

## Verhalten in Notfallsituationen

Kommunikation und Organisation in der Gruppe ist zentral.

### ERKENNEN

Überblick verschaffen  
Ruhe bewahren  
Was ist geschehen?  
Wer ist beteiligt?

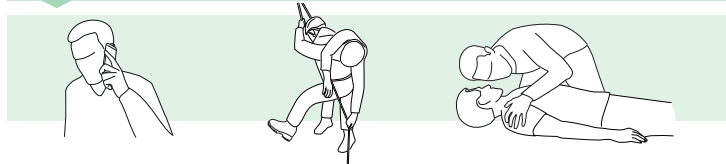
### BEURTEILEN

Gefahren erkennen  
Gefahr für Patienten?  
Gefahr für Helfende?  
Gefahr für andere Personen?

### HANDELN

Selbstschutz  
Alarmierung  
Unfallstelle absichern  
Nothilfe leisten

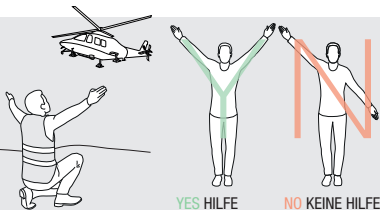
### ALARMIEREN – BERGEN – ERSTE HILFE



Beim Notfall im Gebirge empfiehlt sich die direkte Alarmierung der Luftrettung.

#### HELIKOPTERRETTUNG / SIGNALE

Beim Anflug Standort nicht verlassen und in die Knie gehen. Augenkontakt mit dem Piloten halten. Annäherung an den Helikopter erst bei stillstehendem Rotor. Wind im Rücken und Gegenstände sichern.



|                              |                                                                                                                  |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Alarmierungsmittel:</b>   | Mobiltelefon, SMS senden versuchen bei schlechtem Empfang oder wenig Batterieleistung                            |
|                              | Funkgerät (E-Kanal 161.300 MHz), Satellitentelefon Adapter: SatSleeve Thuraya, Iridium Go!                       |
| <b>Notfallinformationen:</b> | <b>Wo</b> , Koordinaten? <b>Wer</b> , Kontaktmöglichkeit? <b>Was</b> ist wie wann passiert, wie viele Patienten? |
|                              | Lokales Wetter? Gefahren für Flugrettung wie Kabel...                                                            |
| <b>Notrufstellen:</b>        | 1414 REGA, 117 Polizei, 112 internationale Notrufnummer, App Echo 112, Uepaa, iRega                              |
|                              | 144 Sanitätsnotrufzentrale oder Flugrettung im Kanton Wallis                                                     |
| <b>Alpines Notsignal:</b>    | 6 x pro Minute Zeichen geben (Rufen, Pfeifen, Blinken, ...) Eine Minute warten, dann wiederholen                 |
|                              | Antwort 3 x pro Minute Zeichen geben, Eine Minute warten, dann wiederholen                                       |

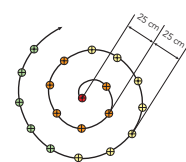
## Lawinenunfall

### ORGANISATION / KOMMUNIKATION



1. Verschwindepunkt des Verschütteten /  
Fließrichtung der Lawine beobachten
2. Übersicht verschaffen – nachdenken – handeln
3. Alarmierung
4. Suchstreifenbreite festlegen: Angabe auf dem LVS beachten

### SUCHE



1. Sofort Lawinenoberfläche mit Auge und Ohr absuchen
2. Gleichzeitige Suche mit LVS (nicht benötigte LVS ausschalten, wenn verfügbar Rettungs-/Backup-SEND)
3. Punktsuche mit Sonde
4. Verschüttete nicht mittels LVS auffindbar: Improvisierte Grobsondierung  
(Raster 50 cm x 50 cm, Sondiertiefe 1.5 m)
5. LVS-Suche abgeschlossen: Alle LVS: SEND

### BERGEN UND ERSTE HILFE



1. Grosszügiges Loch frei schaufeln (V-förmiges Schneeförderband)
2. Sofort Kopf und Brust freilegen, Atemwege freimachen, Erste Hilfe BLS
3. Ganzverschüttete und Verletzte schnell und schonend transportieren

## Erste Hilfe BLS (Basic Life Support)



#### ANSPRECHEN

Laut ansprechen, an Schulter schütteln

Keine Reaktion, bewusstlos

#### PATIENT ANTWORTET BODY CHECK

Schmerzen? Schwellung? Wunden? Blutungen?  
Normale Bewegung? Gefühlsstörung?

#### ALARMIERUNG

**1 Helfer:** Um Hilfe schreien, Alarmierung  
**Mehrere Helfer:** Ein Helfer startet BLS, ein Helfer alarmiert, AED holen

Patient in Rückenlage bringen, Atemweg freimachen, Kopf nach hinten überstrecken



#### ATMUNG

Atmung normal? Check 5-10 Sekunden  
(sichtbare Bewegung, hörbar mit Ohr an Nase/Mund)

Nein / unklar

**JA SEITENLAGE** Vorsichtige Seitenlage, kontinuierliche Überwachung

#### HERZDRUCKMASSAGE

Untere Hälfte des Brustbeins mind. 5-6 cm tief drücken, dann komplett entlasten / Druckfrequenz 100-120/min  
Nach 30 Kompressionen 2 Atemhübe  
Fortfahren bis Arzt kommt oder ggf. AED eintrifft (Beatmung: Kopf überstrecken, Unterkiefer gegen Oberkiefer, Mund zu Nase beatmen, Taschenmaskebeatmung, notfalls Mund zu Mund langsam 2 Atemhübe)

Fortführen der Massnahmen bis professionelle Helfer übernehmen oder der Patient sich bewegt



**EINTREFFEN DES AED**  
AED einschalten  
Anweisungen befolgen

## Spezielle Notfälle



#### KOPFVERLETZUNGEN

Kontinuierliche Bewusstseinskontrolle  
Druckverband bei blutenden Wunden  
Oberkörperhochlagerung

#### BRUSTSCHMERZ / ATEMNOT

Oberkörper hochlagern  
Beruhigen, Anstrengung / Aufregung vermeiden  
Jacke öffnen (enge Kleider), für frische Luft sorgen



#### HALS- UND RÜCKENVERLETZUNGEN

Schmerzen an Wirbelsäule, Lähmungen, Gefühlsstörungen an Beine / Arme?  
Lagerungsveränderungen nur mit geschulten Helfer  
Flach lagern, Wirbelsäulen Stabilisation



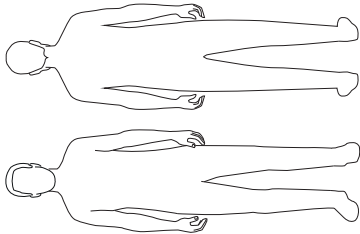
#### ALLERGIEEN / INSEKTENSTICHE

**Leicht:** Rötung und Juckreiz: Antihistaminika (z.B. Fenistil) geben  
**Schwer:** Schwellung der Schleimhäute, Kreislaufprobleme: lebensbedrohlich, Allergiemedikamente (EPIPEN) Beginn mit Erste Hilfe BLS



Patientenprotokoll

| Bewusstsein                              | 1 Zeit:                      | 2 Zeit:                      | 3 Zeit:                      |
|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| wach / orientiert                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| verwirrt                                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| schläfrig / weckbar                      | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| nicht weckbar / reagiert auf Schmerzreiz | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| keine Reaktion auf Schmerzreiz           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|                                          |                              |                              |                              |
| Atmung (AF = Atemfrequenz / Min)         |                              |                              |                              |
| Atmung normal                            | <input type="checkbox"/> AF: | <input type="checkbox"/> AF: | <input type="checkbox"/> AF: |
| Atmung nicht normal                      | <input type="checkbox"/> AF: | <input type="checkbox"/> AF: | <input type="checkbox"/> AF: |
|                                          |                              |                              |                              |
| Puls (HF = Herzfrequenz / Min)           |                              |                              |                              |
| Kräftig                                  | <input type="checkbox"/> HF: | <input type="checkbox"/> HF: | <input type="checkbox"/> HF: |
| Schwach                                  | <input type="checkbox"/> HF: | <input type="checkbox"/> HF: | <input type="checkbox"/> HF: |
| Kein Puls tastbar                        | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|                                          |                              |                              |                              |
| Lawine:                                  |                              |                              |                              |
| Verschüttungsdauer:                      |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |
| Weiteres                                 |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |
|                                          |                              |                              |                              |



Unfallprotokoll

| Persönliche Daten                                                            |                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name:                                                                        | Vorname:                                                                                       |
| Adresse:                                                                     |                                                                                                |
| Telefon:                                                                     | Geboren am:                                                                                    |
| Zu benachrichtigten im Notfall:                                              |                                                                                                |
| Allergien: Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Welche: |                                                                                                |
| Medikamente:                                                                 |                                                                                                |
| Bestehende Krankheiten:                                                      |                                                                                                |
| Verdachtsdiagnose:                                                           |                                                                                                |
| Hausarzt:                                                                    |                                                                                                |
| Angaben vom Hauptleiter                                                      |                                                                                                |
| Name:                                                                        | Vorname:                                                                                       |
| Telefon:                                                                     | Geboren am:                                                                                    |
| Was:                                                                         |                                                                                                |
|                                                                              |                                                                                                |
| Anzahl Patienten:                                                            | Anzahl Personen vor Ort:                                                                       |
| Unfallzeit:                                                                  |                                                                                                |
| Unfallort / Koordinaten:                                                     |                                                                                                |
| Wetter:                                                                      |                                                                                                |
| Sichtweite:                                                                  | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht |
| Getroffene Massnahmen:                                                       |                                                                                                |
|                                                                              |                                                                                                |
|                                                                              |                                                                                                |
|                                                                              |                                                                                                |

Krisenstab / Verantwortlicher des Vereins, Verband informieren!

In Zusammenarbeit mit:



Autoren: Pascale Fluri, Urs Hetti, Susanne Morf, Corinna Schön  
Grafisches Konzept & Illustrationen: villard.biz