und evtl. auch wenig(er) Aussicht auf Erfolg bietet (traumatischer, insbesondere durch ballistische Verletzungsmuster, verursachter Kreislaufstillstand).
- (Noch stärkere) Betonung des Risikos eines **Spannungspneus**, theoretisch sogar durch den Helfer / durch Applikation eines luftdichten Verbandes ausgelöst. – Die Erläuterung wäre ein eigener Artikel, die entscheidende Tatsache dabei ist jedoch: jemand, der trainiert und intelligent genug ist, ein **ChestSeal** aufzukleben, wird wahrscheinlich auch in der Lage sein, dieses wieder zu lösen – und sollte das auch tun, wenn er beim Patienten eine Zunahme von Herz- und / oder Atemfrequenz feststellt.
- Die Anlage einer **Beckenschlinge** sollte als Reaktion auf eine verdächtige Kinematik schnellstmöglich und dann auch ohne vorherige Prüfung der Stabilität erfolgen – im Zweifelsfall und wenn die Lage es ohne Risiko oder entscheidenden Zeitverlust zulässt, lieber einmal zu oft als einmal zu wenig. Hintergrund ist einerseits eine mögliche Schädigung bei übermotivierter Prüfung (vorsichtiger Druck unbedingt von der **Seite** zuerst, dann von **Oben**, dann evtl. auf die **Symphyse**) und andererseits, dass diese Prüfung keine verlässliche Aussage über eine mögliche Beckenfraktur erlaubt. Im Rettungsdienst steht im Regelfall einem Team von mindestens zwei (auch in der Anlage einer Beckenschlinge) erfahrenen Helfern ein spezielles Tool (meistens SAM pelvic sling, VBM-Beckenschlinge oder T-Pod) zur Verfügung. Die Anlage sollte in weniger als 30“ möglich sein. In einer taktischen Lage liegt möglicherweise eine Care under Fire-Situation vor und ich werde auf keinen Fall eine Beckenschlinge anlegen können. (Evtl. wird jedoch die Entscheidung aufgrund der Lagebeurteilung von Bedrohung und Kinematik sogar in die Richtung „Bekämpfen des Täters“ vs. Aufsuchen einer Deckung ohne den Patienten beeinflusst.) In der Tactical Field Care-Situation in der ersten Deckung ist die Anlage möglicherweise nach Abwägung von Bedrohung und Zeitachse unproblematisch möglich. Dabei muss aber bedacht werden, dass sie improvisiert mit einer Rettungsdecke, meist alleine und mit weniger Erfahrung im Vorgehen wahrscheinlich mindestens 2 Minuten benötigt. TFC beinhaltet nur die Aussage, dass man sich nicht mehr unter unmittelbarer Bedrohung befindet. Das Spektrum dabei kann wiederum von tatsächlich sicher bis zu einem kurzen Zwischenstopp vor dem weiteren Ausweichen reichen.  
Die Untersuchung des Beckens auf Stabilität kann bei einer latenten Bedrohung eine Option sein: Wenn ein Polizeibeamter auf einem Waldparkplatz (potenziell noch mit Wilderer im Gebüsch) oder ein Soldat bei einer Konvoi-Fahrt in Afghanistan nach seitlichem Kfz-Aufprall oder der Mitarbeiter einer Firma in einem doofen Stadtteil am A. der Welt wahnsinnig gerne das Weite suchen möchte und die potentielle, medizinische Gefährdung für den Patienten abwägen muss, ist eine Stabilitätsprüfung weiterhin sinnvoll: "wabbelig" = Risiko eingehen und eben doch stabilisieren, palpatorisch "stabil" = hoffentlich nicht gebrochen, Retten/Ausweichen und Stabilisierung erst vor der nächsten Umlagerung.
- Die **HWS-Schiene** (Immobilisation z.B. mittels Laerdal stifneck oder Ambu Perfit) wird derzeit ebenfalls in einigen Studien kritisch gesehen. Zweifelsfrei wird insbesondere die untere HWS durch eine HWS-Schiene nicht ausreichend stabilisiert, sondern erst die achsengerechte Lagerung und vollständige Immobilisation auf einem Spineboard gewährleisten diese.

Das nicht unterstützte „Hängen“ des Kopfes in der HWS-Schiene führt potentiell zu einer zusätzlichen Fehlbelastung, so dass die manuelle Immobilisation durch einen Helfer zu bevorzugen ist. In taktischen Lagen ist das Vorhandensein eines Helfers, der für diese Aufgabe auch zur Verfügung steht, jedoch eher unwahrscheinlich. Es besteht in diesen Fällen also die Abwägung zwischen gar keiner und einer suboptimalen Stabilisation, so dass die Nutzung von stifneck et al nach wie vor erwogen werden sollte.

- Unverändert sind selbst auf der > 5d-Variante wenige Aussagen zur Medikamentengabe, da dort eben Ausbildungsstand und Verfügbarkeit variieren. Wenn sie verfügbar ist sollte z.B. unbedingt an die Tranexamsäure gedacht werden. Diesbezüglich wird in den neuen **US-TCCC**-Leitlinien jetzt übrigens die Gabe von 2g *“of tranexamic acid via slow IV or IO push as soon as possible but NOT later than 3 hours after injury”* empfohlen.

Uns kostet die Karte in der Produktion je knapp 30 Cent. Mit der Qualität sind wir sehr zufrieden und bei Betrachtung des Zeitaufwandes für den selbständigen Ausdruck und das Einlaminiieren könnte es auch für einige von Euch attraktiv sein, sie als fertige Taschenkarten zu erhalten. Der Arbeitsaufwand und die Kosten für den Versand sollten allerdings im Verhältnis stehen, so dass wir sie nur in einer festen Staffel anbieten werden. Sollte uns jemand unterstützen wollen und die begrenzte Aufgabe in diesem Bereich (sozusagen „Vertrieb Printmittel TREMA e.V.“) übernehmen wollen, wäre das Klasse. Bitte an Claudia ([gf@trema-europe.de](mailto:gf@trema-europe.de)) wenden:

Die Kommunikation / Bestellung und Bezahlung könnte über den Merchandising-Bereich auf dem TREMA-HumHub erfolgen. Wenn die Karten für ein ehrenamtliches / unentgeltlich durchgeführtes Ausbildungsvorhaben benötigt werden, eine E-Mail mit kurzer Begründung ebenfalls an Claudia schicken, dann ist es ggf. auch möglich, die Karten kostenlos zur Verfügung zu stellen.

Anzahl	Mitglieder				Nicht-Mitglieder
	Karte	Porto	Verpackung	Preis	
5	1,50	-,95	-,16	3,- (2,61)	5,-
10	3	1,55	-,26	5,- (4,91)	7,-
20	6	1,55	-,26	8,- (7,81)	10,-
40	12	1,55	-,26	14,- (13,81)	18,-
100	30	2,70	-,26	34,- (32,96)	38,-

5 = 40g; 10 = 80g; 20 = 160g; 50 = 400g

Verpackungsmaterial **50 Maxibriefkartons 180x130x45mm DIN A6** Weiss MB-2 Maxibrief für Warensendung DHL DPD GLS H, Päckchen, Versandkarton, kleine Schachtel € **12,95** also je €-,26

<https://www.amazon.de/Maxibriefkartons-180x130x45mm-Weiss-Versand-Faltschachtel/>

<https://www.amazon.de/Kraftpapier-Umschl%C3%A4ge-St%C3%BCck-Qualit%C3%A4t-Geburtstagskarten/dp/B08B6BK94Y/> 100 Stück (16,2 x 22,9 € 11,97

Brief kompakt bis 50g	(L: 10 - 23,5 cm / B: 7 - 12,5 cm / H: bis 1 cm)	€ -,95
Groß bis 500g	(L: 10 – 35,3 cm / B: 7 - 25 cm / H: bis 2 cm)	€ 1,55
Maxi bis 1000g	(L: 10 – 35,3 cm / B: 7 - 25 cm / H: bis 5 cm)	€ 2,70

[Bücher- und Warensendung 500

Länge: bis 35,3 cm / Breite: bis 25 cm / Höhe: bis 5 cm -Gewicht: 500 g € 1,90

Dito nur 1000g Maße identisch € 2,20 ]