

DOZENTEN-HANDOUT · xABCDE TEIL 2

A – Airway (Atemweg)

Zum Nachlesen · Kopf, Herz & Blaulicht · Stand: Juli 2026

Warum A direkt nach x?

Nach der kritischen Blutung folgt der Atemweg. Der Grundsatz: **Ohne freien Atemweg nützt die beste Beatmung nichts** – kein Weg, kein Sauerstoff. Die häufigste Verlegung beim Bewusstlosen ist die **zurückfallende Zunge**. Deshalb wird der Atemweg geprüft und freigemacht, bevor beatmet wird.

Warnzeichen: Geräusche = Gefahr

- **Stridor:** pfeifend beim Einatmen – Enge im oberen Atemweg.
- **Schnarchen:** teilweise Verlegung durch die zurückfallende Zunge.
- **Gurgeln:** Flüssigkeit (Blut, Erbrochenes, Sekret).
- **Silence (Stille):** kein Luftstrom trotz Atemarbeit – höchste Gefahr.

ESELSBRÜCKE

Merksatz & Prüfschema

„Stridor, Schnarchen, Gurgeln – der Atemweg ruft um Hilfe.“

Freimachen: erst manuell, dann Hilfsmittel

Basismaßnahmen zuerst: **Esmarch-Handgriff** (Unterkiefer vorziehen) bzw. Kopf überstrecken/Kinn heben – **bei Trauma stattdessen In-line-Stabilisierung mit HWS-Schutz** – und **Absaugen**. Reicht das nicht, kommen Hilfsmittel: Guedel- oder Wendl-Tubus, supraglottische Atemwege (z. B. Larynxtubus) und – als Ausblick/ärztliche Maßnahme – die endotracheale Intubation.

- **Guedel (oral):** nur bei tiefer Bewusstlosigkeit ohne Würgereflex.
- **Wendl (nasal):** wenn noch „wach-ish“ / Würgereflex vorhanden (Vorsicht bei Mittelgesichts-/Schädelbasistrauma).
- **Supraglottisch (Larynxtubus):** rasche Alternative zur Maskenbeatmung und zur Intubation.

ESELSBRÜCKE

Guedel vs. Wendl

G wie Guedel = Gar nicht mehr wach

Trauma: HWS zuerst denken

Bei Trauma den Kopf nicht überstrecken – In-line-Stabilisierung, manuelle Immobilisation, vorsichtiges Absaugen. Und: der Patient braucht Sauerstoff – die einfachste sichere Methode, die funktioniert (oft Maskenbeatmung mit Adjunkt), ist besser als der riskante Versuch der „perfekten“ Atemwegssicherung.

Evidenz & Einordnung



Aktuelle evidenzbasierte Leitlinien zum präklinischen Atemwegsmanagement betonen ein **stufenweises Vorgehen**: Basismaßnahmen und Maskenbeatmung mit Adjunkten zuerst, supraglottische Atemwege als gleichwertige bis bevorzugte Alternative zur Intubation – gerade wenn die Intubationsexpertise oder -bedingungen begrenzt sind (ERC/SSAI). Zentrale Botschaft aller Leitlinien: **Oxygenierung und Ventilation** haben Vorrang vor der Methode. Lokale SOP und Ausbildungsstand bestimmen die konkrete Maßnahmenwahl.

Quellen & Leitlinien

1. Evidence-Based Guideline for Prehospital Airway Management. National EMS (ems.gov).
<https://www.ems.gov/assets/Evidence-Based-Guideline-for-Prehospital-Airway-Management.pdf>
2. Prehospital Airway Management: A Systematic Review. AHRQ / NCBI Bookshelf.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571440/>
3. TCCC – Airway Management in Trauma (Joint Trauma System CPG).
https://jts.health.mil/assets/docs/cpgs/Airway_Management_in_Trauma_28_Jan_2026_ID39.pdf
4. Wounds to the Neck (Atemweg/Luftembolie) – Oregon EMS Skills Lab Manual.
<https://openoregon.pressbooks.pub/emslabmanual/chapter/wounds-to-the-neck/>