

Das P im SAMPLER: Antikoagulation / Gerinnungshemmung

Vorerkrankung im Einsatz – „Was ändert sich, wenn ich das im P höre?“

Kernaussage

Gerinnungshemmung ist **kein eigenes Krankheitsbild**, sondern ein **Risikomodifikator**. Nach Trauma, bei neurologischen Symptomen oder unklarer Instabilität muss eine relevante innere Blutung **deutlich früher** angenommen werden. Präklinisch zählen: Wirkstoff, letzte Einnahme, Dosis, Nierenfunktion, Kombinationen. Aufgabe des RD ist Erkennen, Stabilisieren, Bluten stoppen, verlustarm übergeben – **nicht** die eigene Reversion.

Die drei Gruppen (und wer sie verrät)

Gruppe	Wirkstoffe / Handelsnamen	Mechanismus / Verräter
Vitamin-K-Antagonisten	Phenprocoumon = Marcumar® , Falithrom®	INR-gesteuert; Marcumar-/INR-Ausweis suchen
DOAK (Xa-Hemmer)	Apixaban Eliquis® , Rivaroxaban Xarelto® , Edoxaban Lixiana®	„-xaban“ = Faktor-Xa-Hemmer
DOAK (Thrombin)	Dabigatran Pradaxa®	direkter Thrombinhemmer; eigenes Antidot
Plättchenhemmer	ASS; Clopidogrel Plavix® , Prasugrel Efient® , Ticagrelor Brilique®	verraten fast immer Stent/ACS; ASS wird oft übersehen

Kritisch: Kombinationen. DOAK/VKA + ASS, Triple-Therapie nach Stent, Antikoagulation + NSAR (Ibuprofen, Diclofenac) – vervielfachen das Blutungsrisiko.

Warum einsatzkritisch

- **Bagateltrauma/Sturz beim alten Menschen:** kleine äußere Verletzung, große innere Blutung. Kopfanprall/unklarer Sturz → niedrige CT-Schwelle.
- **Intrakranielle Blutung ohne Bewusstlosigkeit:** GCS 15 und wache Patient:innen schließen eine ICB nicht aus – v. a. schleichende Subduralblutung.
- **Verzögerte Blutung:** jede Verschlechterung (zunehmende Somnolenz, neuer Kopfschmerz, Erbrechen, fokales Defizit, GCS-Abfall) → sofort reevaluieren.
- **GI-Blutung:** Hämatemesis/Kaffeesatz, Meläna, Blässe, Synkope, Tachykardie (Hypotonie oft spät, v. a. unter Betablocker).
- **Nicht-komprimierbar:** intrakraniell, thorakal, abdominell/retroperitoneal, Becken, Oberschenkel.

Antidote / Reversal – Zielklinik-Logik (keine RD-Routine)

Wirkstoff	Reversal	Präklinische Konsequenz
Dabigatran (Pradaxa®)	Idarucizumab 5 g i.v.	Zielklinik muss es vorhalten; früh anmelden
Apixaban/Rivaroxaban	Andexanet alfa	regional unterschiedlich verfügbar; teuer, thrombogen
VKA/Phenprocoumon	PPSB + Vitamin K	PPSB schnell, Vit K stabilisiert über Stunden
lebensbedrohl. Traumablutung	TXA 1 g/10 min (<3 h)	KEIN DOAK-Antidot; nur bei vital bedrohl. Blutung/Schock

Mythos-Korrektur: Vitamin K wirkt nur bei VKA und nicht sofort – kein Ersatz für PPSB, wirkungslos gegen DOAK/Plättchenhemmer. TXA ist kein Antidot, sondern Antifibrinolytikum.

Was sich für dich ändert

- **Transportschwelle runter:** „Sieht gut aus“ ist kein Ausschluss – Verlauf und Neurochecks wiederholen.
- **Zielklinik bewusst:** bei ICB-Verdacht CT + Neurochirurgie + Antidot-Verfügbarkeit; früh anmelden.
- **Basis:** Hypoxie/Hypotonie (bei SHT) vermeiden, Wärme erhalten, keine i.m.-Injektionen.
- **Blutung:** Kompression → Druckverband/Hämostyptikum → Tourniquet → Wound-Packing; Verband nicht ständig öffnen.
- **SAMPLER gerinnungsspezifisch:** Wirkstoffname statt „Blutverdünner“, Dosis, letzte Einnahme mit Uhrzeit, Indikation, Niere/Dialyse, letzter INR, Zusatz-ASS/NSAR. Unklar? „letzte Einnahme unbekannt“ – nicht „keine“.

Typische Fehler

„Blutverdünner“ nicht konkretisiert · letzte Einnahme nicht erfragt · ASS übersehen · GCS 15 als Entwarnung · unklaren Sturz als harmlos · keine Verlaufskontrolle · nur sichtbare Blutung beachtet · TXA pauschal · Vit K gegen DOAK · Antikoagulation eigenmächtig dauerhaft abgesetzt (Schlaganfall-/Stentrisiko!) · ungeeignete Zielklinik.

MERKSATZ

Welcher Stoff? Wann zuletzt? Was noch dazu? – Bei Blutverdünner + Kopf: denk an die Blutung, die du nicht siehst.

Quellen (Stand 2026-08-03)

AWMF S3 Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung (187-023); AWMF S2k Spontane intrazerebrale Blutungen (030-002); AWMF S2k Gastrointestinale Blutung (021-028); ERC Guidelines 2025 (First Aid / Special Circumstances); DGN/DSG-Stellungnahme Reversion bei antikoagulanzen-assoziiierter ICB; Ärzteblatt „DOAK – was im Notfall zu beachten ist“; Fachinfos Idarucizumab/Andexanet alfa.

Maßgeblich sind stets die aktuellen Leitlinien und die SOP des eigenen Rettungsdienstbereichs.

Bildungsmaterial – kein Ersatz für ärztliche Anordnung, Ausbildung oder lokale SOP. · Autor: Niels Petersen · Kopf, Herz & Blaulicht – Damit's sitzt, wenn's zählt.