



Standardprozeduren (SP) für die Notfallversorgung

durch Rettungsassistenten und Notfallsanitäter
im Rettungsdienstbereich Odenwaldkreis

Vorwort

Die Standardprozeduren (SP) für Notfallsanitäter und Rettungsassistenten im Odenwaldkreis beschreiben das an Zuständen und Krankheitsbildern orientierte Handeln bei medizinischen Notfallsituationen (K), die Durchführung medizinischer Prozeduren am Patienten (P), das Verfahren (V) in bestimmten Situationen, ausgewählte Medikamente (M) und mitgeltende Unterlagen (U). Die Anwendung der Basiskompetenzen (Lageerfassung, Kommunikation, Hygiene, Dokumentation etc.) wird vorausgesetzt. Die Inhalte und das Layout der Standardprozeduren sind aus Gründen der Konformität an die Ausbildungsalgorithmen des Hessischen Ministeriums für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege (HMFG) eng angelehnt: „Hessische Algorithmen zur Notfallversorgung für die Notfallsanitäter-Ausbildung“

Die Vorgaben für den Rettungsdienstbereich Odenwaldkreis fußen des Weiteren auf den lokalen Gegebenheiten, auf der seit dem Jahre 2003 gelebten Praxis in der Anwendung verschiedener Maßnahmen und den Ergebnissen der Diskussionen in der Arbeitsgruppe „Rettungsdienst Pflichtfortbildung“ des Odenwaldkreises. Diese Vorgaben für Erweiterte Versorgungsmaßnahmen (EVM) bilden den Rahmen, wie er für Rettungsassistenten im Hessischen Rettungsdienstgesetz und für Notfallsanitäter im Notfallsanitätergesetz (NotSanG) unter § 4(2) 2c (eigenständige Mitwirkung) gefordert wird.

Weitere, über den Rahmen dieser Vorgaben hinausgehende Maßnahmen und Medikamentengaben sind nicht zulässig.

Sollte ein Notfallsanitäter oder ein Rettungsassistent weitere invasive Maßnahmen durchführen, so geschieht dies im Rahmen des sog. rechtfertigen Notstandes (§ 34 Strafgesetzbuch) und eigenverantwortlich, d.h. in eigener Haftung (siehe NotSanG § 4(2) 1c) bzw. § 2a. Voraussetzungen für eine Rechtfertigung sind eine zwingende medizinische Erfordernis und ein relativ sicheres Beherrschen der betreffenden invasiven Maßnahme.

Im Rahmen der Fachaufsicht des Rettungsdienstträgers/der Ärztlichen Leitung Rettungsdienst (ÄLRD) sind dann folgende dokumentierte Schritte erforderlich:

1. Der Rettungsdienstmitarbeiter meldet den Vorgang innerhalb von **48 Stunden** nach der Maßnahme per e-mail an die Ärztliche Leitung Rettungsdienst des Odenwaldkreises (b.krakowka@odenwaldkreis.de)
2. Überprüfung der Rechtfertigung der Maßnahme durch die ÄLRD (d.h. zwingende medizinische Erfordernis, Beherrschung)
3. In jedem einzelnen Fall eine zeitnahe Rückmeldung zu dem Vorgang durch die ÄLRD, je nach Bedarf mit Nachbesprechung

Die Standardprozeduren des Odenwaldkreises stellen ein dynamisches Gebilde dar, welches hinsichtlich seinem Inhalt bedarfsgemäß weiterentwickelt wird. Anzustrebende Ziele sind hierbei das medizinisch sinnvolle überbrückende Handeln von nichtärztlichem Rettungsdienstfachpersonal bis zum Eintreffen des Notarztes oder je nach Situation bis zu einer weiterführenden ärztlichen Versorgung und die Schaffung eines möglichst rechtssicheren Rahmens für den einzelnen Rettungsdienstmitarbeiter, den Leistungserbringer und nicht zuletzt den Rettungsdiensträger Odenwaldkreis.

01. März 2025

i.A.

Dr. med. Bernhard Krakowka

Ärztliche Leitung Rettungsdienst des Odenwaldkreises

Inhaltsverzeichnis

Erklärung Symbole + Layout

Basisalgorithmus

Krankheitsbilder und Zustände (K)

- K 1 Akutes Koronarsyndrom
- K 2 Linksherzinsuffizienz mit akuter Dyspnoe
- K 3 Bedrohliche Bradykardie mit Symptomen
- K 4 Hypertensiver Notfall
- K 5 Akute obstruktive Atemwegserkrankung (Erwachsene/Kinder > 12 J.)
- K 6 Akute obstruktive Atemwegserkrankung (Kind - 12 J.)
- K 7 Extrapulmonale Atemwegsobstruktion (Kind)
- K 8 Hypoglykämie
- K 9 Anaphylaktische Reaktion
- K 10 Status epilepticus
- K 11 Schlaganfall (in Diskussion)
- K 12 Kreislaufstillstand Erwachsene - CPR
- K 13 Kreislaufstillstand Kind - CPR
- K 14 Erstversorgung Neugeborenes
- K 15 Post-Reanimationsphase
- K 16 Starke Schmerzzustände
 - K 16 a Abdomineller Schmerz
 - K 16 b Traumatischer Schmerz
 - K 16 c Thorakaler Schmerz
- K 17 Starke Übelkeit
- K 18 Sepsis – Septischer Schock
- K 19 Kohlenmonoxid-Vergiftung

Prozeduren am Patienten (P)

- P 1 Intraossärer Zugang (i.o., Reanimation)
- P 2 CPAP-Anwendung
- P 3 Extralglottischer Atemweg
- P 4 Thoraxentlastungspunktion (Reanimation)
- P 5 Sauerstoff - Gabe
- P 6 mechanische Reanimationshilfe (mCPR)

Verfahrensbeschreibungen (V)

- V 1 Traumaversorgungskonzept
- V 2 Internistisches Versorgungskonzept
- V 3 Technische Rettung
- V 4 MANV: Aufgaben ersteintreffendes Rettungsmittel
- V 5 MANV: Aufgaben ersteintreffender Notarzt/NEF-Fahrer
- V 6 Kennzeichnungswesten
- V 7 a Patient bleibt vor Ort - welcher Fall?
- V 7 b Patient bleibt vor Ort - welche Bedingungen?
- V 8 Vorgehen bei gewalttätiger Bedrohung
- V 9 Lebensbedrohliche Einsatzlagen LebEL
- V 10 Vorsichtung PRIOR

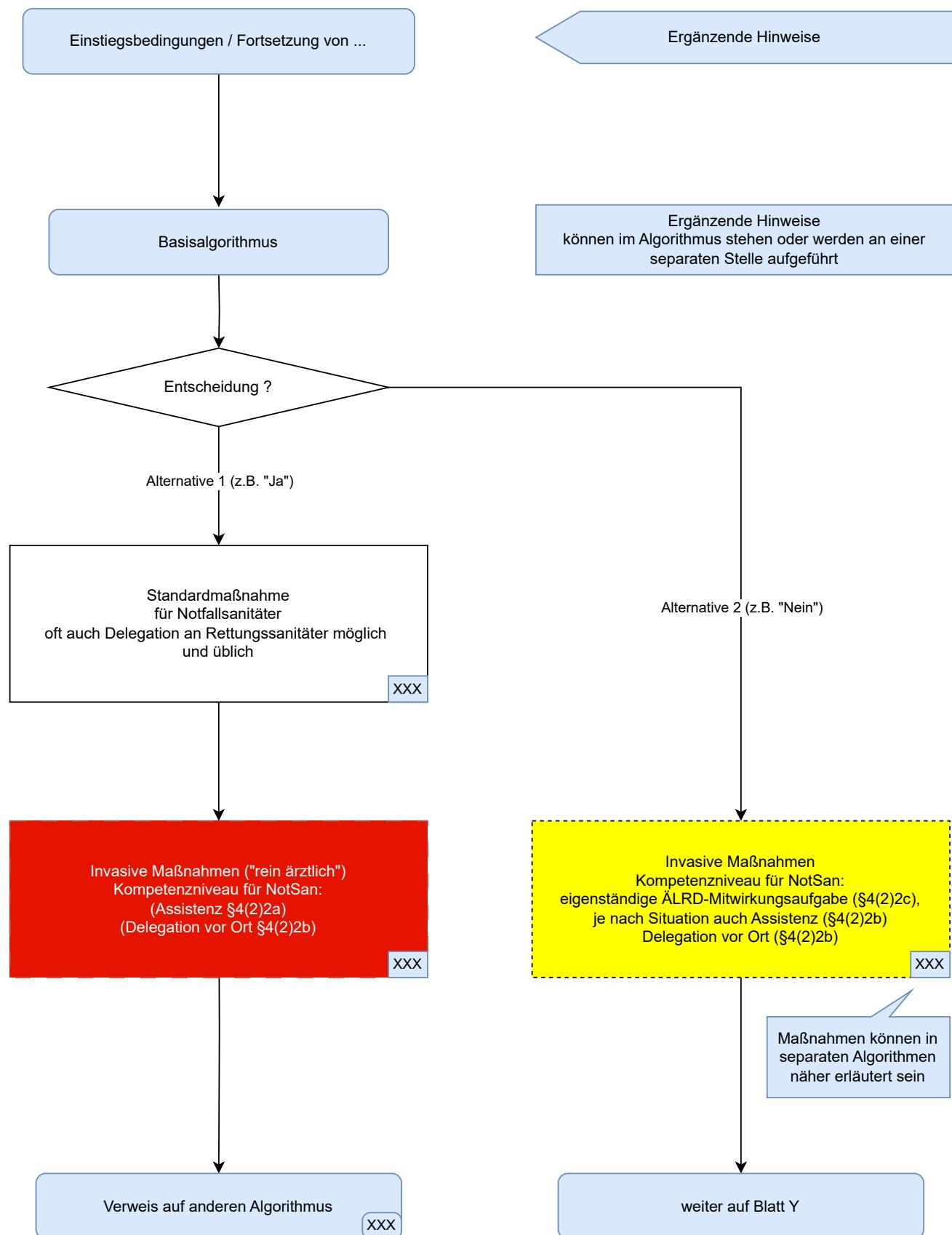
Medikamente (M)

- | | |
|------------------------|--------------------------------|
| M 1 Acetylsalicylsäure | M 12 Ipratropiumbromid |
| M 2 Adrenalin | M 13 Levetiracetam |
| M 3 Amiodaron | M 14 Midazolam |
| M 4 Atropin | M 15 Nalbuphin |
| M 5 Butylscopolamin | M 16 Naloxon |
| M 6 Dimenhydrinat | M 17 Paracetamol |
| M 7 Dimetindenmaleat | M 18 Prednisolin rectal / i.v. |
| M 8 Esketamin | M 19 Salbutamol |
| M 9 Flumazenil | M 20 Sauerstoff |
| M 10 Glucose | M 21 Thiamin |
| M 11 Glyceroltrinitrat | M 22 Urapidil |

Mitgelrende Unterlagen – Checklisten etc. (U)

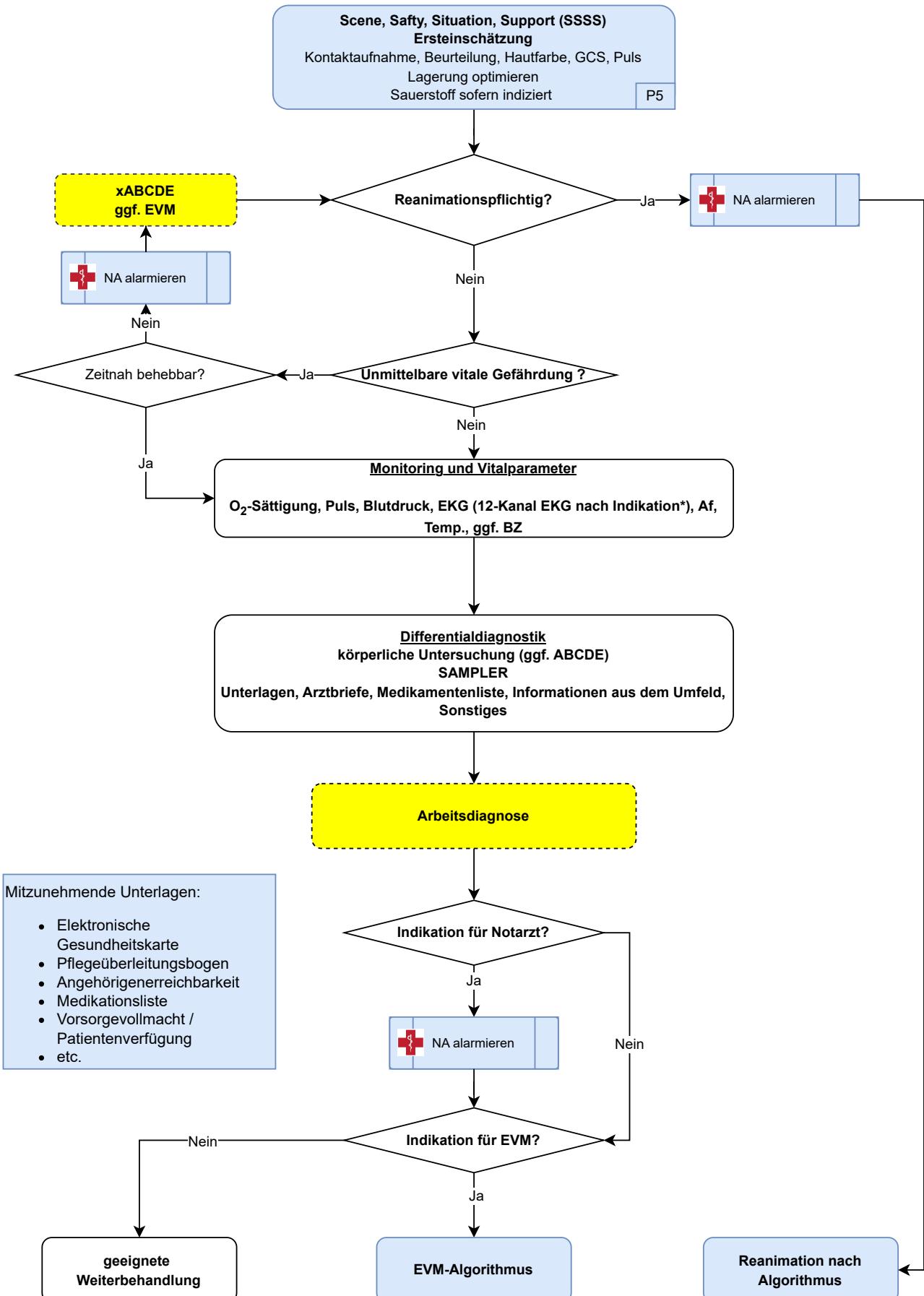
- U 1 Glossar Abkürzungen
- U 2 Verfahrensanweisung, Checklisten, Erläuterung zu V 7
- U 3 NEWS Score
- U 4 Erläuterungen Basisalgorithmus
- U 5 12-Kanal-EKG Beispiele der Indikationsstellung
- U 6 Schweregradskala Anaphylaxie

Erklärung Symbole & Layout



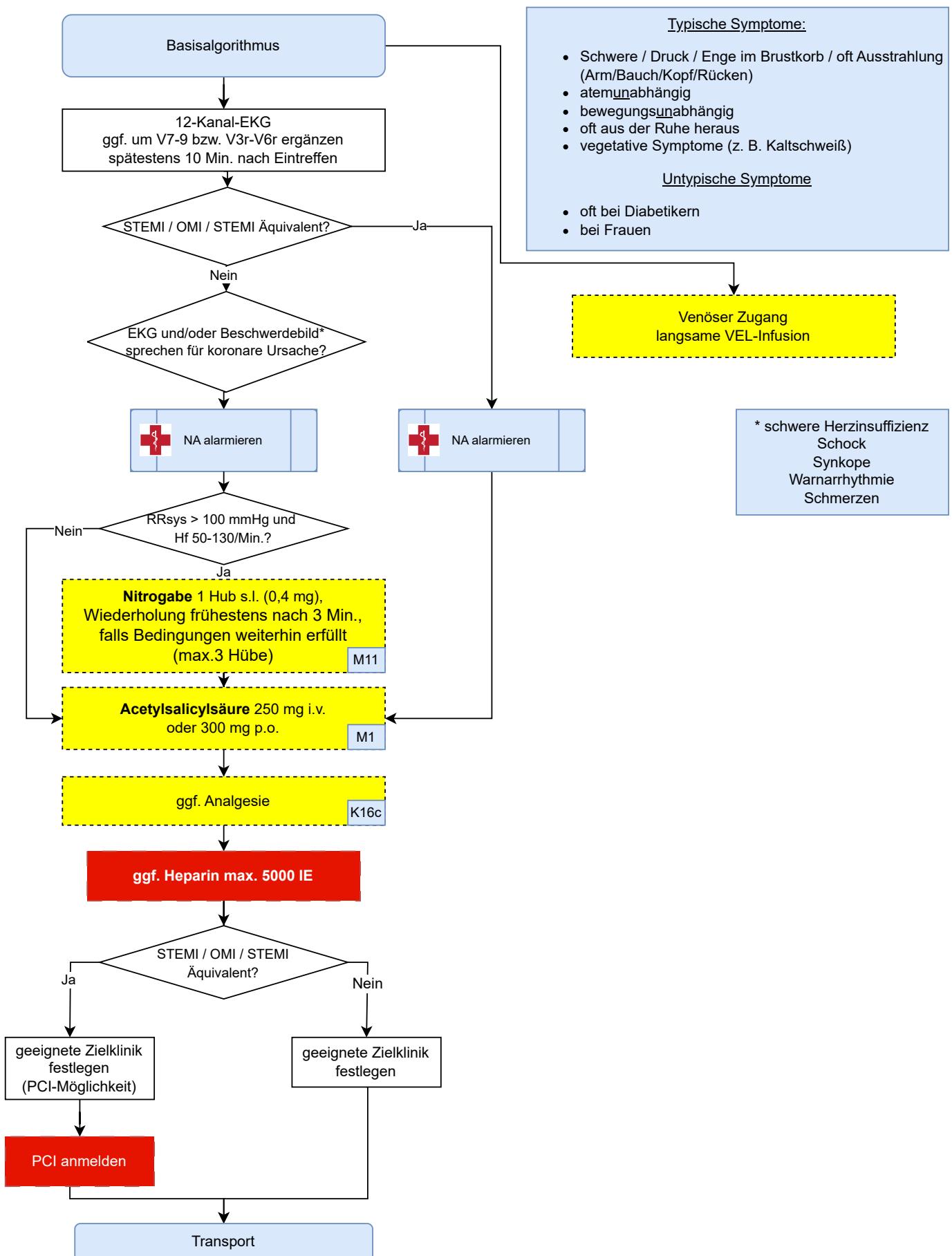
Basisalgorithmus

(Erläuterung siehe U 3)



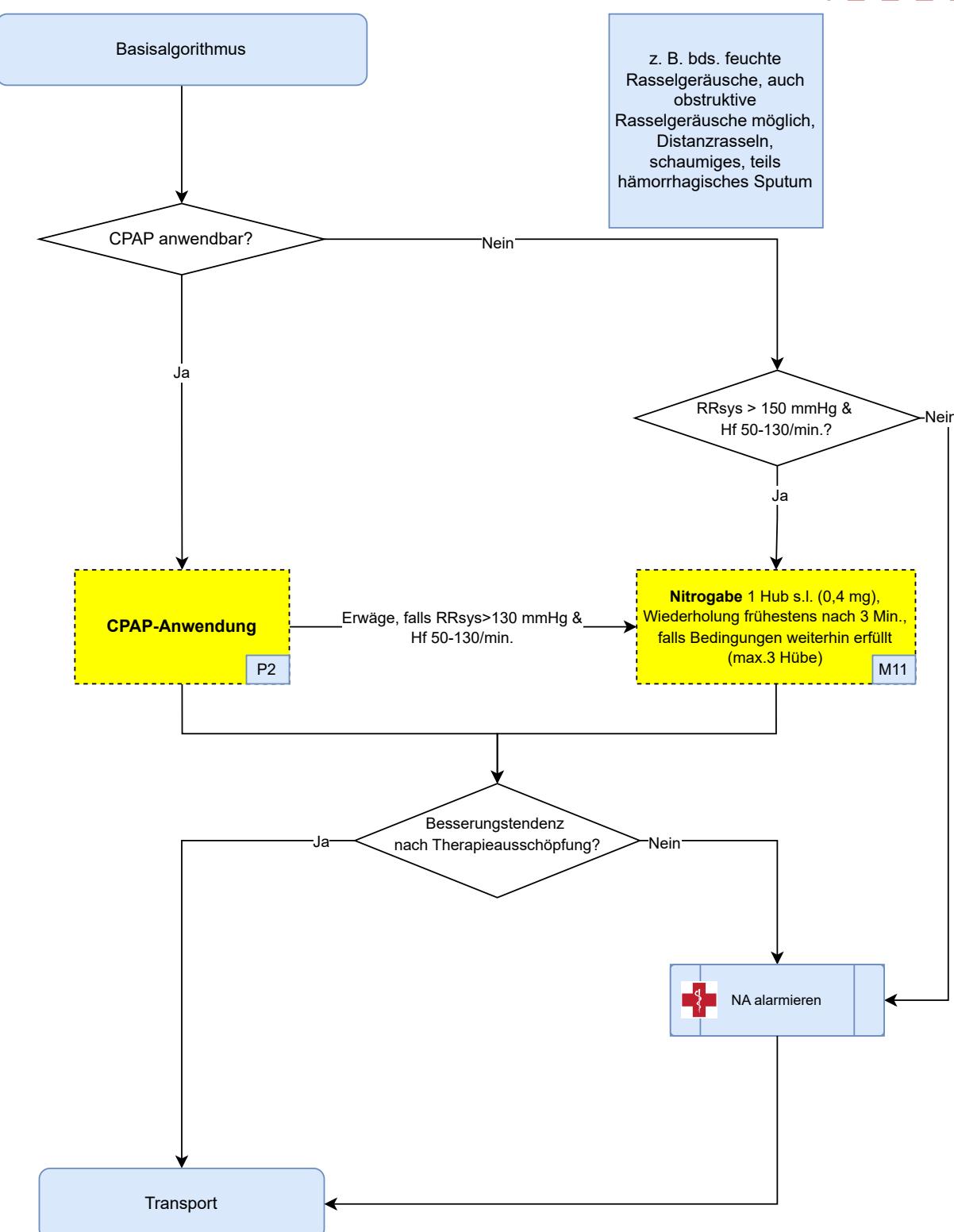
K 1 Akutes Koronarsyndrom

Notarzt erforderlich



K 2 Linksherzinsuffizienz mit akuter Dyspnoe

Notarzt situativ erforderlich



Eine einmal begonnene CPAP-Anwendung soll bei komplikationsfreien Verlauf grundsätzlich nicht unterbrochen werden.

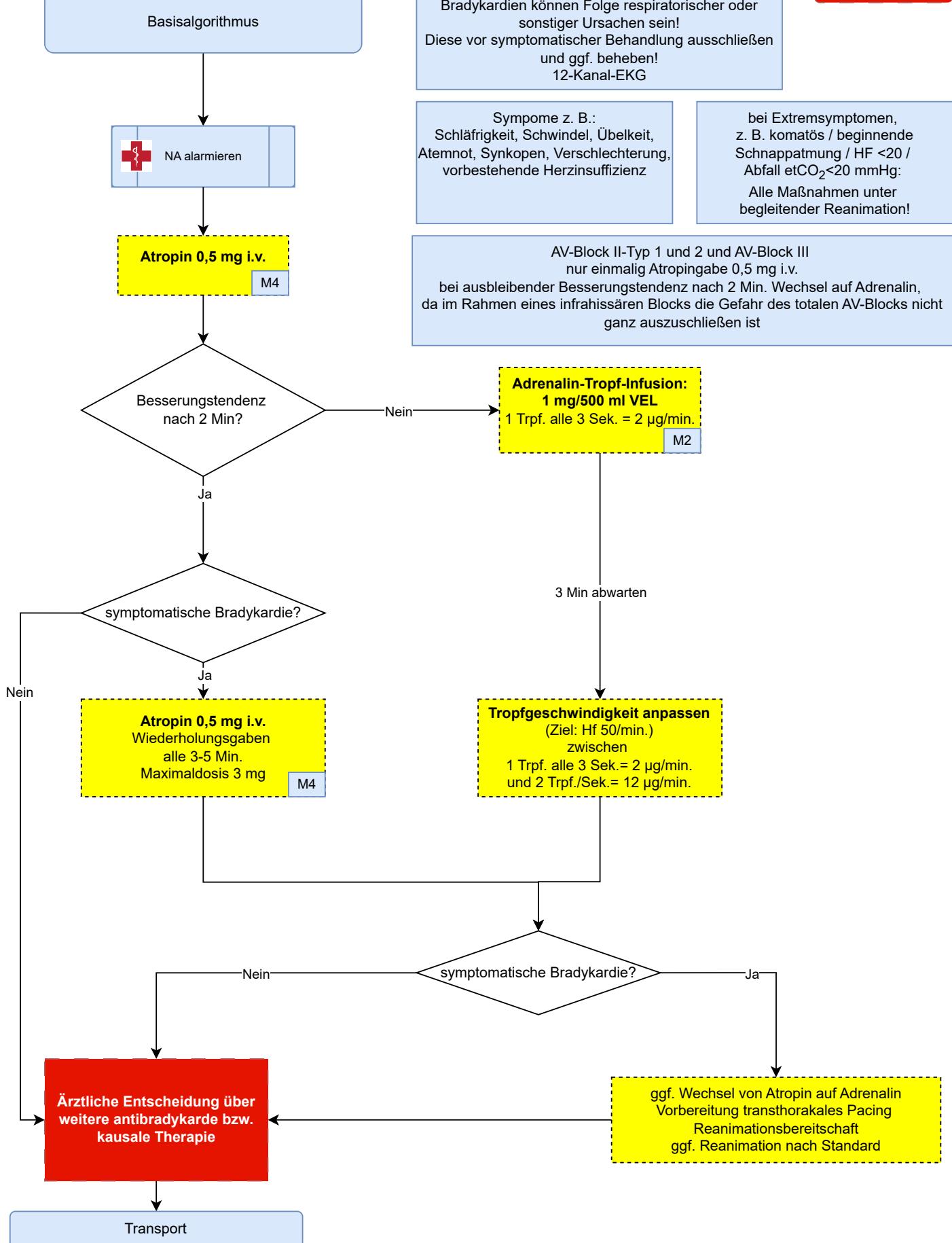
Ausnahme:

- kurze Unterbrechung für erforderliche zusätzliche Nitrogabe situativ häufig vertretbar
- der Patient lehnt die CPAP-Anwendung ab.

Weitere Maßnahmen durch Notarzt je nach Erfordernis (Schleifendiuretika etc.)

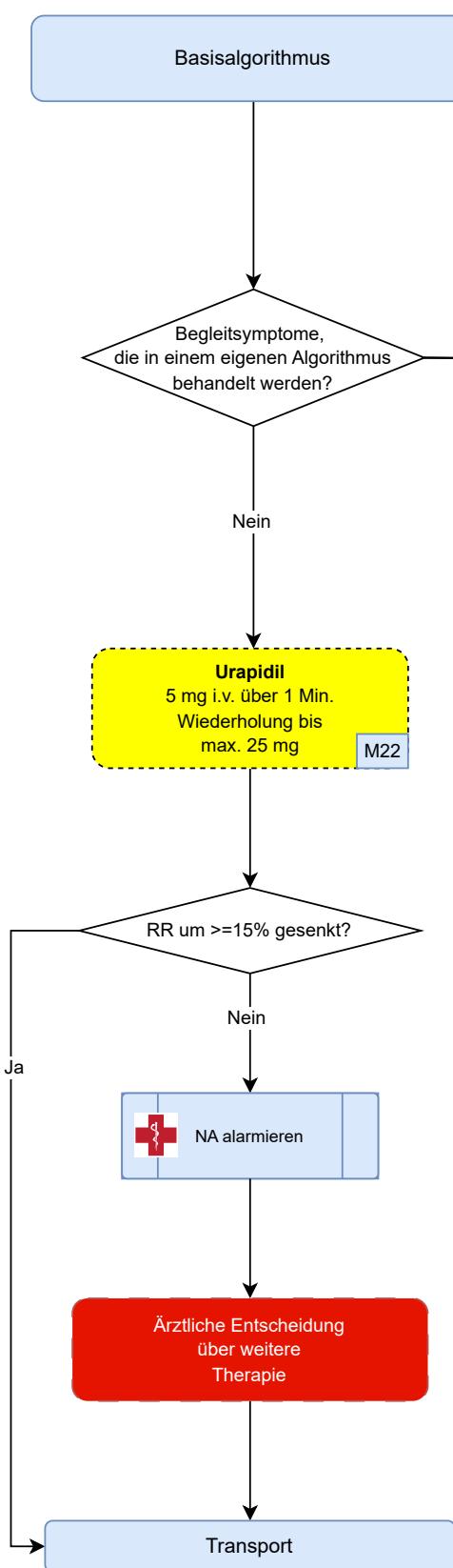
K 3 Bedrohliche Bradykardie mit Symptomen

Notarzt erforderlich



K 4 Hypertensiver Notfall

Notarzt situativ erforderlich*



Definition: kritische RR-Erhöhung (RRsys > 180mmHg und/oder RRdia > 110mmHg) + Organsymptomatik
(z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Lungenödem, Kopfschmerzen, Sehstörungen, Schwindel, Übelkeit, Netzhautblutungen, V. a. Aortendissektion, V. a. intrakraniale Blutungen etc.)

Ziel ist nicht die optimale Blutdruckeinstellung (Schlaganfallgefahr), sondern die Absenkung von Extremwerten um ca. 10-15 %!
Potentiell hochkomplexes internistisches Krankheitsbild!



Abgrenzung: Hypertensive Entgleisung

Gemäß nationaler Versorgungsleitlinie Hypertonie Blutdruck über 180/110 mmHg ohne akute Symptome. Kein eigentlicher Notfall, da keine vitale Gefährdung. Außerärztliche Akuttherapie ist in der Regel nicht erforderlich. Transport in eine internistische Klinik oder eine ärztliche Vorstellung muss erfolgen. Therapie dann häufig durch Neueinstellung einer oralen Medikation oder Anpassung einer vorhandenen antihypertensiven Therapie. Erfolgskontrolle ambulant durch einen niedergelassenen Arzt.

*RR-Senkung bei akutem Schlaganfall nach der DGN-Leitlinie 10/2022:

Wichtig: plötzlichen Blutdruckabfall vermeiden

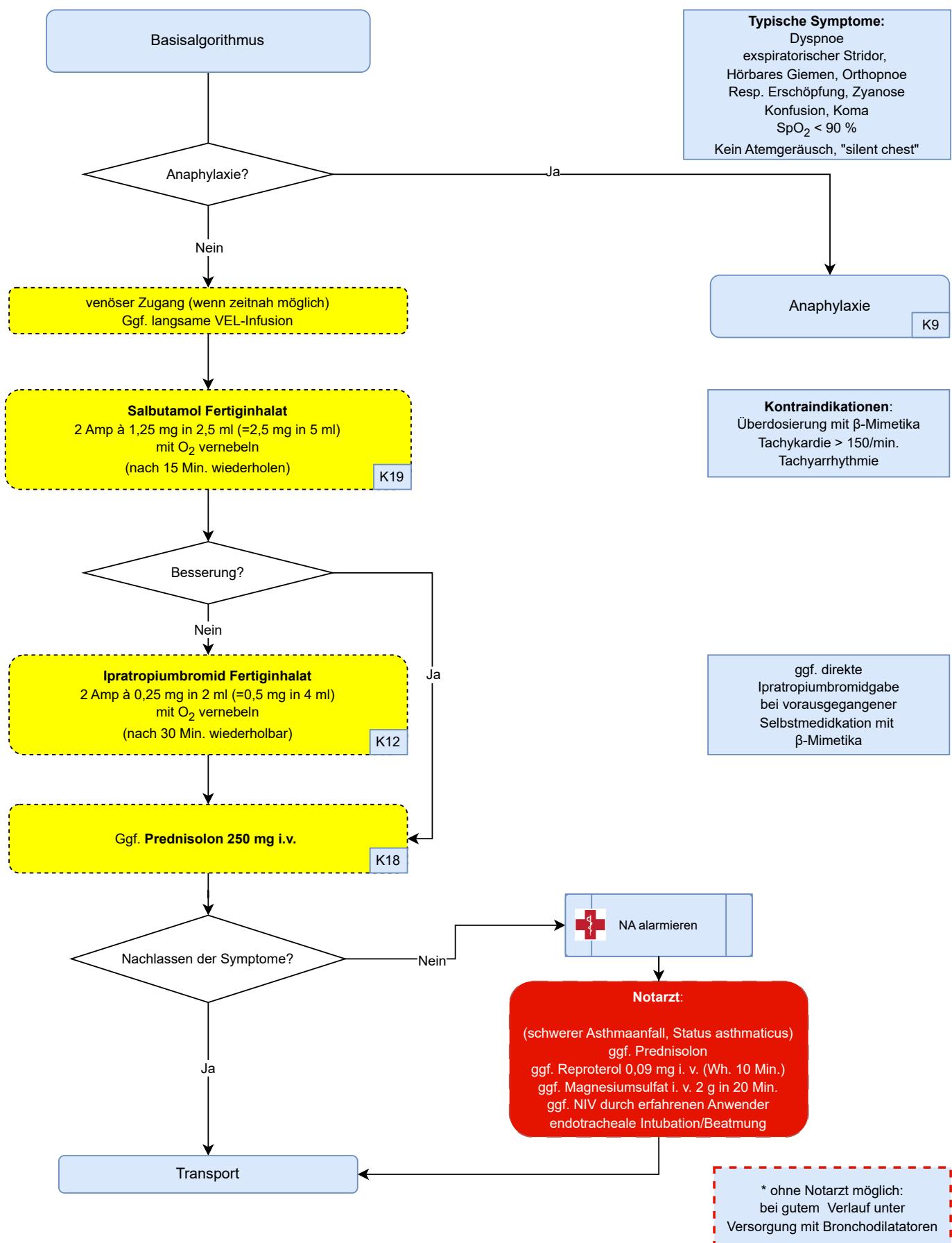
Blutdruckwerte ≥ 220 mmHg systolisch oder ≥ 120 mmHg diastolisch können behandelt werden, bei folgenden schwerwiegenden medizinischen, präklinisch feststellbaren Begleiterscheinungen:

- Hypertensive Enzephalopathie
- Hypertensive Herzinsuffizienz
- Myokardinfarkt

* ohne Notarzt möglich:
bis 5 mg Urapidil
bei komplikationslosem Verlauf

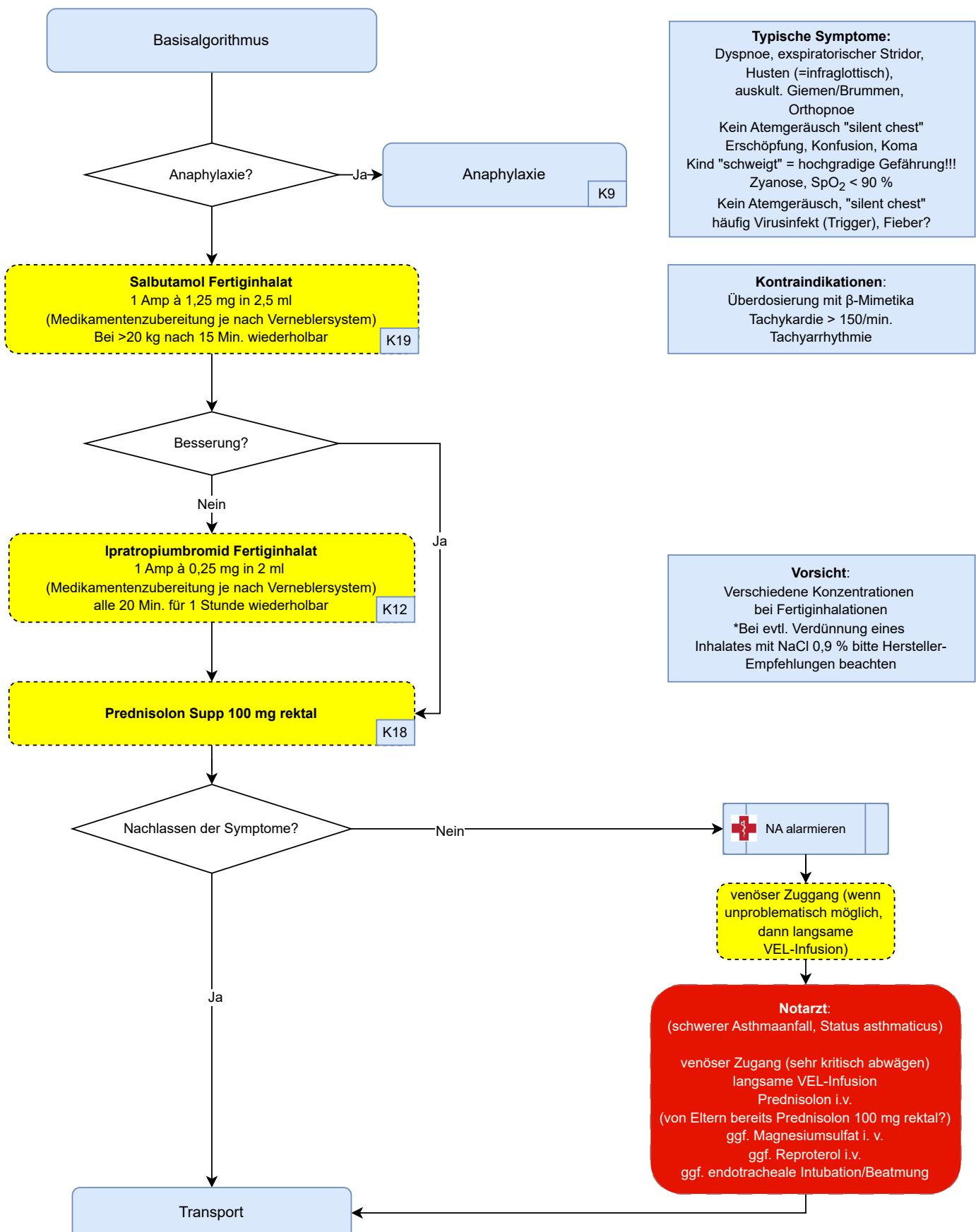
K 5 Akute obstruktive Atemwegserkrankung (Erwachsene/Kinder > 12 J.)

Notarzt situativ erforderlich*



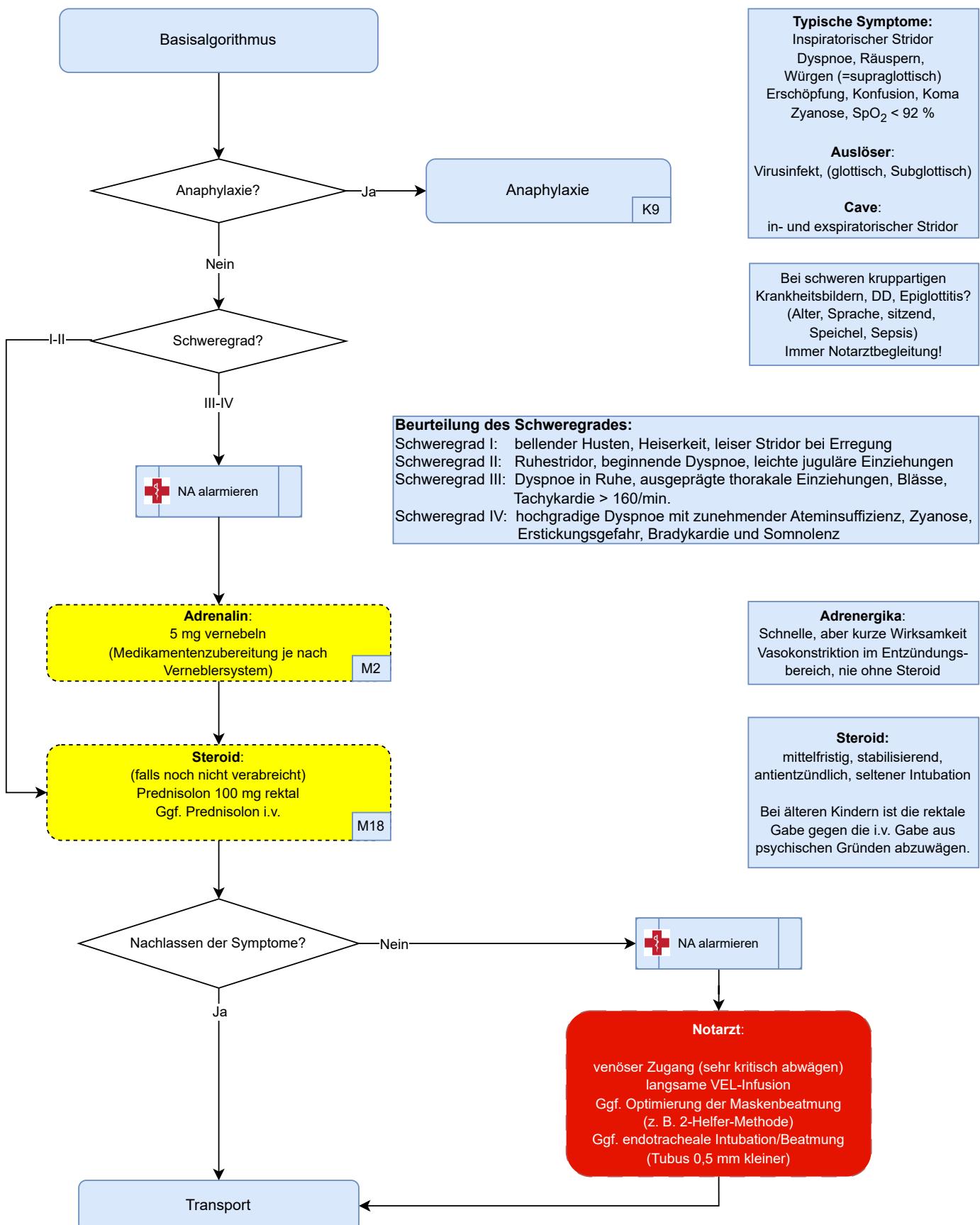
K 6 Akute obstruktive Atemwegserkrankung (Kinder - 12 J.)

Notarzt situativ erforderlich



K 7 Extrapulmonale Atemwegsobstruktion (Kind)

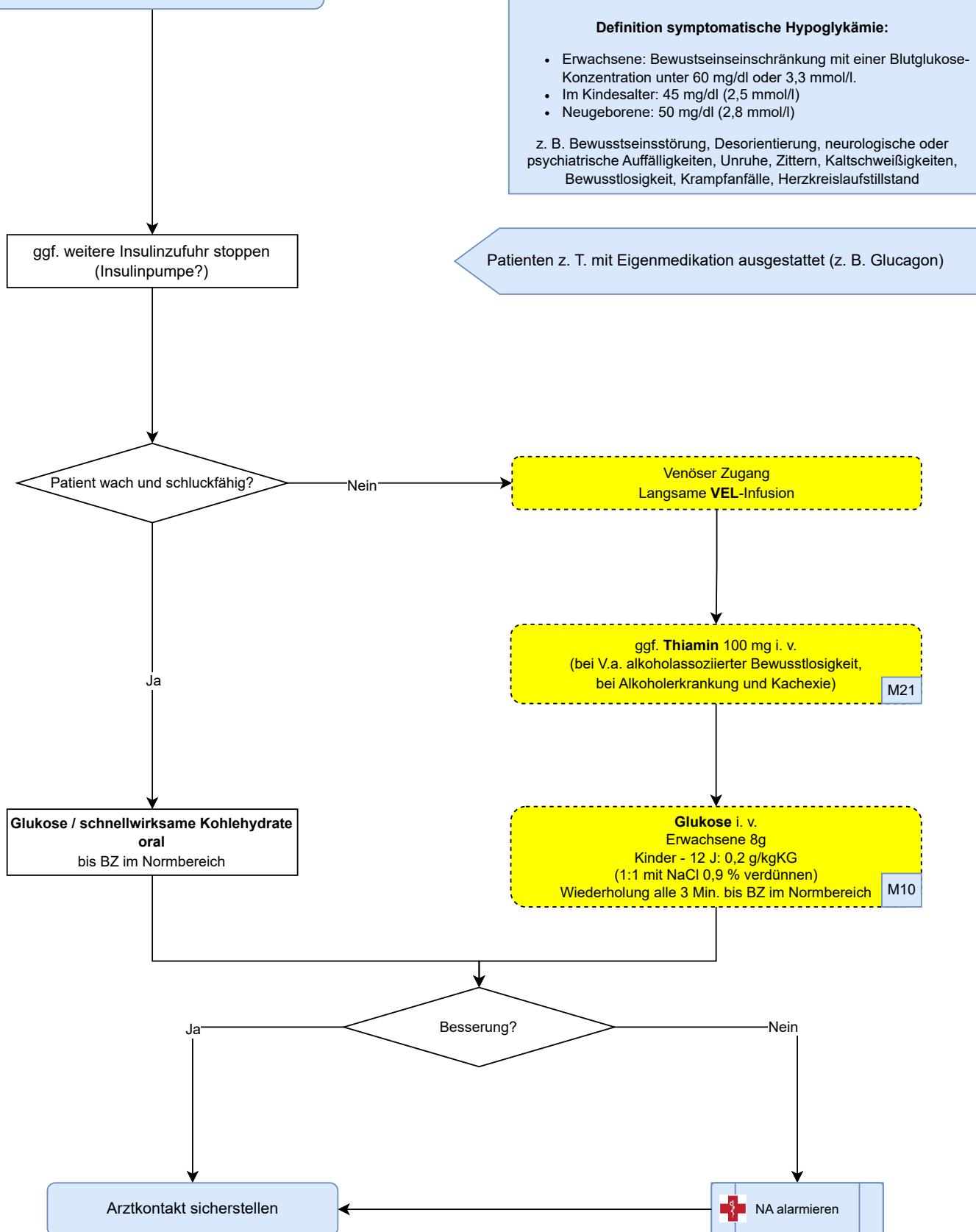
Notarzt situativ erforderlich



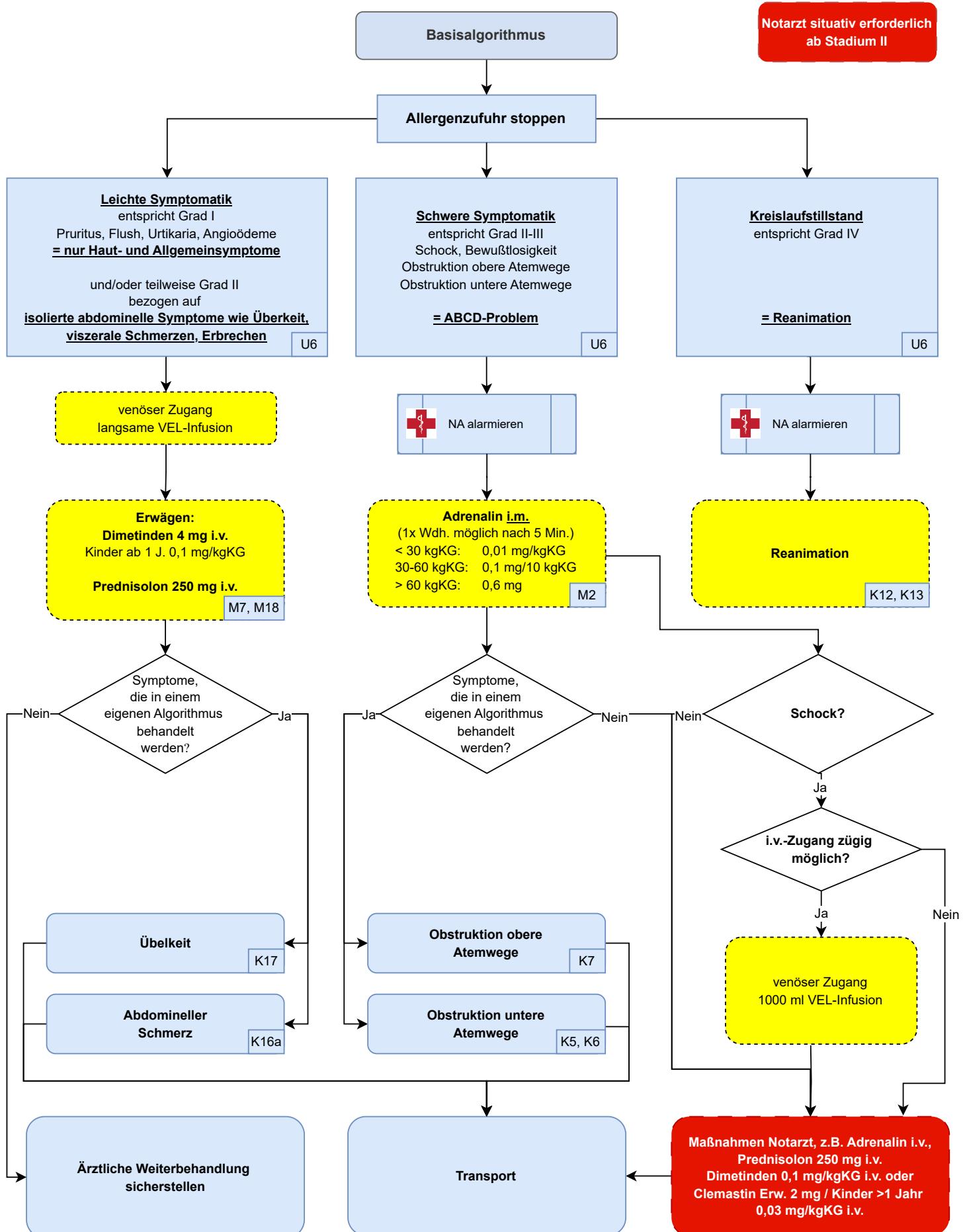
K 8 Symptomatische Hypoglykämie

Notarzt situativ erforderlich:
Bewusstlosigkeit,
Kinder < 12 Jahre

Basisalgorithmus

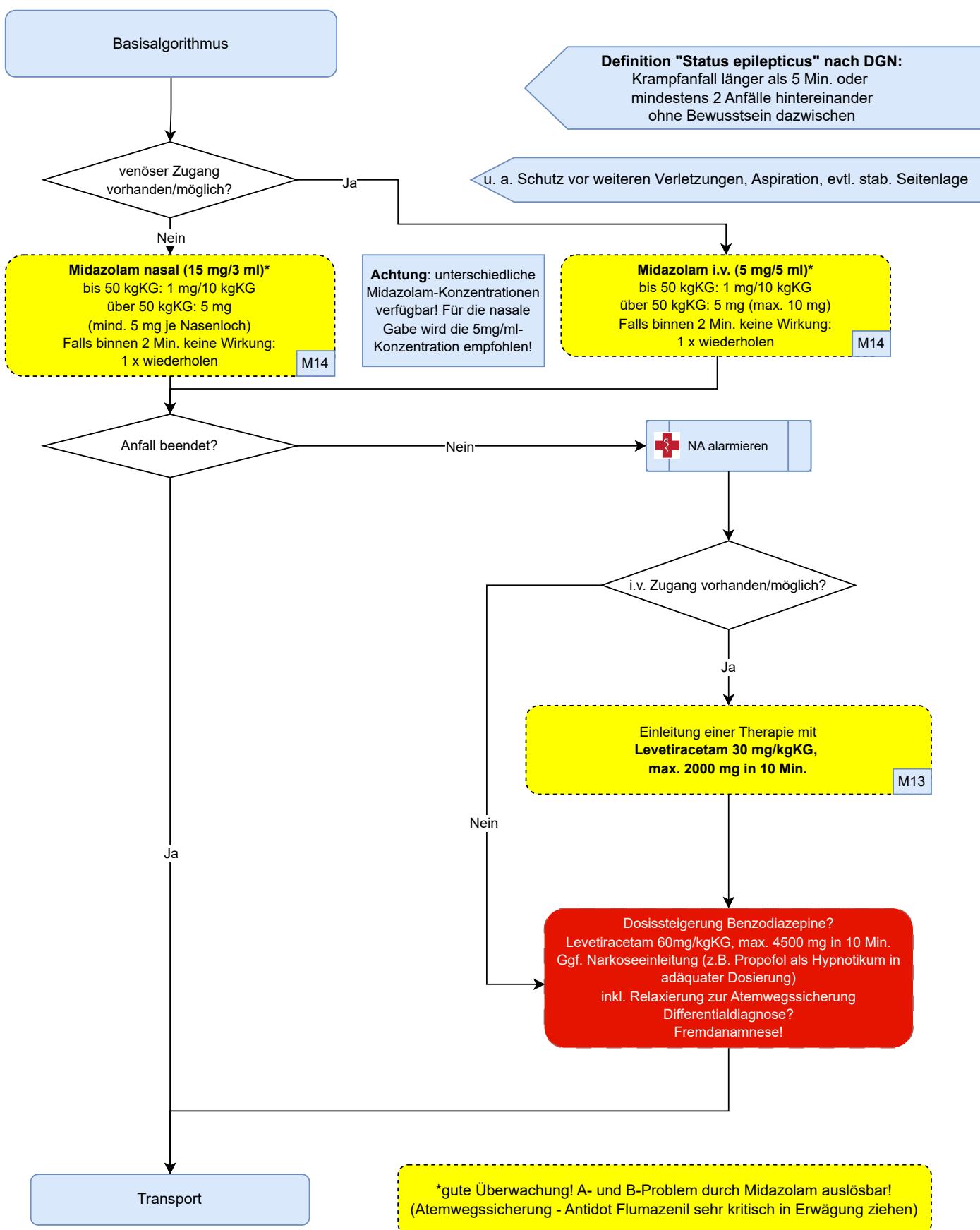


K 9 Anaphylaktische Reaktion



K 10 Status epilepticus

Notarzt situativ erforderlich

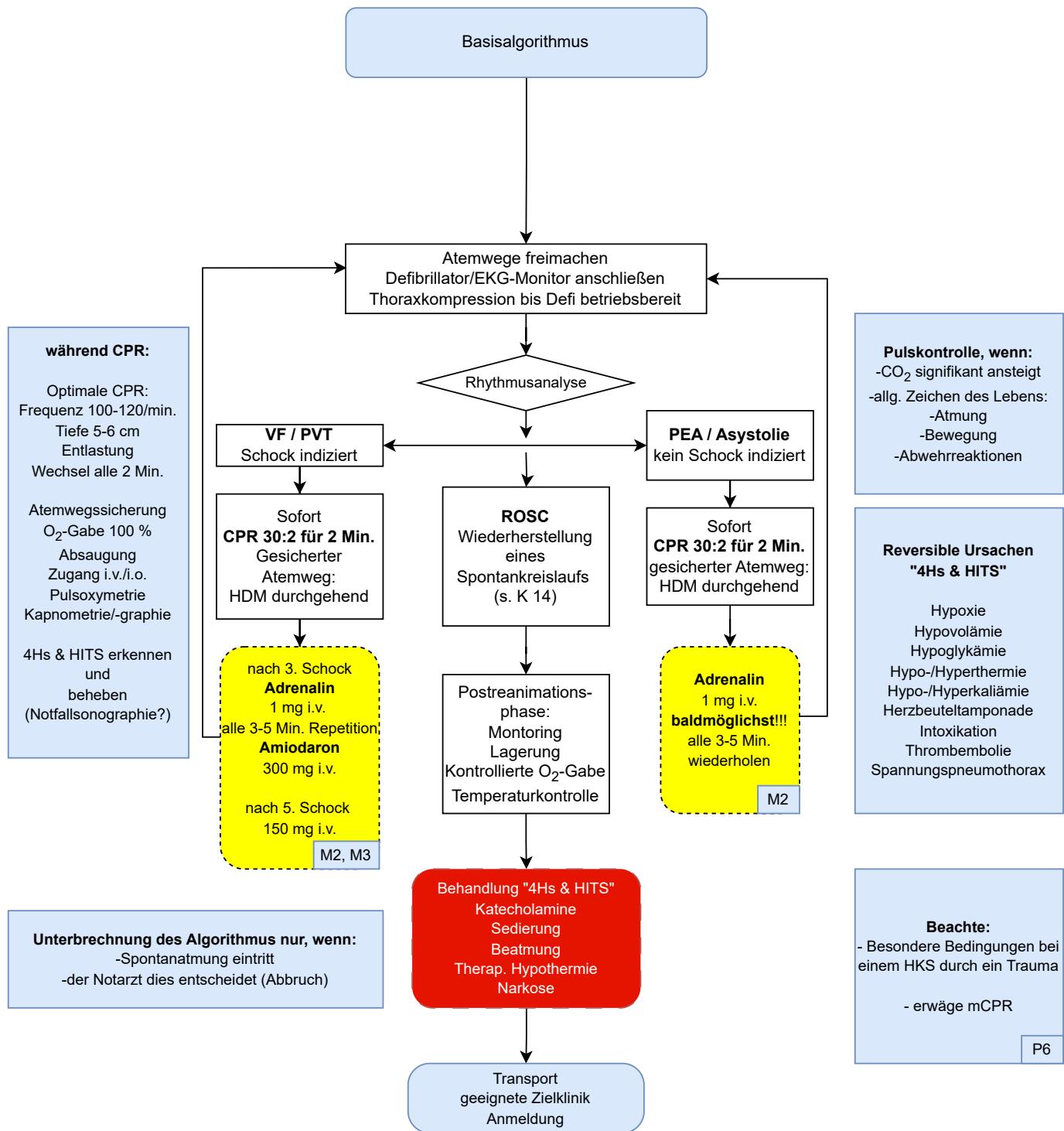


K 11 Schlaganfall

Aktuell in Hessen in landesweiter
Diskussion

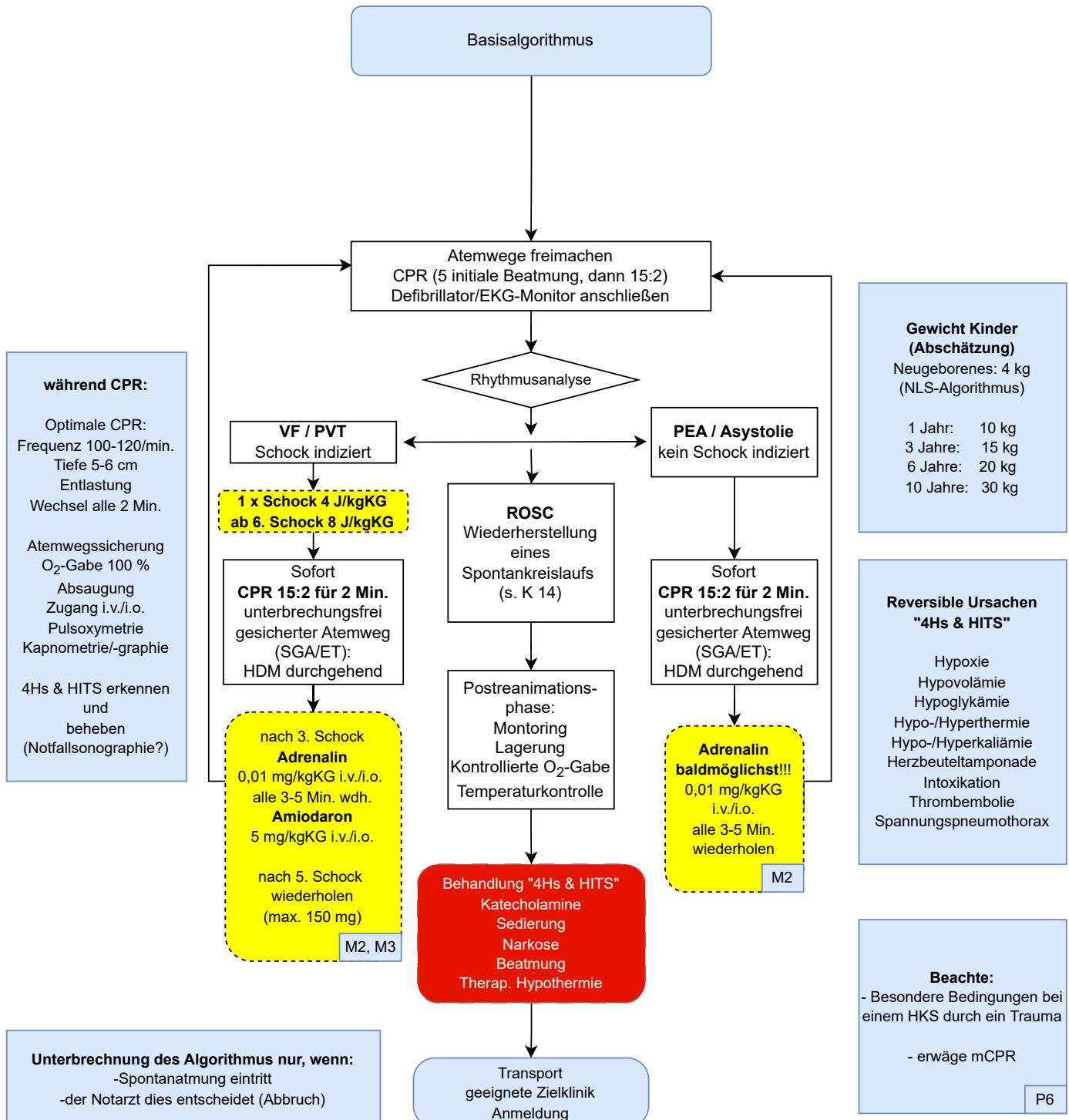
K 12 Kreislaufstillstand Erwachsene - CPR

Notarzt erforderlich



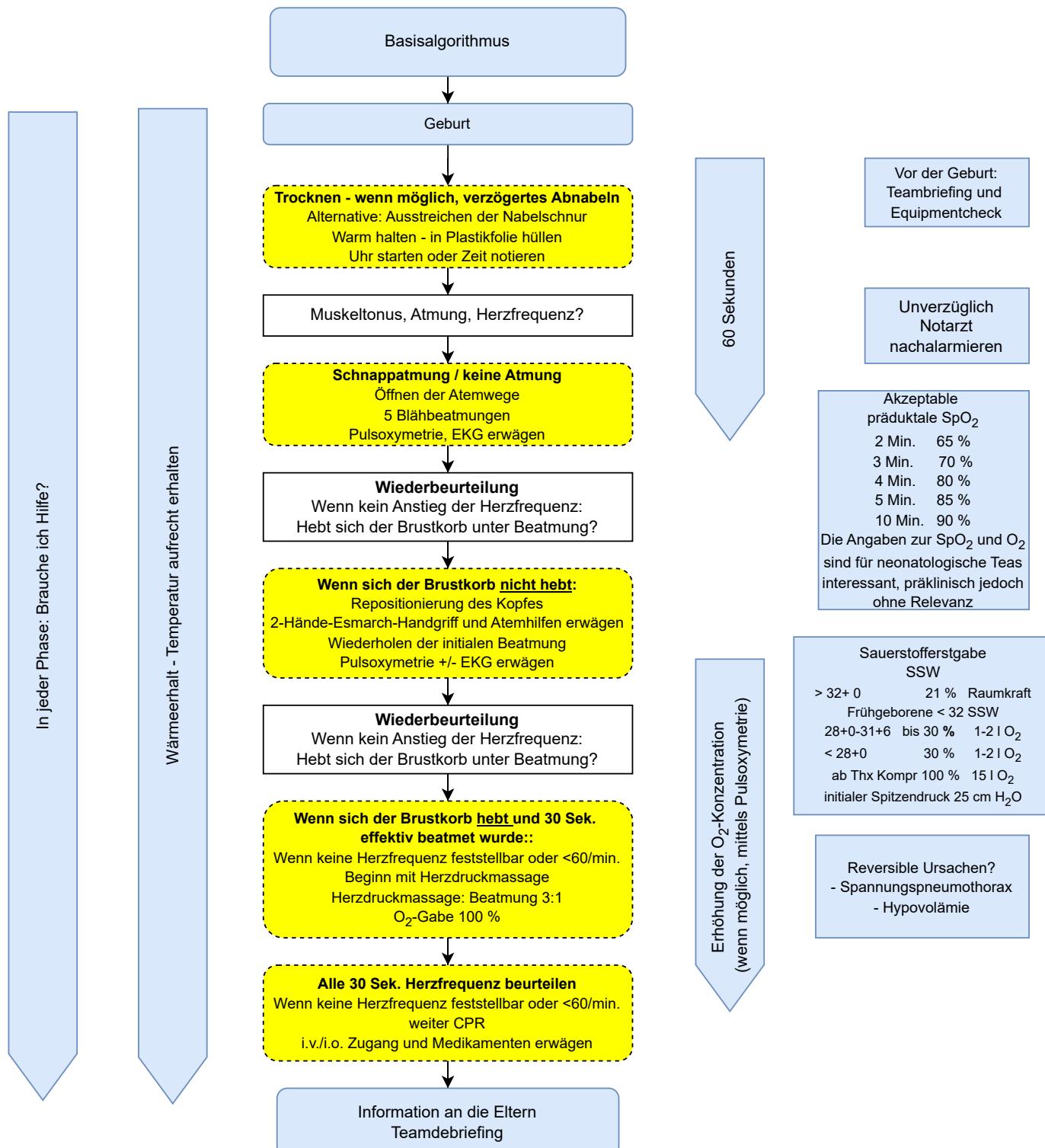
K 13 Kreislaufstillstand Kind - CPR

Notarzt erforderlich



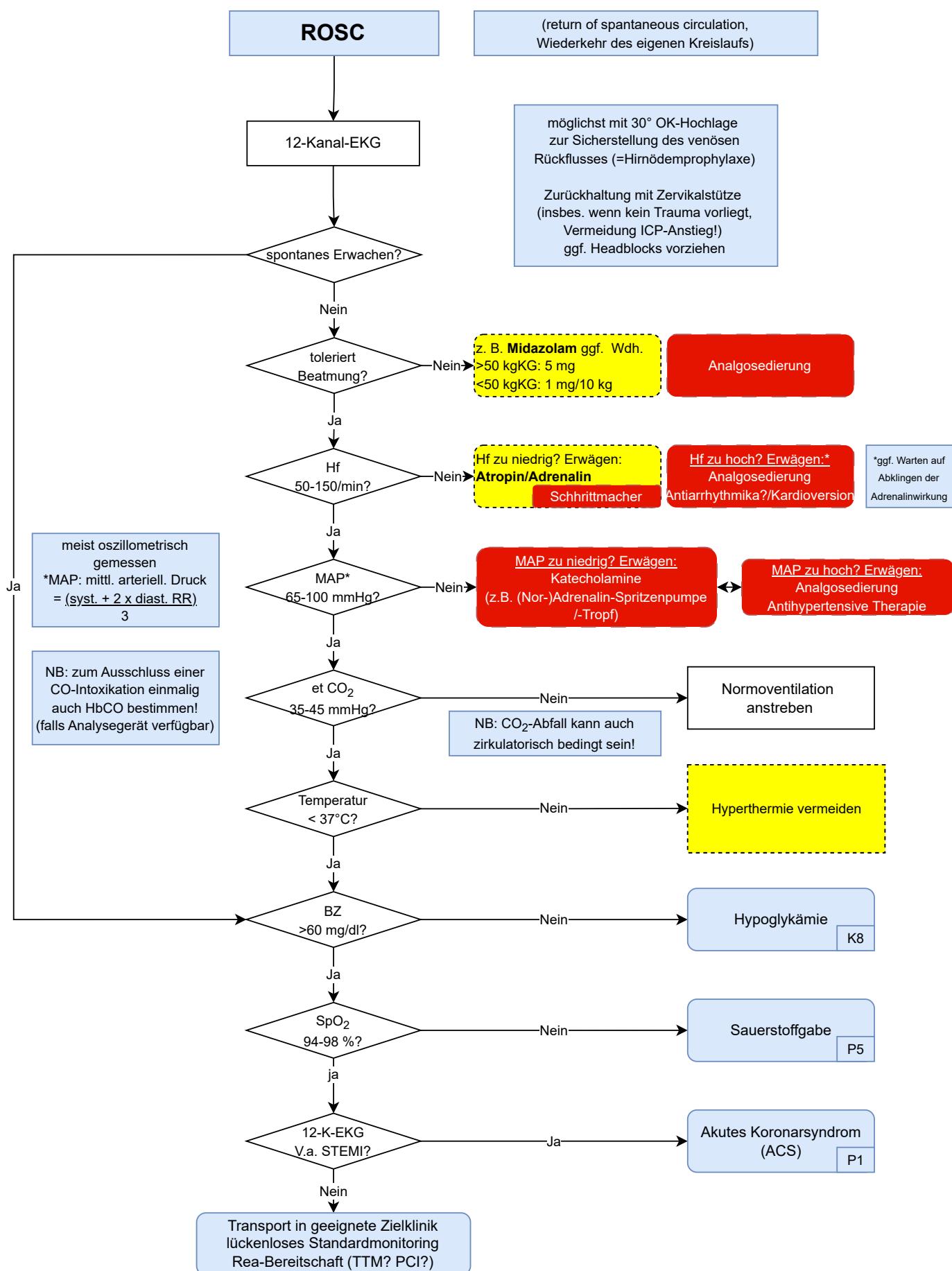
K 14 Erstversorgung Neugeborenes

Notarzt erforderlich

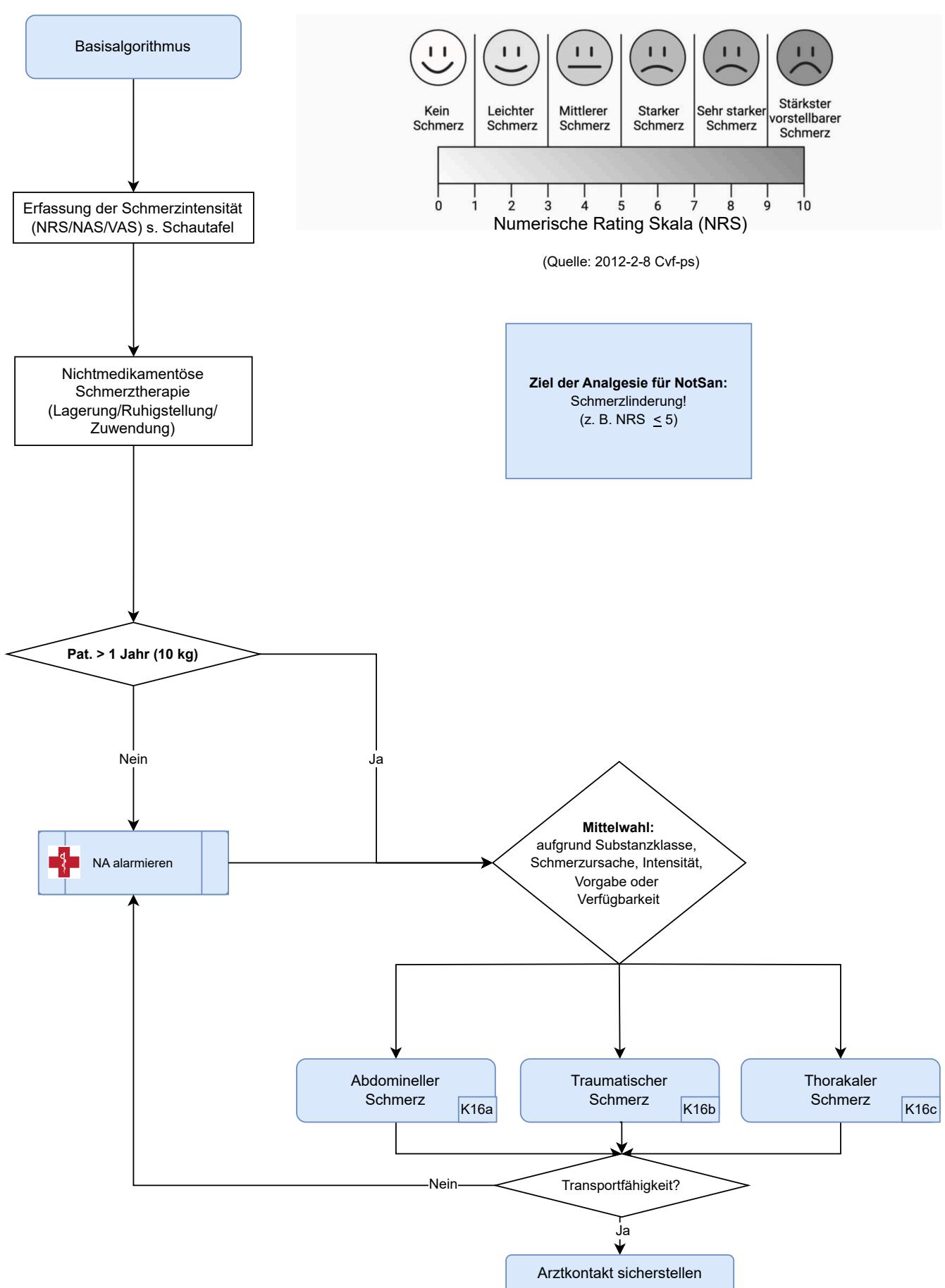


K 15 Post-Reanimationsphase

Notarzt erforderlich

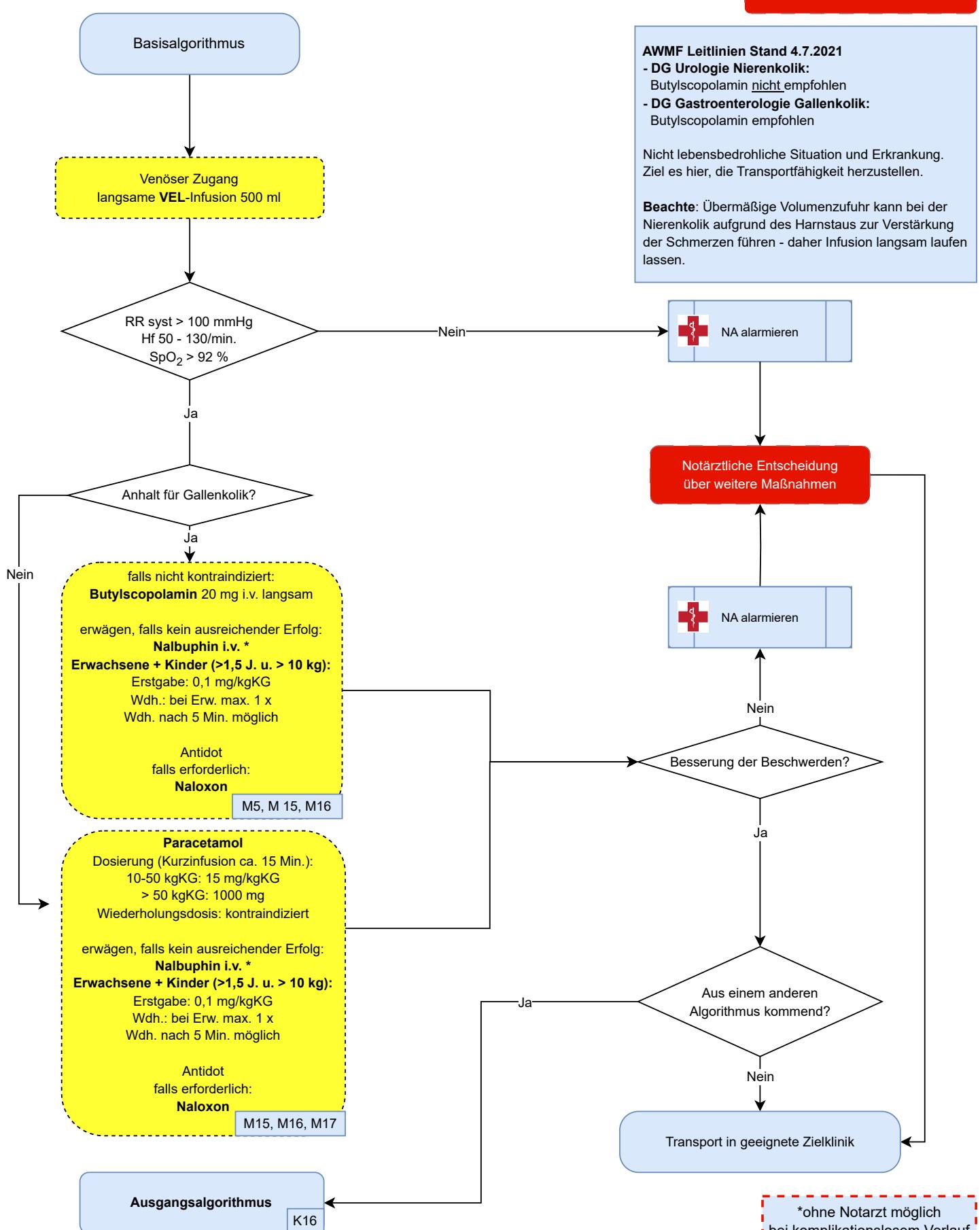


K 16 Starke Schmerzzustände



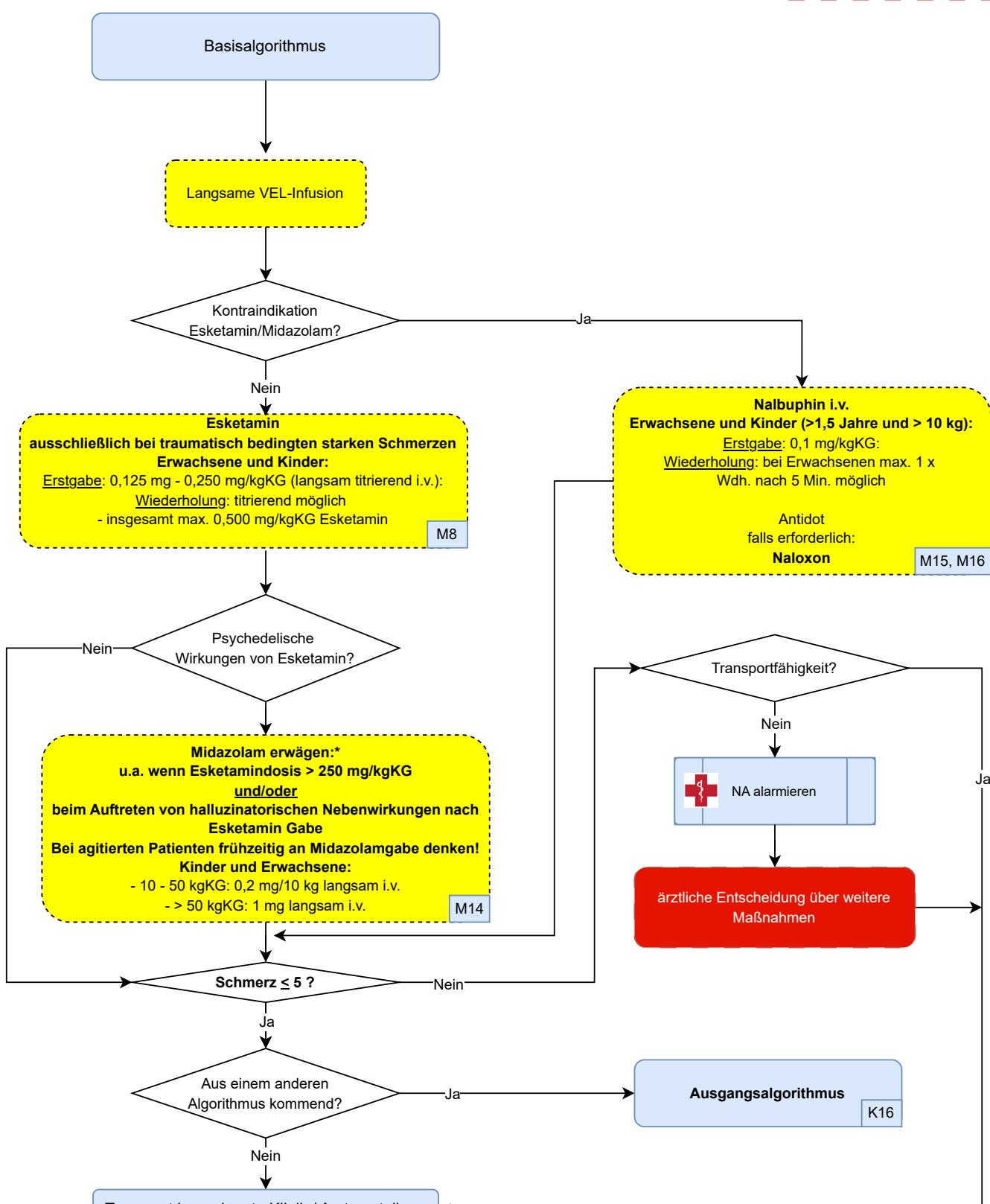
K 16 a Abdominaler Schmerz

Notarzt situativ erforderlich*



K 16 b Traumatischer Schmerz

Notarzt situativ erforderlich*

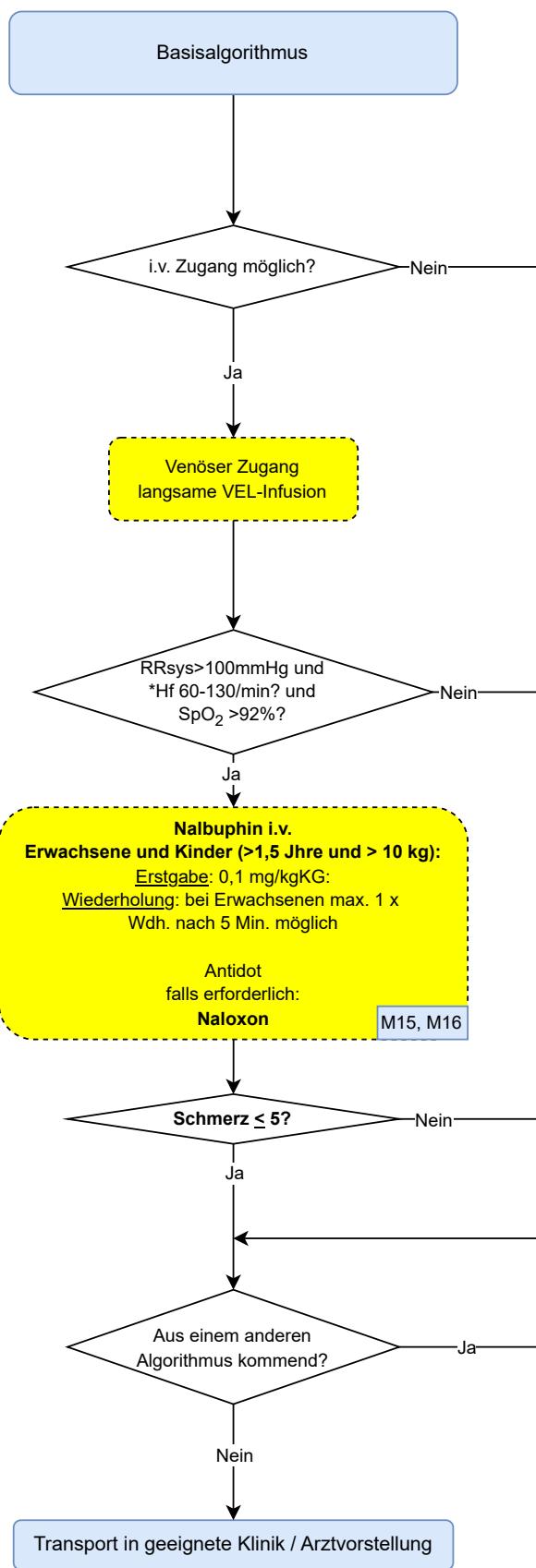


*gute Überwachung! A- und B-Problem durch Midazolam auslösbar!
(Atemwegssicherung - Antidot Flumazenil sehr kritisch in Erwägung ziehen)

*ohne Notarzt möglich
bei komplikationslosem Verlauf

K 16 c Thorakaler Schmerz

Notarzt situativ erforderlich*



Kardial

- AP-Beschwerden: retrosternaler als dumpf, drückend, brennend empfundener Schmerz
- Mehrere Minuten anhaltend sekundenweise anhaltender und/oder bewegungsabhängiger Schmerz meist nicht kardial

K1

Lungenembolie

- Meist atemabhängiger stechender Schmerz
- Fast immer Begleitsymptome (z. B. Atemnot, Tachykardie)

Aortendissektion

- Plötzlich auftretende, reißende z.T. wandernde Thoraxschmerzen

Boerhaave-Syndrom

- Retrosternaler Vernichtungsschmerz nach Erbrechen

Pneumothorax

- Plötzlich einsetzende, stechende atemabhängige Schmerzen

*Die angegebenen Grenzwerte / Bereiche beziehen sich auf Erwachsene. Bei Kindern und Jugendlichen sind die altersentsprechenden Normbereiche anzuwenden / zu verwenden.

B
I
G
F
I
V
E

*ohne Notarzt möglich
bei komplikationslosem Verlauf

K 17 Starke Übelkeit

Notarzt situativ erforderlich*

Basisalgorithmus

Starke Übelkeit:
zu erwartende schwere Einschränkung
des Patienten hinsichtlich Compliance
und Aspirationsgefahr

Venöser Zugang
langsame **VEL**-Infusion 500 ml

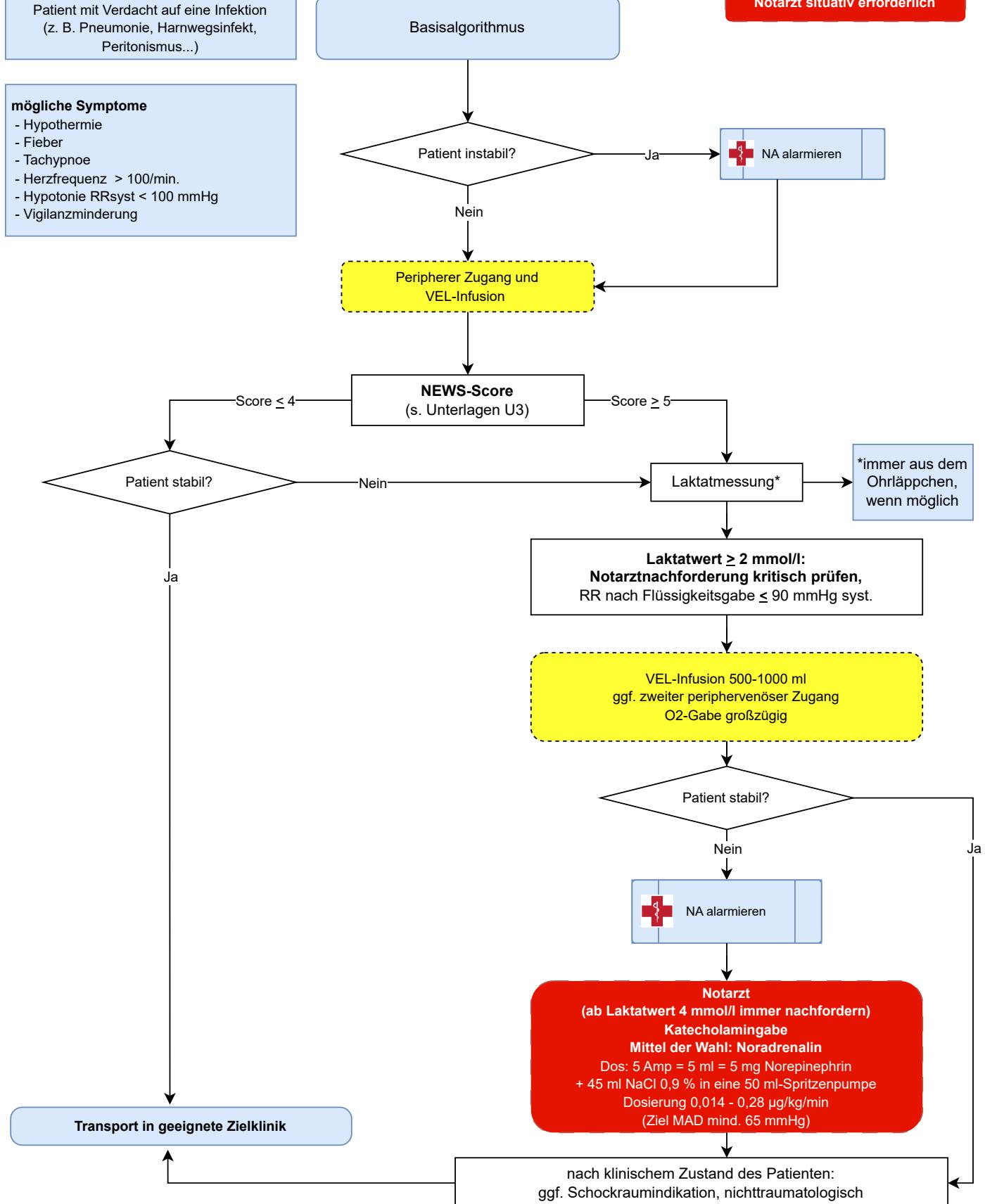
Dimenhydrinat
(langsam i.v. oder in VEL)
Erw./Jugendl.: max. 62 mg
Kinder 6-14 J.: 1,25 mg/kgKG

M6

Transport in geeignete Zielklinik

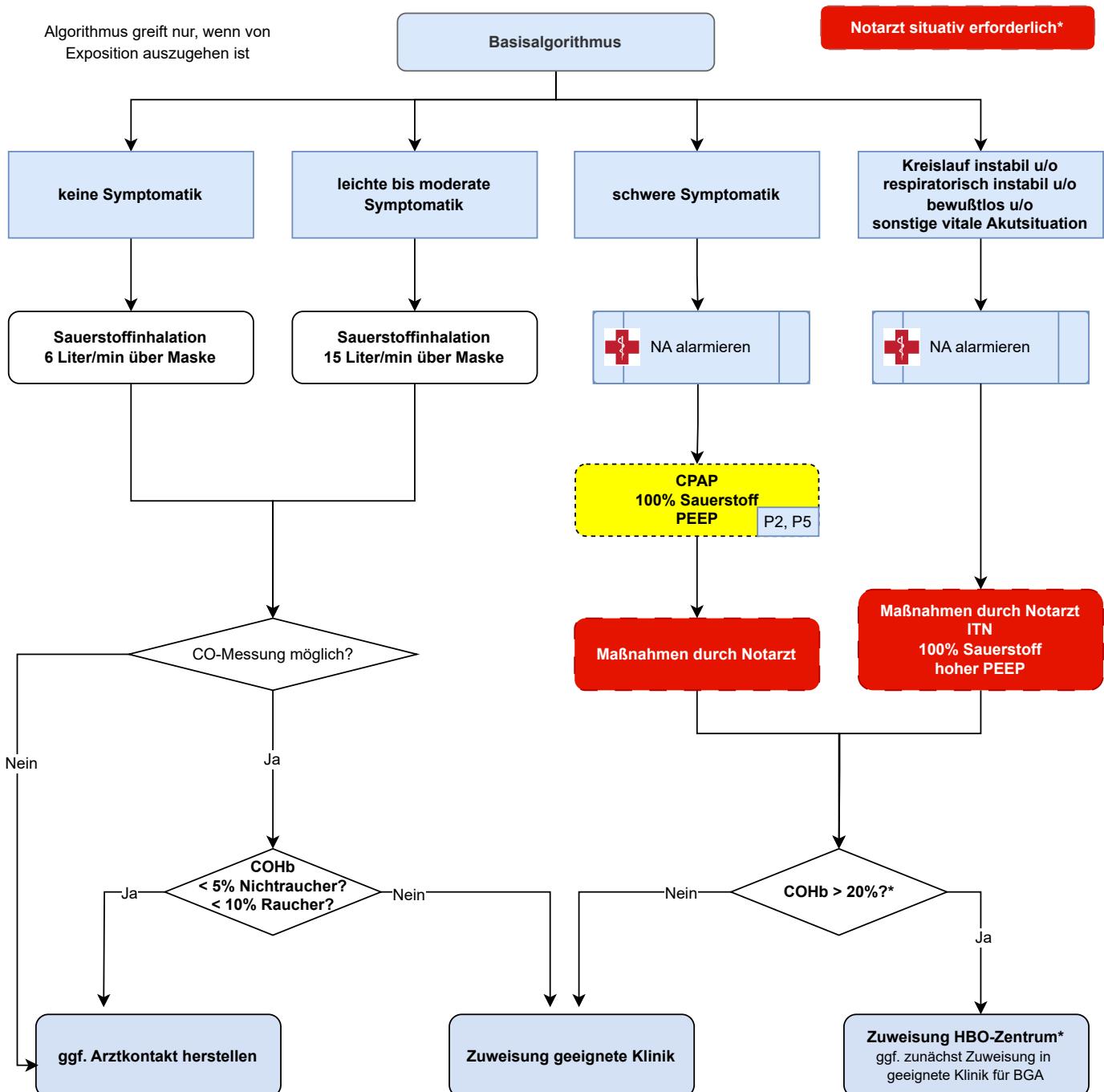
*ohne Notarzt möglich
bei komplikationslosem Verlauf

K 18 Sepsis - septischer Schock



CAVE: Jegliche Vorerkrankung bei Score-Erhebung und Laktatmessung berücksichtigen! COPD, Laktatazidose, Pulmologische Vorerkrankung, Diabetes, Nephrologische Vorerkrankung, Hepatitis, Leberzirrhose, Kardiale Vorerkrankung, bek. Tumorleiden, Stoffwechselerkrankungen, Traumata und chirurgische Eingriffe.

K 19 Kohlenmonoxid-Vergiftung



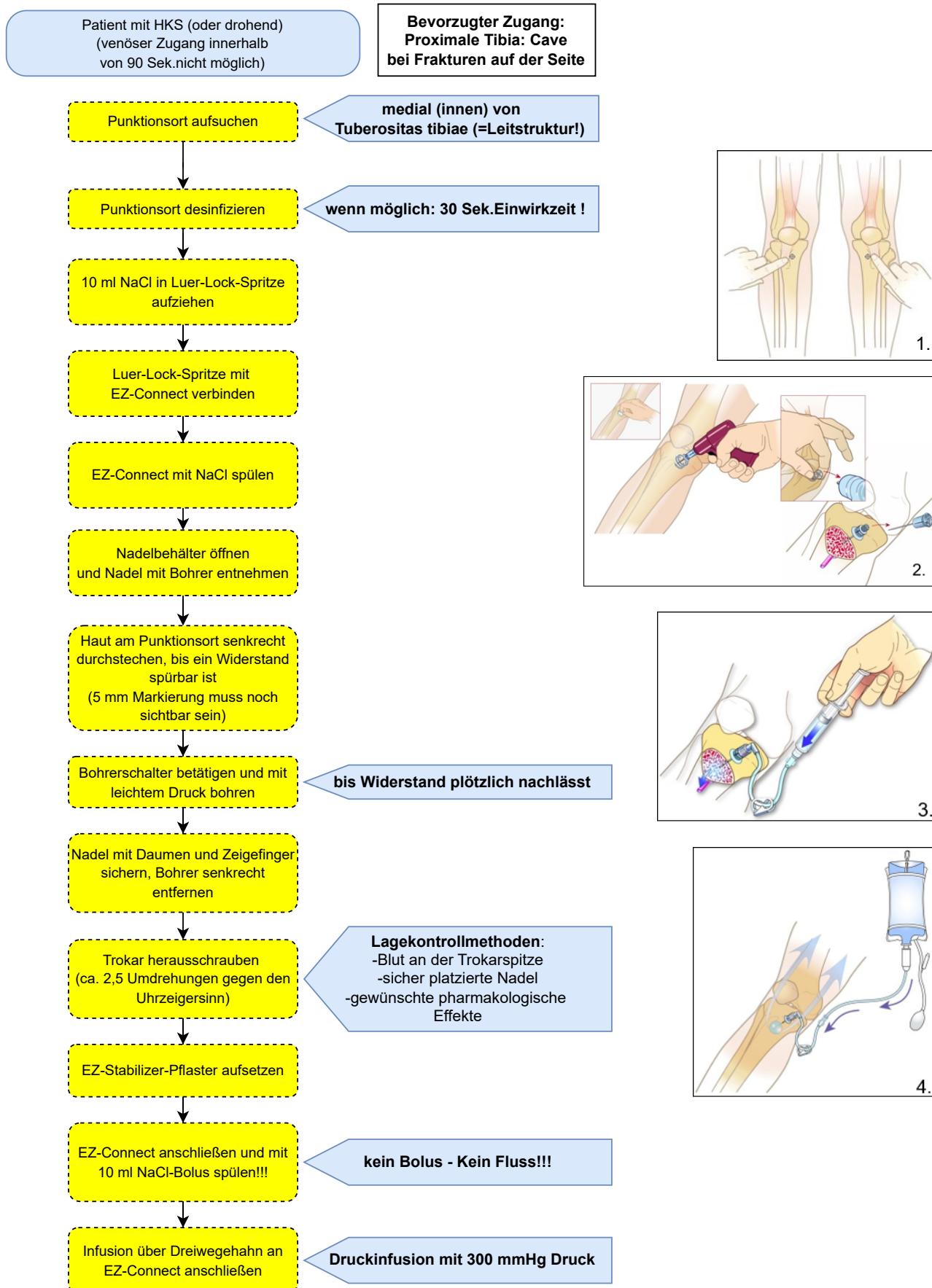
Die Indikation zur Sauerstoffgabe richtet sich nicht nach der Sauerstoffsättigung, sondern nach dem COHb-Wert.

* Bei Schwangeren, Säuglingen, Kleinkindern und KHK-Patienten mit Symptomatik und hohen COHb-Werten sollte die Indikation zur primären HBO-Therapie großzügig gestellt werden - Entscheidung des Notarztes! Inhalationstrauma ist Kontraindikation für HBO-Therapie.

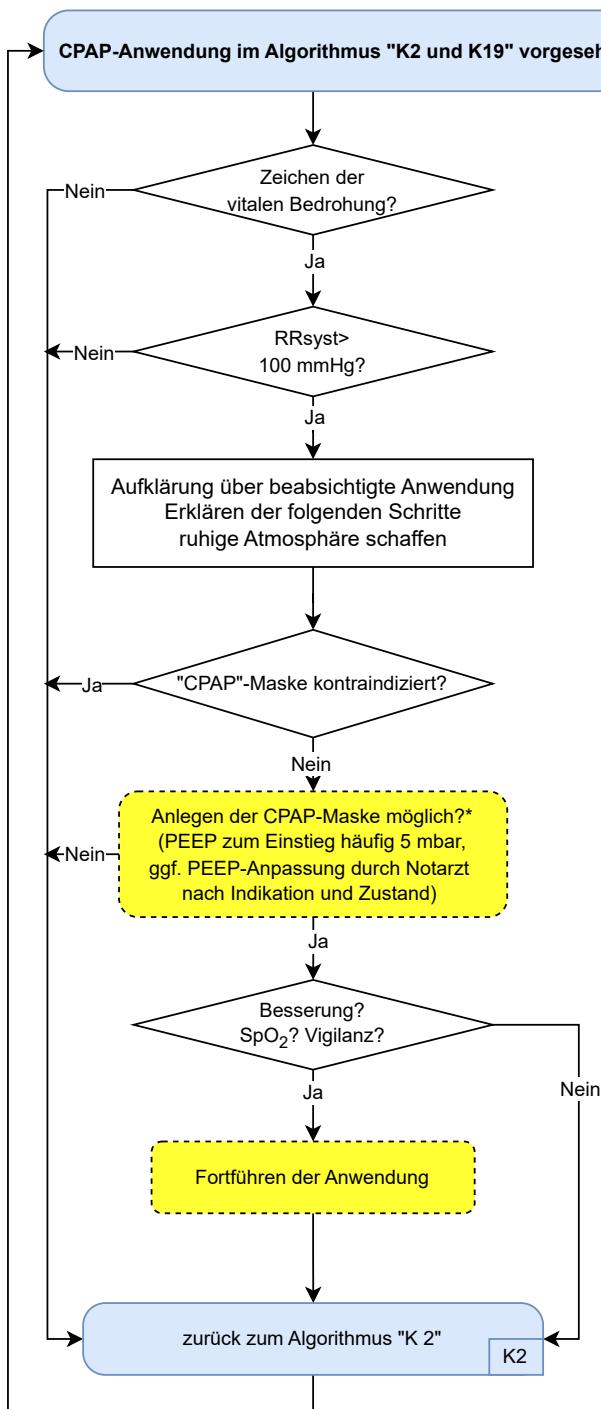
Bei Indikationsabwägung u/o Zuweisung HBO-Zentrum Arzt-zu-Arzt-Gespräch!

*ohne Notarzt möglich
bei komplikationslosem Verlauf

P 1 Intraossärer Zugang (Reanimation)



P 2 CPAP-Anwendung



Zeichen der vitalen Bedrohung:
starke Dyspnoe, Kaltschweißigkeit, Angst, Unruhe,
Auskultation der Lunge, bds. feuchte Rasselgeräusche, $\text{SpO}_2 < 90\%$

Vorteile:
Vermeidung von Problemen der orotrachealen Intubation
Klassische Analgosedierung nicht erforderlich (unerwünschte Wirkungen)
nosokomialen Beatmungspneumonien deutlich seltener

Nachteile:
kein direkter Zugang zu den Atemwegen (erschwerte Absaugung)
kein Aspirationsschutz
erforderliche Patienten-Compliance

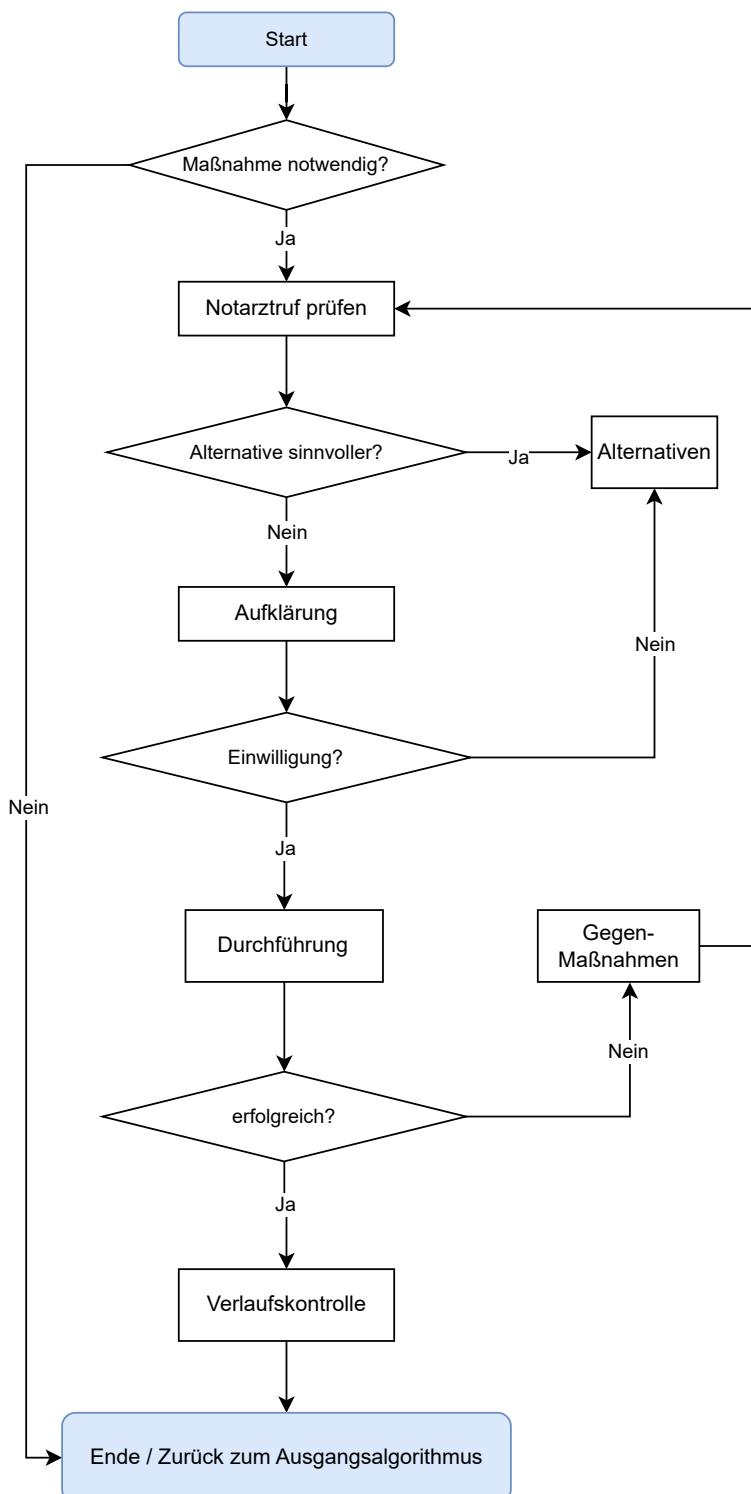
Voraussetzungen:
Spontanatmung und Bewusstsein erhalten, Patient kooperativ,
Hämodynamik ohne Katecholamine stabil, keine malignen Arrhythmien,
Keine Hypersekretion oder obere GI-Blutung, kein Erbrechen, kein Ileus

Kontraindikationen:
fehlende Schutzreflexe, Erbrechen, obere GI-Blutung/Ileus,
fehlende Eigenatmung, Verlegung der Atemwege,
Verletzungen im Gesichtsbereich

***nicht möglich bei:** unzureichender Kooperation,
Maskenproblemen (Bart, Erbrochenes etc.)
Was beruhigt den Patienten?
1. Rascher Anstieg der O_2 -Sättigung
2. Kompetentes Handeln des Personals

Abbruchkriterien:
Vigilanzverschlechterung
Atemstillstand, Schnappatmung
keine ausreichende klinische Besserung auf CPAP innerhalb von 10 Min.
Sauerstoffsättigung persistierend unter 85 % (relativ, z.B. Fibrose, COPD)
Erbrechen

P 3 Extralglottischer Atemweg



Indikationen / Symptome:

Atemstillstand
Insuffiziente Atmung bzw. Bewusstlosigkeit

Kontraindikationen (z. B.):

signifikante Mittelgesichts-, Gesichtsverletzungen mit Verdacht auf Schädelbasisfraktur

Notarztruf:

Indikationskatalog beachten
Lageabhängig auch unterhalb des Indikationskataloges

Alternativen:

Masken-Beutel-Beatmung
Intubation / Koniotomie
Sinnhaftigkeit ergibt sich aus einer individuellen Nutzen-Risiko-Abwägung

Aufklärung / Risiken:

Umfang der Aufklärung richtet sich nach der Dringlichkeit der Maßnahme

Einwilligung:

Zuvor (schriftlich) erklärter Patientenwille
(Patientenverfügung) kann mutmaßlich angenommen werden
Falls möglich, einholen (muss nicht schriftlich erfolgen) und im Notfallprotokoll vermerken.

Durchführung:

Lagerung / Platzierung / Fixierung
LT immer mit Magensonde anwenden

Gegenmaßnahmen:

Fremdmaterial entfernen

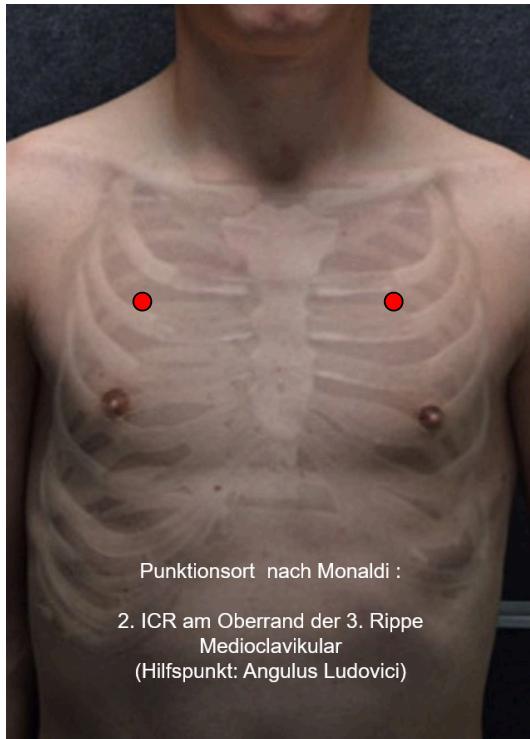
Erfolgsprüfung:

Inspektion / Auskultation / CO₂-Delektion

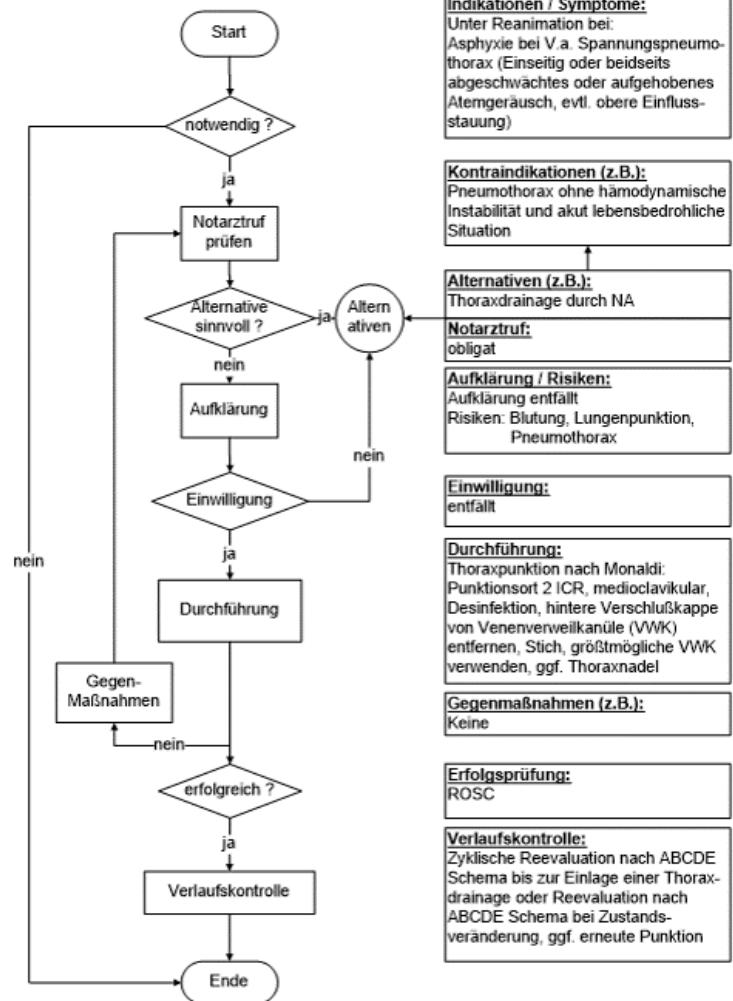
Verlaufskontrolle:

Klinische Beurteilung
CO₂- und SpO₂-Messung

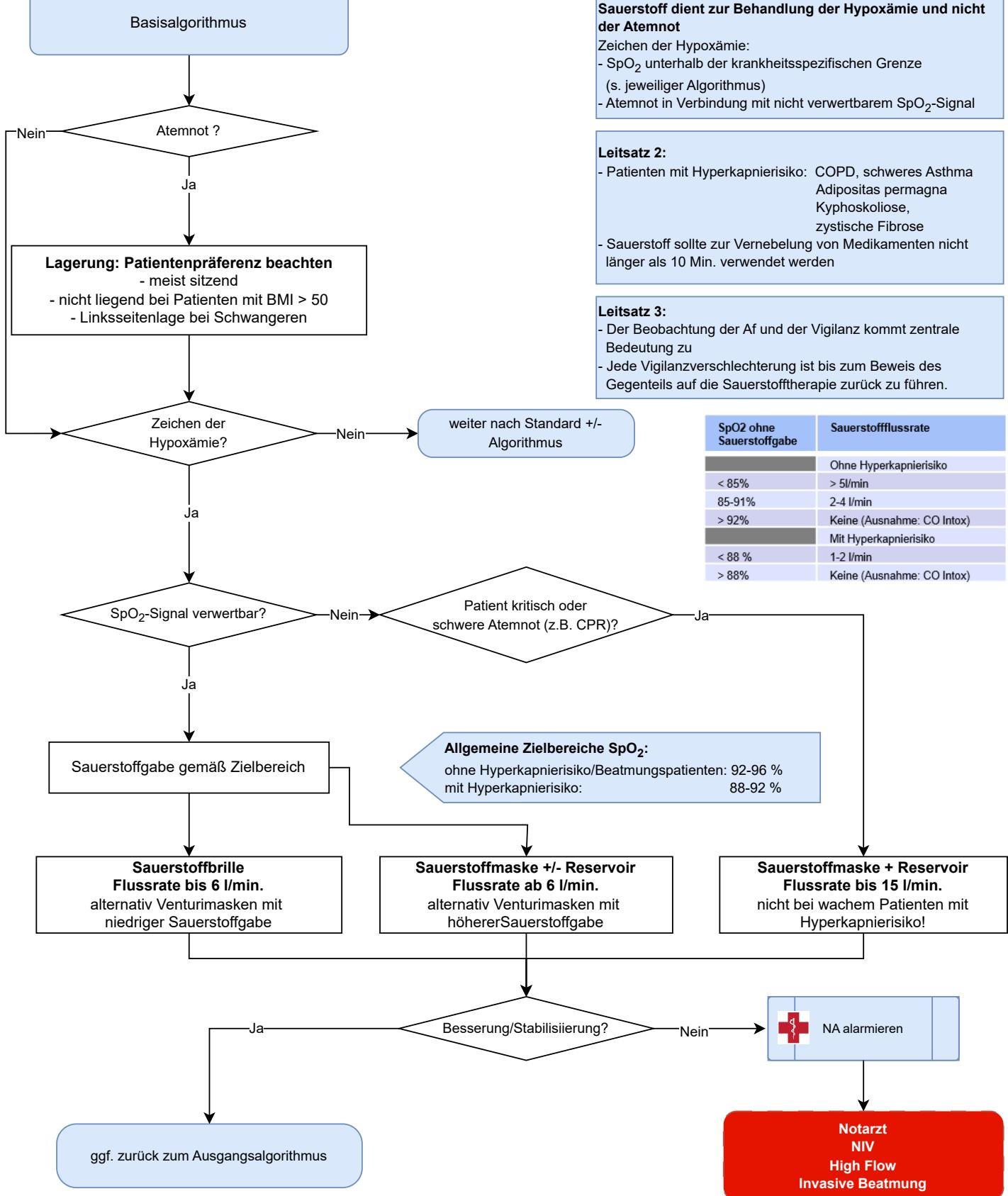
P 4 Thoraxentlastungspunktion (Reanimation)



Modifiziert nach Abb. v. LK Waldeck-Frankenberg
(genehmigt)



P 5 Sauerstoffgabe



P 6 Mechanische Reanimationshilfe (mCPR)

Grundsätzliches:

Indikationen für mCPR:

- Transport im RTW sowie aus unwegsamen Gelände
- Verlängerte Reanimationsdauer bei Erschöpfung der Helfer (z.B. Hypothermie, Lungenembolie)
- Therapieresistenter schockbarer Rhythmus, therapieresistente PEA
- Beobachteter Kreislaufstillstand mit Laien-CPR, geringe Low-Flow Zeit < 60 Min.

Kontraindikationen:

- Korrekte und sichere Positionierung nicht möglich (z.B. Kleinkind, extreme Adipositas)
- Kinder < 8 Jahren und/oder < 15 kgKG
- Thoraxdurchmesser < 14 cm

Ethische Aspekte:

Die Indikationsstellungen sind immer Einzelfallentscheidungen und sollten im Team vor Ort getroffen werden. Dabei ist zu überprüfen, ob der Einsatz der mechanischen Reanimationshilfe in Bezug auf die Lebensqualität und ausschließlich auf diese, prognostisch günstig ist. Diese geschieht unter Einbeziehung von:

- Alter
- Neurologischem Zustand
- Allgemeinzustand des Patienten sowie die Berücksichtigung der Vorteile und Risiken der verschiedenen Vorgehensweisen

Weitere Entscheidungshilfen:

- Dauer der vermuteten Ischämiezeit
- Situation vor dem Ereignis, Begleiterkrankungen
- Prognose nach erfolgreicher Reanimation

ERC-Leitlinien kardiopulm. Reanimation 2021:

Mechanische Reanimationshilfen sollten nur in Betracht gezogen werden, wenn qualitativ hochwertige manuelle Thoraxkompressionen nicht praktikabel sind oder die Sicherheit des Retters beeinträchtigt ist (z. B. unter Transport, während einer Herzkatheteruntersuchung).

Technisches Vorgehen:

Durchgängig manuelle Thoraxkompression während Geräteanlage

„Hands-Off-Intervall“ bei Recboardplatzierung so gering wie möglich halten

Patient mittig auf Recboard platzieren

Kompressionspunkt auf Mittelpunkt des Recboards ausrichten

Stempel wählen und befestigen

Stempel patientenadaptiert (Thoraxhöhe) wählen und an Kompressionsarm des Corpsus mCPR arretieren

Recboard und Kompressionsarm zusammenfügen

Kompressionsarm mit Recboard an Metallaufnahme (Bajonettverschluss) konnektieren

Gerät einschalten, Druckpunkt ausrichten

Kompressionsarm auf korrekten Druckpunkt für Thoraxkompression ausrichten (roter Arretierhebel muss für die Bewegung nach oben geklappt sein) roten Feststellhebel nach unten klappen, um Kompressionsarm auf gewähltem Punkt zu fixieren

Mechanische Kompression starten (30:2 oder kontinuierlich)

Der korrekte Auflagedruck ist erreicht, wenn die grüne Leuchte dauerhaft leuchtet Startknopf betätigen, kontinuierliche Kompression nur unter manueller Beatmung

Gerät sicher am Patienten fixieren

Patient mit Recboardspinne an Gerät fixieren mittig zum Kompressionsstempel ausrichten Stempel komprimiert den Thorax innerhalb des Rings Magnetschnallen mit Fixierung verbinden und straffziehen

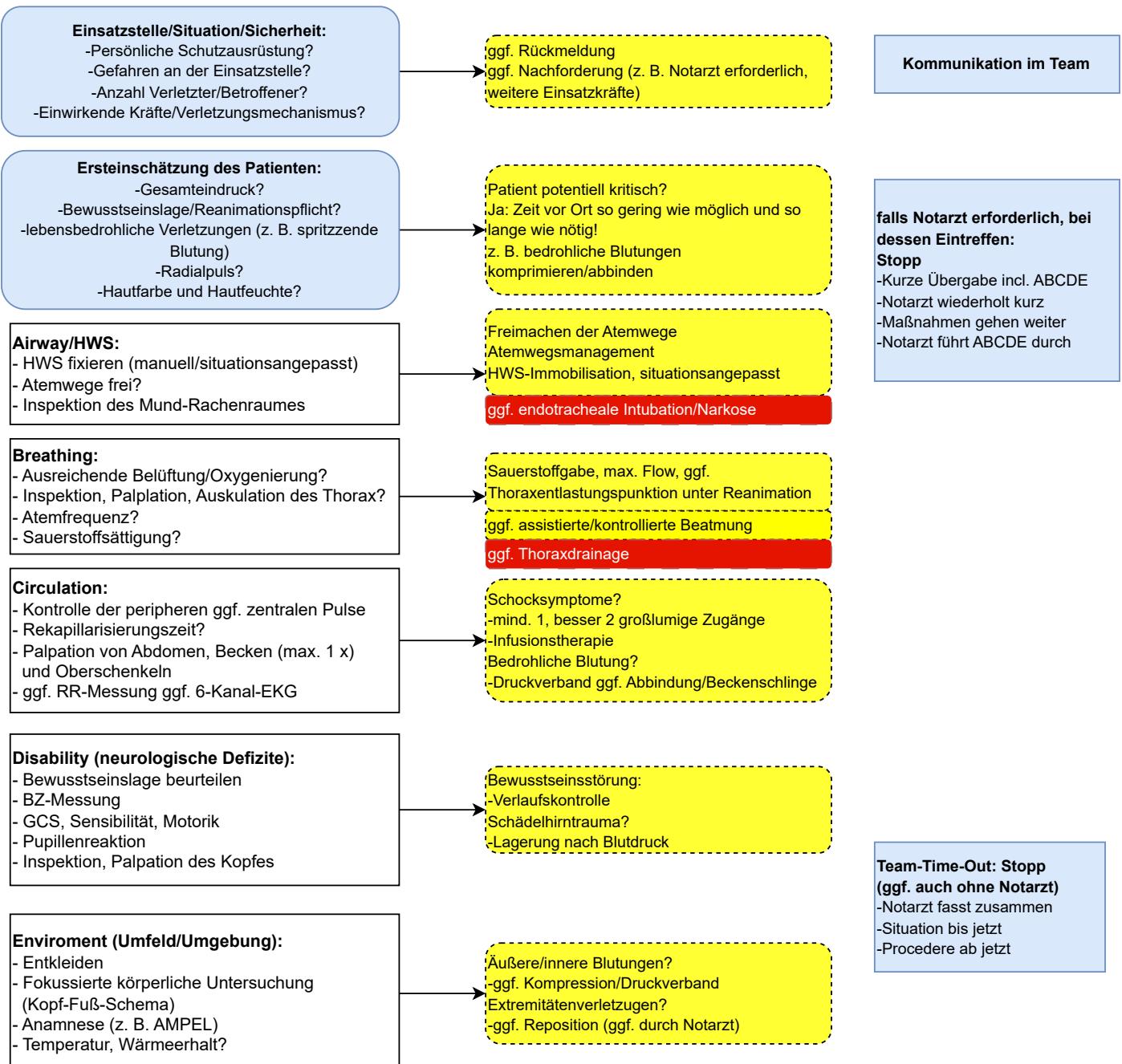
Merke:

mCPR ohne CPR-Feedback-Sensor verwenden Drucktiefe engmaschig kontrollieren Transport auf Vakuummatratze, Tragetuch, Spineboard möglich (Einzelfallentscheidung)

V 1 Traumaversorgungskonzept *

*modifiziert nach TraumaManagement®

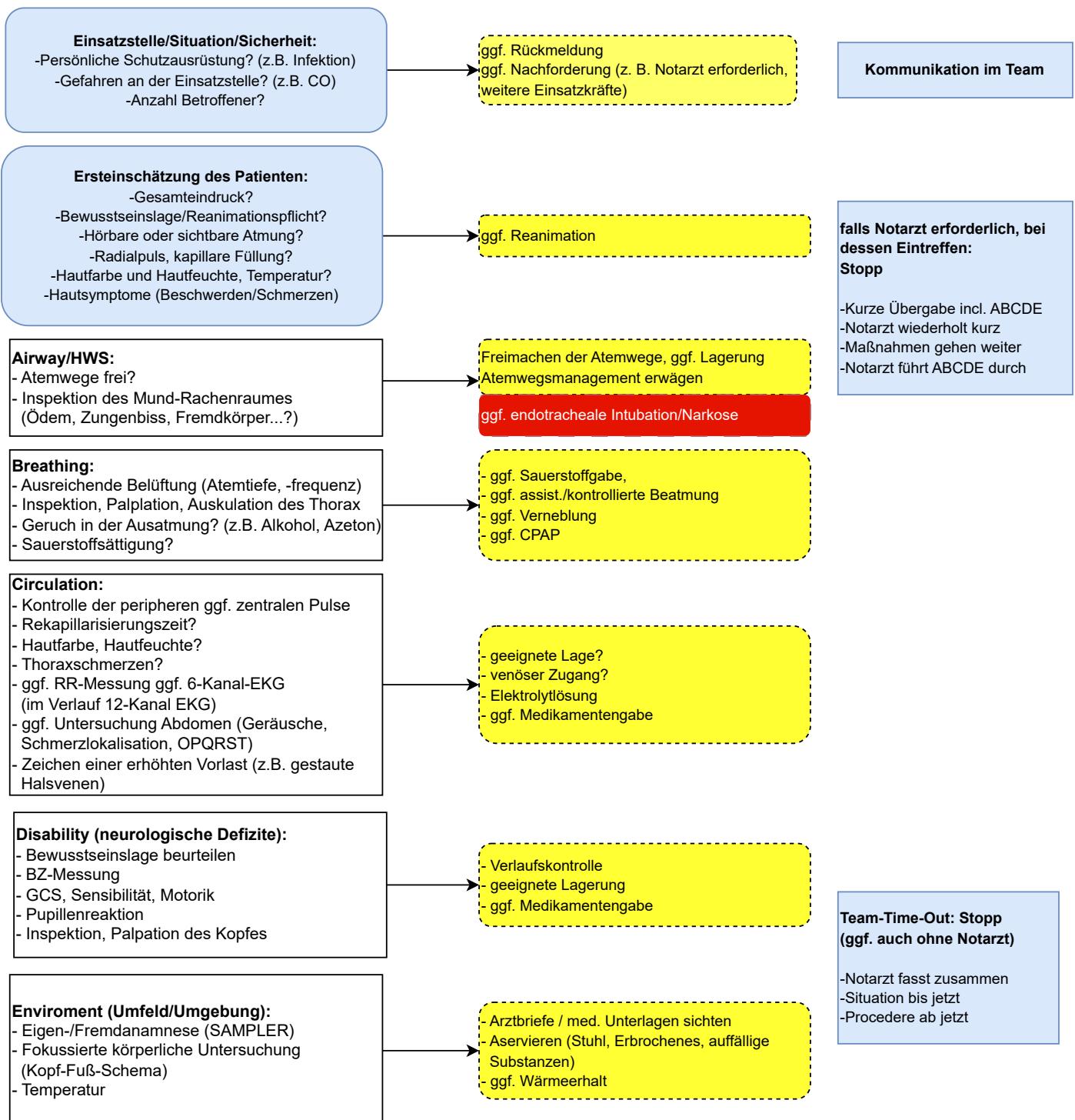
Notarzt situativ erforderlich



Patient kritisch? Suffiziente Basistherapie, schnellstmöglicher Transport in geeignete Zielklinik, Re-Evaluation!

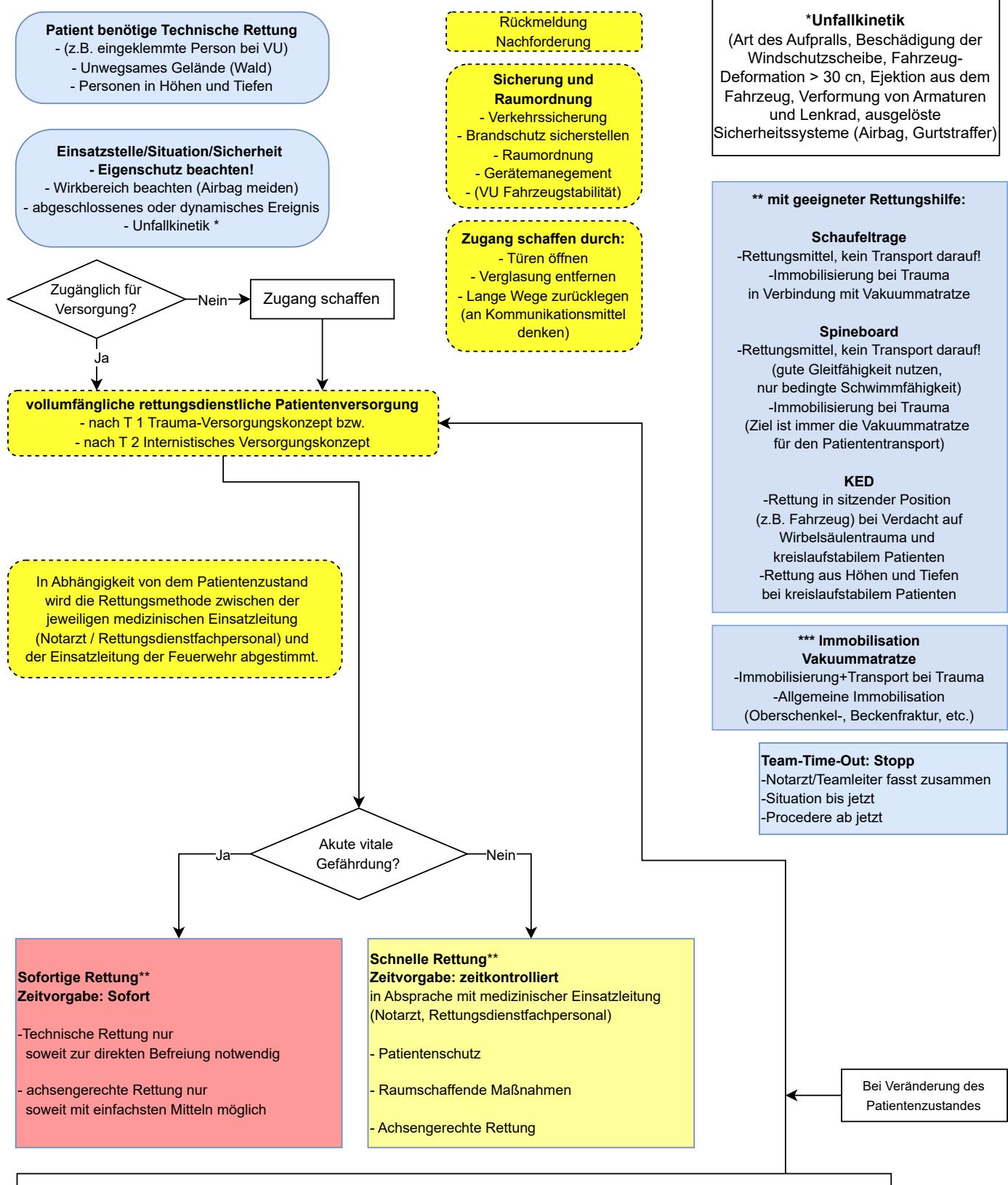
V 2 Internistisches Versorgungskonzept

Notarzt situativ erforderlich



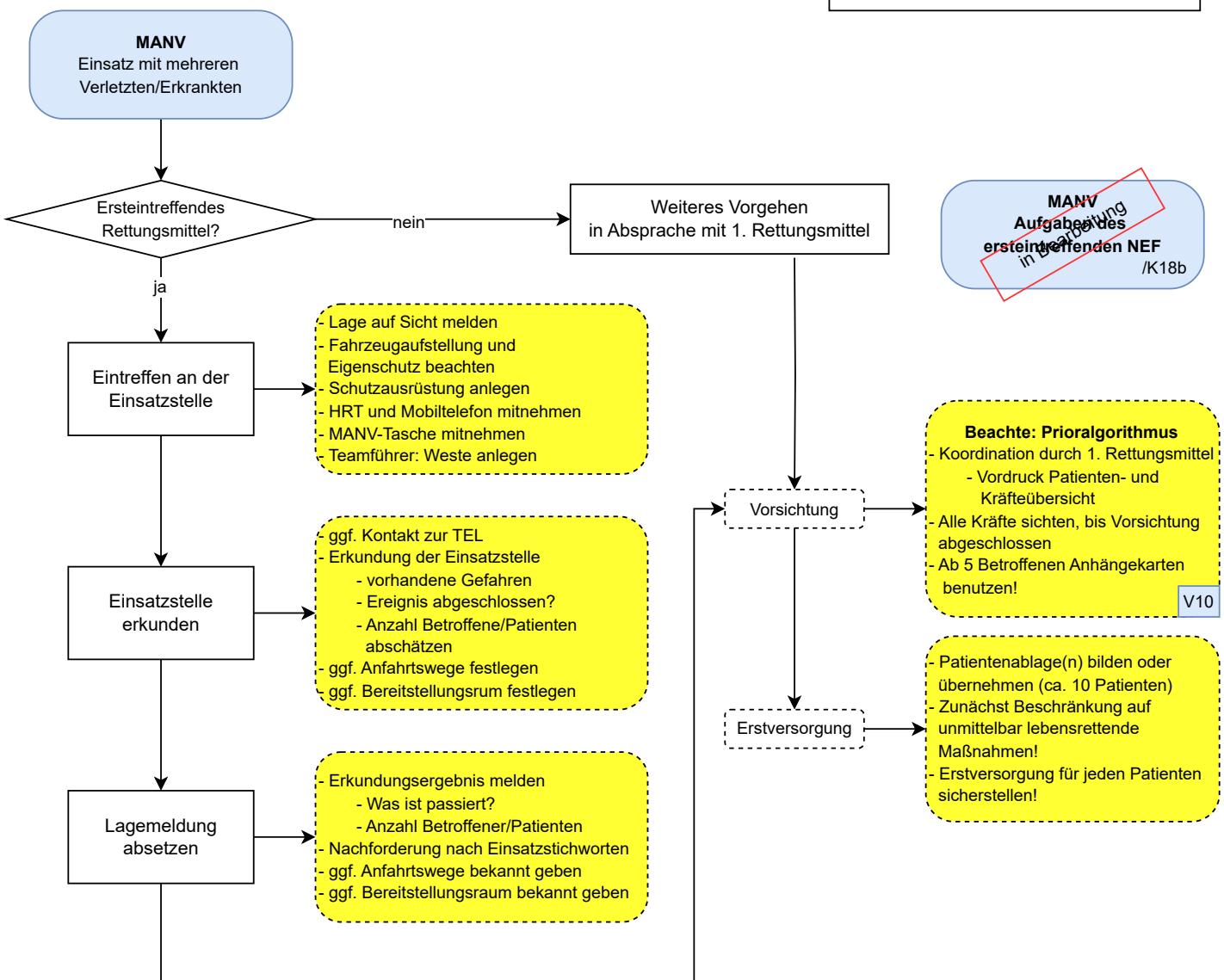
Patient kritisch? Notarztnachforderung? Indikation für medikamentöse Therapie? Auswahl Zielklinik? Re-Evaluation!

V 3 Technische Rettung

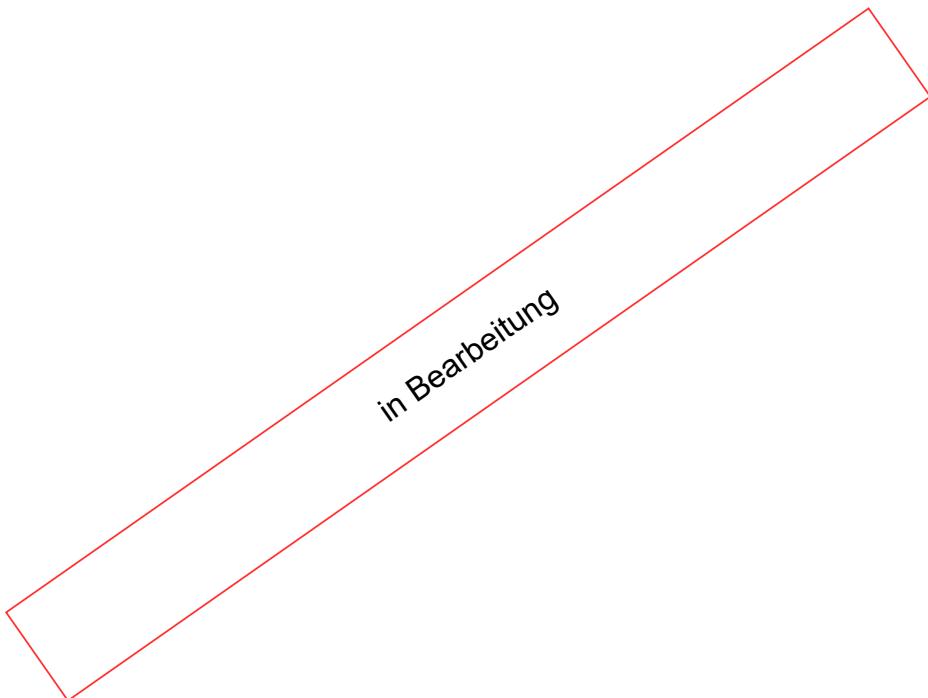


V 4 MANV: Aufgaben ersteintreffendes Rettungsmittel*

* erstellt von der AG OLRD in Anlehnung an das Konzept des Bundesamtes für Bewälkerungsschutz und Katastrophenhilfe



V 5 MANV: Aufgaben ersteintreffender Notarzt/NEF-Fahrer



V 6 Kennzeichnungswesten von Führungs- und Sonderfunktionen im Einsatz

	Technische(r) Einsatzleiter/-in		Übungsleitung
	Abschnittsleiter/-in (z.B. LNA / OL RD; Feuerwehr: Objekt- und Aufgabenbezogen)		Ersteintreffender RTW
	Zugführer/-in		Führer/-in Erstversorgung bei MANV
	Fahrzeugführer/-in/ Gruppenführer/-in/ Staffelführer/-in		Führer/-in Patientenablage
	Fachberater/-in (Sonderfunktion, z.B. Einsatzleitung Klinik)		Notarzt/Notärztin bei MANV
	Pressesprecher/-in		Übungsbeobachter/-in
	Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV)		Brandschutz- aufsichtsdienst
	Lokale Sonderfunktion, z.B. Krisenunterstützung Migration Odenwaldkreis (KuMO) oder Einweiser Klinik		Einsatzleiter/-in Ort (ELO, Polizei)

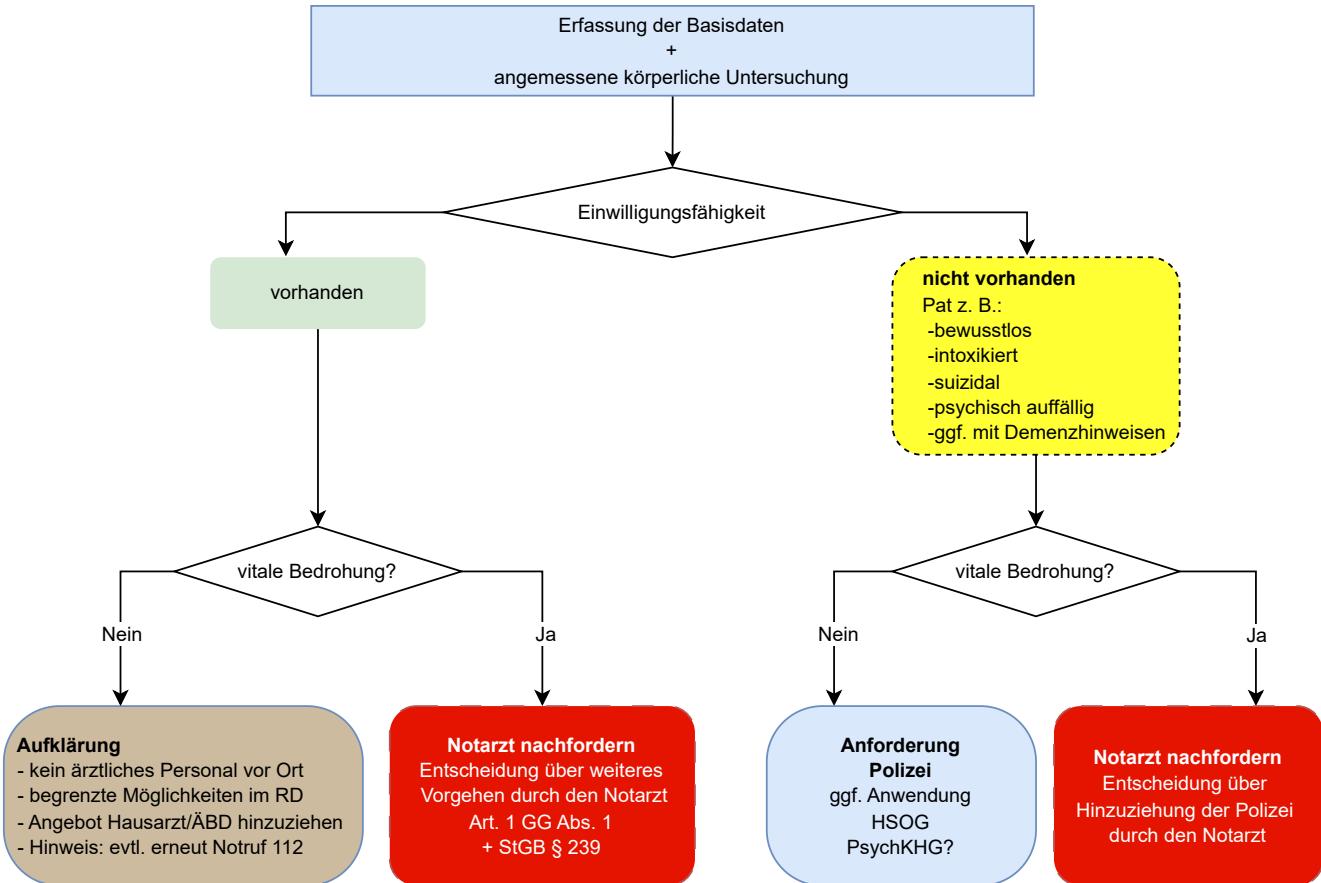
V 7 a Patient bleibt vor Ort - welcher Fall?

bitte mitgelieferte Unterlagen
beachten: U 2

welcher Fall ?		Patient will transportiert werden	
		ja	nein
Indikation für einen Transport	ja	Normalfall Fall 1	Transportverweigerung Fall 2
	nein	Transportablehnung durch nichtärztliches Rettungsdienstpersonal  Fall 3	Transportverzicht Fall 4

V 7 b Patient bleibt vor Ort - welche Bedingungen?

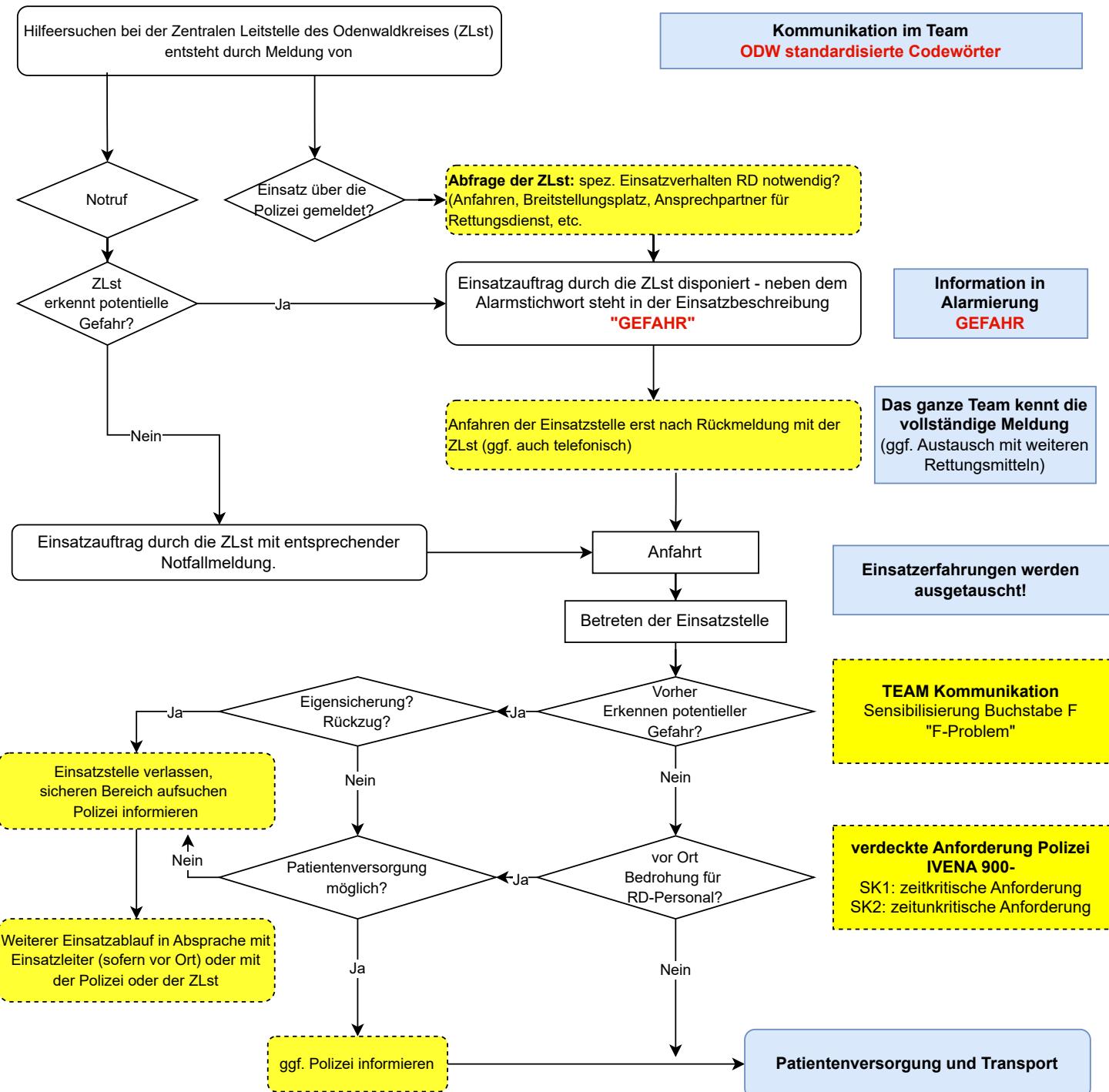
bitte mitgeltende Unterlagen
beachten: U 2

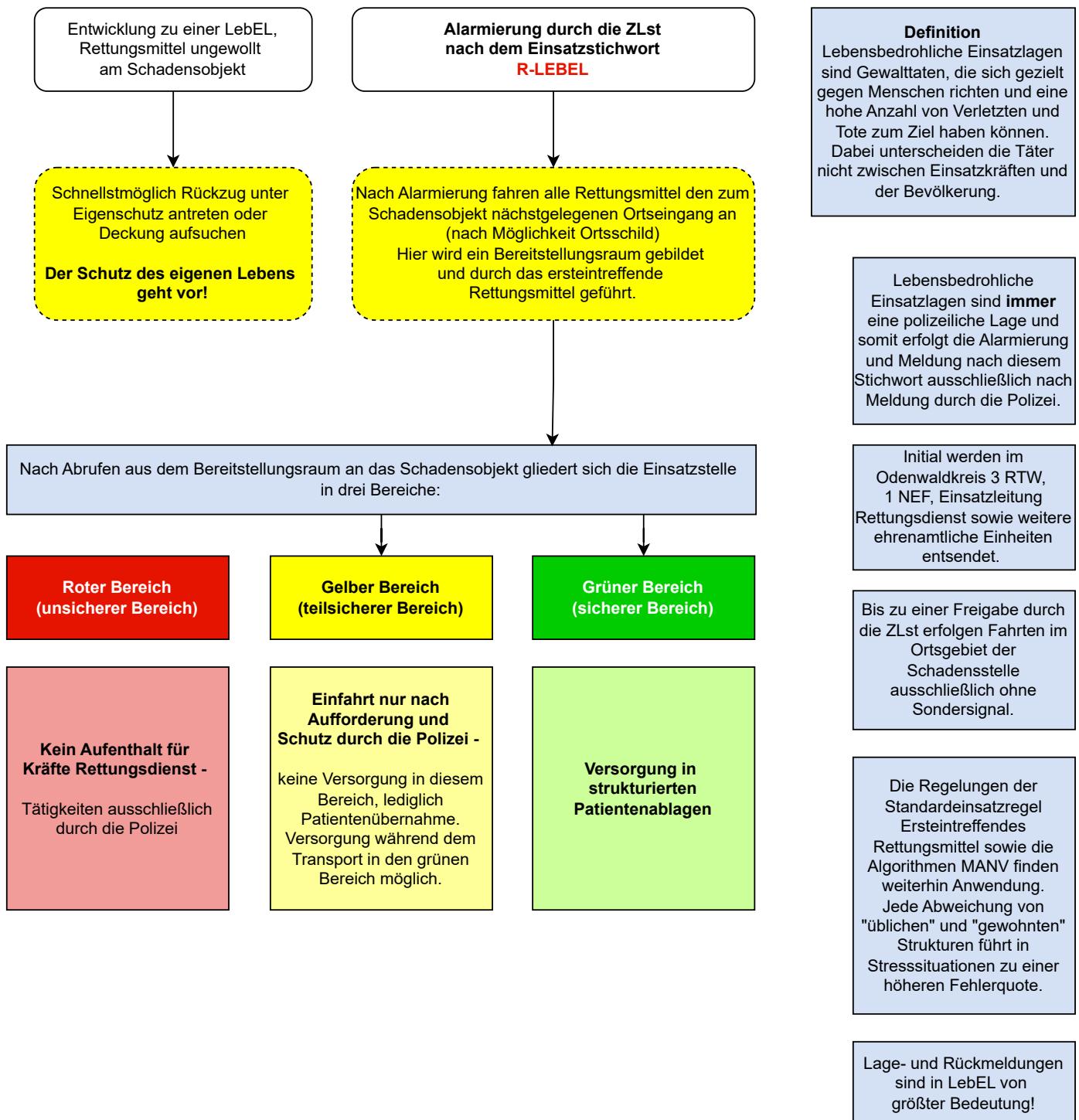


Aufklärungsbogen Transportverweigerung oder Transportverzicht verwenden

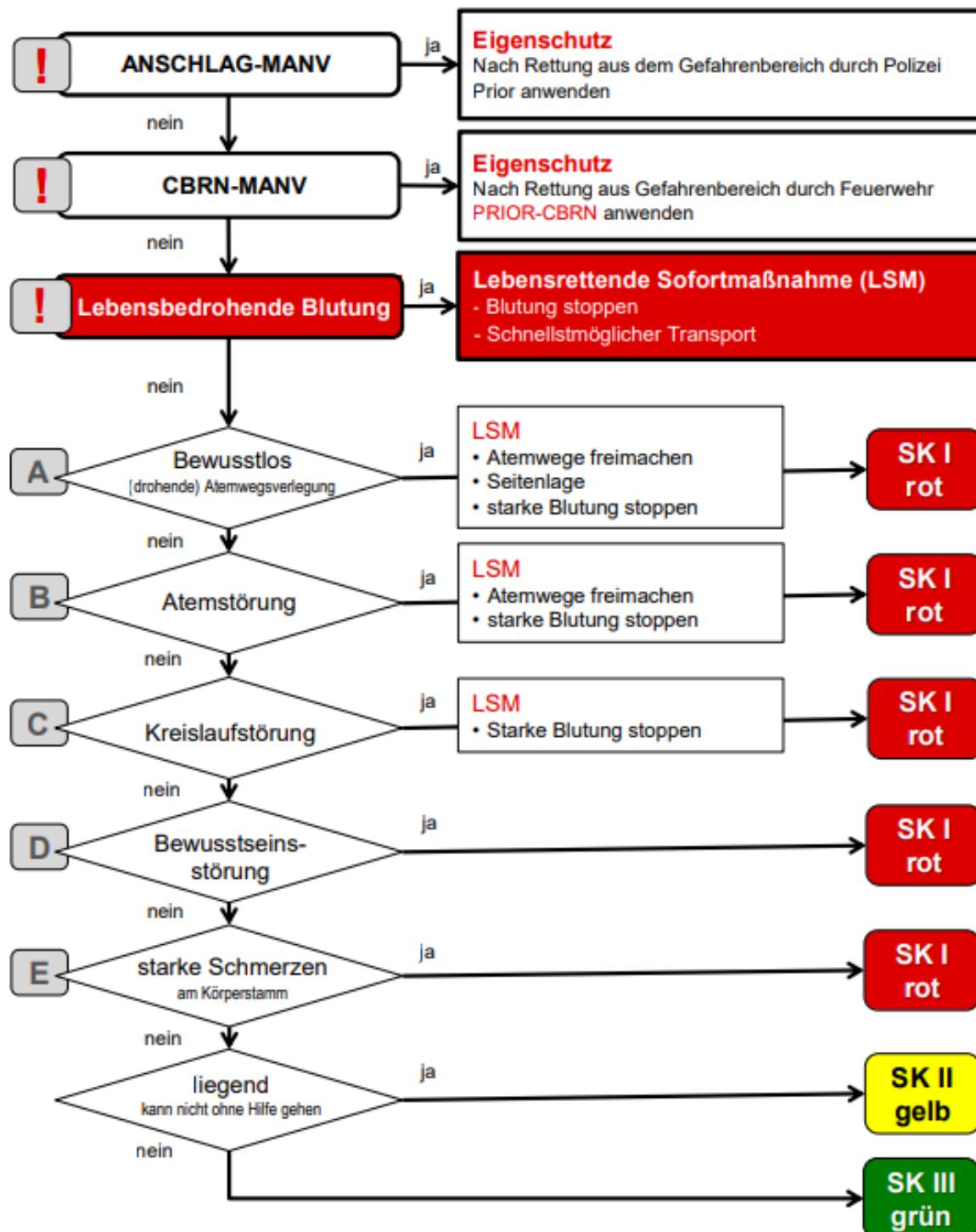
V 8 Vorgehen bei gewalttätiger Bedrohung

Das Vorgehen beschreibt die Schwerpunkte des Eigenschutzes für jegliche Einsatzart.





PRIOR Algorithmus



® dpma/302014060543