



In Zusammenarbeit mit den
Sportärzdebünden Nordrhein und Westfalen



ERSTE HILFE bei Sportunfällen

Eine Handreichung für Übungsleiterinnen
und Übungsleiter, Trainerinnen und Trainer

Das Qualitätsmanagement im gesundheitsorientierten Sport
in Nordrhein-Westfalen wird unterstützt durch:

Innenministerium
des Landes Nordrhein-Westfalen



Eine Initiative des „Handlungsprogramms 2015
„Sport und Gesundheit“ für das Land Nordrhein-Westfalen“





INHALT

Vorwort.....	2
1 Allgemeine Maßnahmen	5
2 Psychische Erste Hilfe.....	6
3 Notruf und Rettungskette („Chain of Survival“).....	7
4 Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates	9
4.1 Erstversorgung von leichten Sportverletzungen.....	10
4.2 Erstversorgung komplikationsgefährdender Sportverletzungen	13
5 Verletzungen der Körperoberfläche.....	14
6 Herz-Kreislauf-Stillstand und lebensrettende Sofortmaßnahmen	16
7 Anhang	24
7.1 Checkliste: Vorbeugung von Sportverletzungen	24
7.2 Checkliste: Notfalllogistik an Sportstätten.....	25
7.3 Checkliste: Ausrüstungsvorschläge Notfallrucksack, Sanitätsraum.....	27
7.4 Checkliste: Fortbildungsmöglichkeiten.....	29
7.5 Glossar.....	30
7.6 Links im Internet	31
7.7 Versicherungsrechtliches	32
Impressum.....	34



VORWORT

Bewegung, Spiel und Sport fördern die Gesundheit und erhöhen die Lebensqualität. Diese positiven Aspekte können durch die individuell angepasste, trainingswissenschaftlich und sportpädagogisch zeitgemäße Gestaltung aller Trainingsmaßnahmen optimiert werden. Trotzdem ist das Wissen um Sportverletzungen für Sportlerinnen und Sportler und insbesondere für Trainer und Trainerinnen sowie Übungsleiterinnen und Übungsleiter von zunehmender Bedeutung, da die Anzahl von Freizeitunfällen zunimmt.

Eine Ursache stellt die Entwicklung des Sportartenspektrums dar: Im Rahmen einer zunehmenden „Radikalisierung“ koordinativ anspruchsvoller und verletzungsgefährdender Trend- und Extremsportarten, die vielfach von Untrainierten begonnen und oftmals nur für die Dauer einer Saison praktiziert werden, entwickelt sich ein wachsendes Verletzungspotenzial.

Komplizierend kommen die fortschreitend defizitären sensomotorischen Fähigkeiten der heranwachsenden – zunehmend übergewichtigen – Kinder und Jugendlichen hinzu.

Auch ältere Menschen entdecken in wachsender Zahl den Präventions- und Rehabilitationssport und trainieren nicht selten mit gesundheitlichen Risikofaktoren.

Trainerinnen und Trainer sowie Übungsleitungen sehen sich im Rahmen ihrer Tätigkeit mit einem wachsenden Potenzial von möglichen Zwischenfällen konfrontiert. Die Notfall-Hilfeleistung in Sportstätten durch speziell geschulte Laien gewinnt zunehmend an Bedeutung.

Die Bandbreite reicht von Verstauchungen und Verrenkungen über Knochenbrüche und Wunden bis hin zum Herz-Kreislauf-Stillstand.

Gemäß § 323c StGB sind Übungsleiterinnen und Übungsleiter zur Hilfeleistung im Rahmen der ihnen gegebenen Möglichkeiten verpflichtet. In Notfällen kompetent und sicher handlungsfähig zu sein, bedeutet neben der sportartspezifischen Kompetenz eine große Herausforderung an jede Übungsleitung.

Viele in dieser Broschüre enthaltene Empfehlungen beruhen auf Standards internationaler Gremien (z.B. des European Resuscitation Council). So finden sich im Text neben den deutschen Begriffen auch die entsprechenden internationalen Begriffe, z.B. „First Responder“ für „Ersthelfer“ und „Basic Life Support“ für „Laienwiederbelebung“.

Ziel dieser Handreichung ist es, einen kurzen Überblick über die richtigen Maßnahmen zu geben. Sie kann keine Schulung in „Erster Hilfe“ ersetzen. Im Gegenteil, sie möchte vielmehr zur Nutzung der vielfachen Schulungsangebote für Laienhelferinnen und Laienhelfer anregen.

Der LandesSportBund Nordrhein-Westfalen hat den Anspruch, jedem aktiven Menschen ein optimales Sport- und Bewegungsangebot zu ermöglichen. Dazu gehören auch die Verletzungsvorbeugung und die Rehabilitation nach Sportverletzungen. Wir hoffen, mit dieser in bewährter Weise mit dem Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen sowie den beiden Sportärzdebänden in Nordrhein und Westfalen entwickelten Broschüre dazu einen kleinen Beitrag zu leisten.





1 ALLGEMEINE MASSNAHMEN

- Verletzte Sportler gefährden sich und andere. Daher bedeutet ein akuter Verletzungsverdacht für sie immer Trainings-, Spiel- oder Wettkampfabbruch („Pause“).
- Ein anfänglich harmlos erscheinender akuter Zustand kann fortschreiten (Erbrechen, Kollapsneigung, Verlust der Schutzreflexe) und sich zu einem lebensbedrohenden Krankheitsbild entwickeln. Daher sollten verletzte Sportler niemals allein in die Umkleidekabine gelassen werden. Es ist eine konstante Beaufsichtigung zu gewährleisten
- Schmerzerleichternde Schonhaltungen der Verletzten sind zu unterstützen.
- Sportverletzte sind unterkühlungsgefährdet! Zum Wärmeerhalt empfiehlt sich eine Wärmedecke.
- Da vielfach die Beurteilung eines Notfallgeschehens und seiner Folgen durch den Laien nicht ausreichend möglich ist, sollte die Abschätzung einer frühzeitigen Rettungsdienstalarmierung großzügig getroffen werden.
- Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes hängt das Überleben von jeder Minute ab, die der Rettungsdienst früher eintrifft!
- Ist der Rettungsdienst alarmiert worden (z.B. bei Verdacht auf einen Knochenbruch, Herz-Kreislauf-Stillstand etc.), sollten den Verletzten keine Getränke, Speisen oder Zigaretten zugeführt werden. Unter Umständen ist im Krankenhaus eine Narkose zur Durchführung einer Operation erforderlich: Das Risiko eines unwillkürlichen Erbrechens ist bei frisch gefülltem Magen deutlich erhöht.



2 PSYCHISCHE ERSTE HILFE

Auch einfach anmutende Sportverletzungen können für die Betroffenen einen Kontrollverlust darstellen, der Unsicherheiten und Ängste auslöst.

Anregungen zur mentalen Betreuung geben die Grundregeln zur Psychischen Ersten Hilfe durch Laien (modifiziert nach UNI Dortmund/ Bundesanstalt für Straßenwesen):

- 1 Stellen Sie sich der verletzten Person vor. Sagen Sie ihr, dass Sie für sie da sind und etwas geschieht. Erklären Sie jede Handlung, bevor Sie aktiv werden – auch wenn die verletzte Person bewusstseinsgetrübt ist. Sie soll spüren, dass sie in dieser Situation nicht allein ist und sich jemand konstant um sie kümmert.
- 2 Schirmen Sie die verletzte Person vor Schaulustigen ab. Neugierige Blicke bedeuten zusätzlichen Stress. Weisen Sie Schaulustige freundlich, aber bestimmt zurück.
- 3 Suchen Sie vorsichtigen Körperkontakt. Leichter körperlicher Kontakt wird in Ausnahmesituationen oft als angenehm und beruhigend empfunden. Halten Sie deshalb die Hand oder Schulter der Betroffenen. Begeben Sie sich auf gleiche Körperhöhe mit der zu versorgenden Person. Berührungen am Kopf oder anderen Körperregionen sind hingegen nicht zu empfehlen.
- 4 Sprechen Sie und hören Sie zu. Sprechen kann für die verunfallte Person wohltuend sein. Wenn sie redet, hören Sie geduldig zu. Sprechen Sie mit ruhigem Tonfall. Vermeiden Sie Vorwürfe. Fragen Sie die verletzte Person, ob Angehörige benachrichtigt werden sollen.

3 NOTRUF UND RETTUNGSKETTE („CHAIN OF SURVIVAL“)

Als Ersthelferin oder Ersthelfer stellen Sie das erste Glied der Rettungskette (Chain of Survival) dar und leiten Hilfsmaßnahmen ein, die durch den professionellen Rettungsdienst fortgeführt werden. Das bedeutet, dass Sie mit dem Management eines Notfalles nicht allein gelassen sind.

Bundesweit erreichen Sie den professionellen Rettungsdienst unter der Rufnummer „112“.

Diese Rufnummer kann von jeder Telefonzelle rund um die Uhr kostenfrei angerufen werden. Seit dem 1.7.2009 ist es nicht mehr möglich, von einem Handy ohne gültige SIM-Karte die Notrufnummer „112“ zu wählen!

Auch durch die Rufnummer „19222“ können Sie bundesweit Tag und Nacht die Ihnen zugeordnete Rettungsleitstelle erreichen. Sie sollten diese Rufnummern ausschließlich in Notfällen wählen; der Missbrauch ist strafbar.

Vergewissern Sie sich, wo sich in der Nähe Ihrer Sportstätte das nächste Telefon befindet. Führen Sie (insbesondere bei Outdoor-Training, z.B. Waldläufen) ein Mobiltelefon mit sich.

ABLAUF DES NOTRUFES: DIE FÜNF „W-FRAGEN“

Wer ruft an?

Wo ist der Zwischenfall passiert?

Was ist passiert?

We viele Verletzte? Welche Arten von Verletzungen?

Warten auf Rückfragen!





WER RUFT AN?

Nennen Sie deutlich Ihren Namen und Ihre Beziehung zum Notfallgesehenen (z.B. Sportübungsleitung).

WO IST DER ZWISCHENFALL PASSIERT?

Machen Sie exakte Angaben zum Ort des Geschehens (bei Straßen ist die Fahrtrichtung von entscheidender Bedeutung). Dies beinhaltet auch die Anfahrtsmöglichkeit für den Rettungswagen (bei Sportanlagen z.B. offene Tore).

Im Rahmen eines Übungsleitungstreffens kann man ggf. unter Einbeziehung des Hausmeisters einen standardisierten Ablauf zur Anfahrt und Übergabe der betroffenen Person an den Rettungsdienst festlegen. Dies sollte man regelmäßig auch in der Praxis üben.

WAS IST PASSIERT?

Schildern Sie kurz den Hergang der Geschehnisse und den Zustand der betroffenen Person/en (Nichtansprechbarkeit? Bewusstlosigkeit?). Nach Ihren Angaben wählt die Leitstelle die erforderlichen Rettungsmittel (z.B. Notarztwagen, Rettungshubschrauber etc.) aus.

WIE VIELE VERLETZTE? WELCHE ARTEN VON VERLETZUNGEN?

Anzahl, Zustand und Lebensalter der Verletzten sowie spezielle Verletzungsbilder (z.B. Brandverletzungen, Nichtansprechbarkeit) entscheiden ebenfalls über die Auswahl der Rettungsmittel.

WARTEN AUF RÜCKFRAGEN!

Ggf. hat die Leitstelle noch weitere Fragen an Sie. Legen Sie daher erst nach Beendigung des Gespräches durch die Leitstelle auf.

Im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes gibt es in Deutschland erste Initiativen, die notrufende Person durch Anweisungen der Rettungsleitstelle am Telefon zur schnellen Herz-Lungen-Wiederbelebung anzuleiten (so genannte „Telefonreanimation“) während der Rettungsdienst anrückt. Ein „Warten auf Rückfragen“ ist also von herausragender Bedeutung!

4 VERLETZUNGEN DES STÜTZ- UND BEWEGUNGSAPPARATES

Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates bilden die häufigste Verletzungsgruppe bei Sporttreibenden.

Die Prophylaxe durch ausreichendes Auf-/Abwärmen, exakte Technik in der Ausübung, Einhalten von Fairplay und Regelwerk sowie das Tragen intakter Sportbekleidung und vollständiger Schutzausrüstung kann das Verletzungsrisiko erheblich reduzieren!

Es werden leichte Sportverletzungen (die unter kühlenden, schonenden Maßnahmen zeitnah folgenlos ausheilen) von komplikationsgefährdenden Sportverletzungen (die eine schnelle ärztliche Behandlung erfordern, um möglichst ohne bleibenden Schaden auszuheilen) unterschieden.

Die Differenzierung zwischen beiden Gruppen kann selbst dem erfahrenen Sportmediziner schwer fallen und erfordert nicht selten eine weitere Diagnostik im Krankenhaus!

Leichte Sportverletzungen können sein:

- Prellungen von Muskeln oder Knochen durch stumpfen Anprall
- Zerrungen von Muskeln und Gelenk sichernden Bändern
- Leichte Verstauchungen (Distorsionen) der Gelenke mit geringem Belastungsschmerz

Komplikationsgefährdende Sportverletzungen sind:

- Ausrenkungen (Luxationen) von Gelenken (z.B. Finger, Schulter)
- Bänderrisse mit schwerem Belastungsschmerz und Gelenkinstabilität (z.B. Knöchel)
- Große Blutergüsse (Hämatome) nach Anprallverletzungen
- Knochenbruchverdacht (Schmerz, Fehlstellung, Schwellung, Bewegungsverlust)
- Sehnenrisse (z.B. von Achillessehne oder Bizepssehne)

Aufgabe der Ersthelfer ist niemals die exakte Diagnosestellung; diese bleibt den Ärzten vorbehalten. Schon bei Verdacht auf eine komplikationsgefährdete Sportverletzung sollten die Ersthelfer ihre Maßnahmen entsprechend treffen und die Sportverletzten zeitnah (ggf. mit dem Rettungswagen) einer weiteren diagnostischen fachärztlichen Abklärung zuführen.



4.1 ERSTVERSORGUNG VON LEICHTEN SPORTVERLETZUNGEN

Die „P-E-C-H“-REGEL ist eine einfache Faustregel, um an die Maßnahmen bei leichten Verletzungen des Bewegungsapparates zu erinnern:

- P** AUSE
- E** is
- C** ompression
- H** ochlagerung



„PAUSE“

Hierzu sei auf den Abschnitt „Allgemeines“ verwiesen.

„EIS“

Die lokale Eisanwendung im Bereich der Verletzung soll die Gewebeschwellung verringern und die Schmerzleitgeschwindigkeit der Nerven senken. Hierzu ist eine Einwirkdauer von mindestens 20 Minuten, idealerweise zwei bis drei Stunden erforderlich.

Es können Eisstücke und so genannte „Coolpacks“ verwendet werden. Diese sollten jedoch niemals direkt auf die Haut aufgebracht werden, da es durch das Temperaturgefälle zu Erfrierungsschäden der Haut kommen kann. Es empfiehlt sich, die Kühlung auf einen unterliegenden Kompressionsverband aufzubringen oder das „Coolpack“ in ein Handtuch einzuschlagen. Voraussetzung für die äußere Eisanwendung ist eine warme und ausreichend durchblutete Extremität.

Eissprays sind zur Kühlung völlig ungeeignet, da eine Langzeitkühlung damit nicht möglich ist. Die kurzzeitige Kühlwirkung des Eissprays bewirkt vielmehr eine reaktive Mehrdurchblutung der Haut und führt so zu vermehrter Schwellung. Ein längeres Aufsprühen kann zu Erfrierungsschäden der Haut führen.

„KOMPRESSION“

Ein elastischer Wickel in ausreichender Breite soll die Schwellneigung des Gewebes reduzieren und so die Wirkung der Kühlung unterstützen. Hierbei kann nach den ersten Bindengängen das „Coolpack“ mit dem verbleibenden Wickel über der Verletzungsstelle fixiert werden. Ein Kompressionsverband sollte stets von körperfern nach körpernah gewickelt werden. Eine ausreichende Breite des Wickels und ein moderater Druck sollen Schnürfurchen im Hautniveau und eine Beeinträchtigung der Durchblutung verhindern (Ein elastischer Kompressionswickel ist kein „Tourniquet“!). Voraussetzung für die Anlage eines Kompressionsverbandes ist – wie im Falle der Kühlung – eine warme und gut durchblutete Extremität.



Tolerieren Betroffene die Kompression oder sonstige Manipulationen an der verletzten Extremität nicht, besteht der Verdacht auf das Vorliegen eines Knochenbruchs (Fraktur). Von Betroffenen nicht tolerierte Maßnahmen sollten nicht gegen ihr Einverständnis durchgeführt werden.

„HOCHLAGERUNG“

Soweit es von Betroffenen toleriert wird, soll die verletzte Extremität zwecks Minderung der Schwellneigung erhöht gelagert werden.

Im Falle schwerwiegender Verletzungen (Ausrenkungen, Knochenbrüche) tolerieren Betroffene diese Maßnahme vielfach nicht und nehmen eine schmerzerleichternde Schonhaltung ein. Der von den Betroffenen spontan eingenommenen Schonhaltung ist dann Vorrang zu geben: sie ist mit geeigneten Hilfsmitteln zu unterstützen.





Durchblutungsfördernde Maßnahmen wie Massagen, Sonnenbäder und Saunabesuche sind unbedingt zu vermeiden, da sie Gewebeeinblutung, Schwellneigung und Schmerzleitung fördern können!

Eine längere Gelenkentlastung oder Ruhigstellung ist bei Jugendlichen und Erwachsenen mit dem Risiko einer Thrombosebildung in der ruhig gestellten Extremität verbunden. Daher sollten Unterarmgehstützen und vergleichbare Ruhigstellungsmittel nur nach ärztlicher Absprache zur Anwendung gebracht werden. (Ärzte können hierbei begleitende gerinnungshemmende Spritzengaben empfehlen).

„Muskelkater“ wird nicht nach der „P-E-C-H“-Regel behandelt. Hier empfiehlt sich die lokale Wärmeanwendung und Verzicht auf weitere sportliche Betätigung für 5 bis 7 Tage. Bei Beschwerdedauer über 5 Tagen sollte der Arzt konsultiert werden.

4.2 ERSTVERSORGUNG KOMPLIKATIONSGEFÄHRDENDER SPORTVERLETZUNGEN

Komplikationsgefährdende Sportverletzungen bedürfen schneller ärztlicher Hilfe, um eine möglichst vollständige Ausheilung ohne bleibende Einschränkungen zu gewährleisten. Die Therapie dieser Verletzungen ist ausschließlich erfahrenen Ärzten vorbehalten und kann z.B. in der Einrichtung (Reposition) eines Knochenbruchs (Fraktur) oder einer Gelenkausrenkung (Luxation), ggf. auch in der Durchführung einer Operation bestehen. Auch die Verabreichung von Schmerzmitteln ist Ärzten vorbehalten. Im Falle des Verdachtes auf eine komplikationsgefährdende Sportverletzung ist daher unverzüglich der Rettungsdienst zu verständigen (siehe Abschnitt „Notruf und Rettungskette“).

Anzeichen für komplikationsgefährdende Sportverletzungen können sein:

- Knochen-/Gelenkschwellung
- Schmerzhaftige Bewegungseinschränkung
- Hautblässe/Hautkälte körperfern der Verletzung
- Taubheitsgefühl körperfern der Verletzung
- Lähmung/Bewegungsverlust körperfern der Verletzung
- Spürbares Knochenreiben, tastbare Knochenenden
- Bei Hautverletzung: sichtbare Knochenenden („offene Fraktur“)

Etwa 20% der Sportverletzungen sind Knochenbrüche. Diese Untergruppe zeigt vor allen anderen Sportverletzungen die stärkste Häufigkeitszunahme!

Maßnahmen der Ersthelfer bei komplikationsgefährdeten Sportverletzungen:

- Ruhigstellung der verletzten Extremität durch Umpolsterung mit Decken, Kleingeräten oder hierfür vorgesehenen Hilfsmitteln aus dem Notfallrucksack (z.B. SAMSPLINT-Schienen).
- Abdecken von Wunden mit sterilem Verbandsmaterial.
- Zeitnahe Alarmierung des Rettungsdienstes!
- Kein Wiedereinrichten von Knochenbrüchen oder ausgelenkten Gelenken!
- Keine Verabreichung von Getränken, Speisen oder Medikamenten!
- Belassen des Verletzten am Unfallort. Eine ungeübte Transportmaßnahme soll unterbleiben!

Droht den Verletzten oder den Helfern am Unfallort weitere Gefahr, so kann in Ausnahmefällen ein Transport vor Eintreffen des Rettungsdienstes erforderlich sein. Hierbei ist auf bestmögliche Ruhigstellung der verletzten Extremität zu achten!



5 VERLETZUNGEN DER KÖRPEROBERFLÄCHE

Bei Verletzungen der Haut durch mechanische, chemische, thermische oder physikalische Einflüsse entsteht eine Wunde. Im Bereich der Wunde verliert die Haut ihre Schutzfunktion gegen diese Einflüsse und die Fähigkeit, als Verdunstungsschutz und Keimbarriere zu wirken.



Im Sport finden sich vornehmlich Wunden durch mechanische, stumpfe (z.B. Anprall) oder scharfe (z.B. Stichwunde) Gewalteinwirkung. Analog zum Verletzungsmechanismus werden diese Wunden z.B. als Schürf-, Platz-, Stich-, Schnitt-, Riss- oder Bisswunde bezeichnet. Je nach Stärke der einwirkenden Gewalt erstreckt sich der entstehende Gewebeschaden nicht nur auf das Hautniveau, sondern kann auch tiefer liegende Gewebeschichten (Blutgefäße, Nerven, innere Organe) erfassen.

Eine stumpfe Oberbauchverletzung durch den Anprall eines Fahrradlenkers hinterlässt im Hautniveau oft nur eine oberflächliche Prellmarke. In der Tiefe findet sich nicht selten ein Einriss der Milz mit u. U. lebensbedrohlicher innerer Blutung. Daher sollten Anprallverletzungen des Rumpfes, insbesondere des Bauches unmittelbar im nächstgelegenen Krankenhaus einem Chirurgen vorgestellt werden.

Häufige Wundarten und ihre Erstversorgung

- **Schürfwunden:** Durch tangentielle Gewalteinwirkung entstandene oberflächliche Hautläsionen, oft mit Verschmutzung durch Fremdkörpereinsprengung (z.B. Sand). Vorsichtige Reinigung mit einer antiseptischen, zur Wunddesinfektion ausgewiesenen Lösung, in Ausnahmefällen mit sauberem Wasser. Bei fortdauernder Sickerblutung Abdeckung mit sterilem Verband. Bei Einsprengung größerer Fremdkörper werden diese belassen und die Betroffenen nach Verbandsanlage direkt einem Arzt vorgestellt.
- **Platzwunde/Risswunde/Stichwunde/Schnittwunde:** Diese Wunden erfordern häufig eine Nahtversorgung durch den Arzt. Nach Anlegen eines sterilen Verbandes wird der Patient ohne Verzögerung einem Chirurgen vorgestellt.
- **Bisswunden** sind hoch infektionsgefährdet und verlangen nach steriler Verbandsanlage eine unverzügliche chirurgische Vorstellung; oft ist hier die Gabe eines Antibiotikums ärztlich zu erwägen.

Jede Hautverletzung birgt das Risiko einer Tetanusinfektion! Ist der Tetanusimpfstatus der verletzten Sportler unklar oder sind seit der letzten Impfung mehr als fünf Jahre vergangen, empfiehlt sich in jedem Falle eine sofortige chirurgische Vorstellung und zeitnahe Impfauffrischung.

Bedrohliche Blutungen aus Wunden werden durch verletzte Schlagadern verursacht und sind durch pulssynchron spritzende, hellrote Blutungen gekennzeichnet. Hierbei droht durch hohen Blutverlust in kurzer Zeit ein Blutmangel (Volumenmangelschock).

Zur Versorgung empfiehlt sich die sterile Abdeckung und unmittelbare Anlage eines Druckverbandes, wie sie in den Erste-Hilfe-Kursen der Hilfsorganisationen gelehrt wird.

Blutet dieser Verband durch, sollte ein zweiter, festerer Druckverband um diesen Verband herum angelegt werden.

Das Abbinden (abschnürender Tourniquet) einer verletzten Extremität verursacht schwere Gewebeschäden und ist daher zu vermeiden. Verletzungen von Sinnesorganen (im Sport sind häufig Augen und Ohren betroffen) bedürfen grundsätzlich einer ärztlichen Vorstellung.



6 HERZ-KREISLAUF-STILLSTAND UND LEBENSRETTENDE SOFORTMASSNAHMEN

Akute Beeinträchtigungen und Stillstände des Herz-Kreislauf-Systems können einen schweren Sauerstoffmangel für Herz und Gehirn des betroffenen Sportlers bedeuten. Da bereits nach mehr als drei bis fünf Minuten nach dem Eintreten eines Herz-Kreislauf-Stillstandes bleibende Hirnschäden der Betroffenen zu erwarten sind, ist ein unverzügliches, kompetentes Handeln der anwesenden Ersthelfer lebensrettend. Jede Minute zählt!

Betroffene mit Herz-Kreislauf-Stillstand muss unverzüglich wiederbelebt werden! Eine verzögerte Versorgung durch den vorherigen Transport in einen Sanitätsraum verringert seine Überlebenschance erheblich!

Ersthelfer sollten bei beobachteter plötzlicher Bewusstseinstörung oder Bewusstlosigkeit der betroffenen Sportler

- ohne Zeitverzögerung einen Notruf absetzen (siehe Abschnitt 4 „Notruf und Rettungskette“),
- bei Vorliegen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes unmittelbar mit den Wiederbelebungsmaßnahmen (Basic Life Support) beginnen,
- einen vorhandenen Automatischen Externen Defibrillator (AED) unmittelbar vor der Herz-Lungen-Wiederbelebung zum Einsatz bringen.

Grundlage einer schnellen Handlungsfähigkeit im Falle eines akuten Herz-Kreislauf-Stillstandes ist die regelmäßige (mehrfach jährliche) Übung der erforderlichen Basismaßnahmen zur Herz-Lungen-Wiederbelebung (Basic Life Support). Diese schließen neben der Atemspende und der Herzdruckmassage auch den Einsatz eines Automatischen Externen Defibrillationsgerätes (AED) ein.

Die Standardabläufe zur Wiederbelebung durch Laien (Basic life support) werden seit 1992 europaweit vom ERC (European Resuscitation Council) festgelegt und können jederzeit auf der zugehörigen Homepage (www.erc.edu) abgefragt werden. Der aktuelle Stand wurde 2006 veröffentlicht und gilt als aktueller Standard.

Die Hilfsorganisationen (www.bageh.org) sind aufgefordert, diese Empfehlungen in ihre Curricula „Lebensrettende Sofortmaßnahmen“, „Erste Hilfe“ und „Automatische Externe Defibrillation durch Laien“ aufzunehmen. In diesen Kursen können Ersthelfer die lebensrettenden Abläufe einüben und trainieren.

Die Lebensrettenden Sofortmaßnahmen durch Ersthelfer beinhalten je nach Situation die folgenden Handlungsabläufe:

HERZ-LUNGEN-WIEDERBELEBUNG (CPR = CARDIOPULMONALE REANIMATION)

Hierzu werden betroffene Personen auf eine harte Unterlage gebracht. Zur Öffnung der Atemwege wird der Kopf überstreckt und das Kinn angehoben. Unmittelbar nach Feststellung des dringenden Verdachtes auf Herz-Kreislauf-Stillstand (fehlende Ansprechbarkeit, fehlende Reaktion und unzureichende Atmung der verunfallten Person) wird der Brustkorb entkleidet und der Druckpunkt in der Mitte der Brust aufgesucht. Es werden 30 Herzdruckmassagen (Frequenz 100 Kompressionen/Minute, Kompressionstiefe beim Erwachsenen 4-5 cm) durchgeführt.

In der Frühphase der Herz-Lungen-Wiederbelebung ist die Herzdruckmassage wesentlich bedeutender als die Atemspende!

Sind Helfer nicht in der Lage, eine Atemspende durchzuführen, sollte eine ununterbrochene Herzdruckmassage bis zur Fortsetzung der Maßnahmen durch den Rettungsdienst durchgeführt werden!

Eine unmittelbar eingeleitete Herz-Lungen-Wiederbelebung durch anwesende Laien kann die Überlebenschance der verunglückten Sportler vervielfachen!



AUTOMATISCHE EXTERNE DEFIBRILLATION (AED)

Dem Herz-Kreislauf-Stillstand liegt in der Mehrzahl der Fälle eine schwere Herzrhythmusstörung – das Kammerflimmern – zugrunde. Die einzige Therapiemöglichkeit besteht in einem möglichst zeitnahen elektrischen Schock („Defibrillationsimpuls“).

Ein AED-Gerät erkennt zuverlässig diese Herzrhythmusstörung und beendet das Kammerflimmern mit einem doppelphasigen Elektroschock. Die Erfolgsaussicht dieser Maßnahme sinkt mit jeder Minute, die das Kammerflimmern andauert um etwa 10%!

Ist bei beobachteter plötzlicher Bewusstlosigkeit ein AED direkt zur Hand wird das Gerät vor Beginn der Herz-Lungen-Wiederbelebung zum Einsatz gebracht!

Muss das Gerät erst herbeigeschafft werden, so ist bis zum Eintreffen des Gerätes die Herz-Lungen-Wiederbelebung durchzuführen.

Nach jedem Defibrillationsimpuls gibt das AED-Gerät Anweisungen zu den weiteren Maßnahmen. In der Regel erfolgen nach jedem Defibrillationsimpuls drei Minuten Herz-Lungen-Wiederbelebung (30 Herzdruckmassagen im Wechsel mit zwei Atemspenden).

Hierbei sind die Unterbrechungszeiten der Herzdruckmassage so kurz wie möglich zu halten!

Der zeitnahe Einsatz eines AED-Gerätes kann bis zu 70% der Betroffenen das Leben retten! Die Überlebensrate sinkt mit jeder Minute Verzögerung des Defibrillationsimpulses um etwa 10%!

Die Hilfsorganisationen bieten Kurse in der Handhabung von AED-Geräten an.



Seit 27.05.2004 weist das Sicherheitszeichen DIN 4844-2/A1 auf den Standort eines automatisierten externen Defibrillators hin.

Der Handlungsablauf bei akut eingetretener Bewusstlosigkeit (Betroffene älter als 8 Jahre)

1. Schließen Sie Gefahrenquellen für die Verunfallten sowie anwesende Personen aus. Sichern Sie die Unfallstelle ab oder transportieren Sie die Verunfallten ggf. aus dem Gefahrenbereich (Rautek-Griff, Trage).
2. Prüfen Sie die Reaktionen der Verunfallten auf Ansprache und Anfassen. Schütteln Sie ihn leicht an den Schultern und fragen Sie laut: „Ist alles in Ordnung?“
3.
 - a. Wenn die verunfallte Person reagiert, lassen Sie sie in der Lage, in der Sie sie vorgefunden haben; vorausgesetzt, dass keine weiteren Gefahrenquellen existieren. Beobachten Sie die verunglückte Person fortlaufend und versuchen Sie herauszufinden, was passiert ist und welche Art Hilfeleistung zu organisieren ist.
 - b. Wenn die verunfallte Person nicht reagiert, bringen Sie sie in Rückenlage auf eine harte Unterlage. Prüfen sie die Atemfunktion durch Überstrecken des Halses und Anheben des Kinns.
4. Während Sie den Atemweg offen halten, suchen Sie nach Zeichen normaler Atmung: Sehen Sie nach Bewegungen des Brustkorbs, hören Sie am Mund der Patienten auf Atemgeräusche, fühlen Sie über dem Mund der Betroffenen nach einem Luftstrom an Ihrer Wange. Während der ersten Minuten unmittelbar nach einem Kreislaufstillstand ist es möglich, dass Patienten eine unzureichende Atmung haben, indem sie nur vereinzelte, geräuschvolle Atemzüge machen. Dabei handelt es sich nicht um eine normale Atmung! Im Falle nicht vorhandener oder unzureichender Atmung ist nach Absetzen des Notrufes unmittelbar mit der Herz-Lungen-Wiederbelebung zu beginnen!
5.
 - a. Bei normaler Atemfunktion bringen Sie die Person in die stabile Seitenlage und setzen den Notruf ab. Sorgen Sie für Wärmeerhalt (Retungsdecke) und lassen Sie die betroffene Person niemals unbeaufsichtigt.
 - b. Falls die verunfallte Person nicht ausreichend atmet, beauftragen Sie Anwesende mit dem Absetzen des Notrufes. Falls Sie allein sind, verlassen Sie die Patienten und setzen selbst den Notruf ab (auf Mobiltelefonen unter 112 kostenlos – auch ohne SIM-Karte möglich).



- 6.** Leiten Sie umgehend die Herz-Lungen-Wiederbelebung durch 30 Herzdruckmassagen ein. Hierzu knien Sie seitlich an Betroffenen, legen Sie den Ballen einer Hand auf die Mitte der Brust der Betroffenen. Legen Sie den Ballen Ihrer anderen Hand auf die erste Hand und verschränken Sie die Finger Ihrer Hände.

Vergewissern Sie sich, dass der Druckpunkt auf dem Brustbein liegt und keine Kompressionen des Oberbauches oder seitlich auf die Rippen erfolgt. Bringen Sie Ihre Schultern senkrecht über den Brustkorb der Betroffenen und drücken Sie mit gestreckten Armen das Brustbein um 4–5 cm nach unten. Entlasten Sie nach jeder Druckmassage den ganzen Druck auf den Brustkorb ohne den Kontakt zwischen Ihren Händen und dem Brustbein zu verlieren.

Die Druckfrequenz beträgt dabei 100 Kompressionen pro Minute (etwas weniger als 2 Kompressionen pro Sekunde). Dabei sollten Druck und Entlastung gleich lang sein.

Die Herzdruckmassage sollte für Atemspende und Defibrillation nur möglichst kurz unterbrochen werden!

- 7.** Kombinieren Sie die Herzdruckmassage mit der Atemspende (Mund-zu-Mund-Beatmung). Öffnen Sie nach 30 Kompressionen erneut die Atemwege durch Überstrecken des Halses und Anheben des Kinns.

Verschließen Sie mit Daumen und Zeigefinger Ihrer auf der Stirn liegenden Hand die Nase. Lassen Sie den Mund der Betroffenen sich öffnen und heben dabei weiterhin sein Kinn leicht an. Atmen Sie normal ein und legen Sie Ihre Lippen dicht um den Mund der Betroffenen.

Nun blasen Sie gleichmäßig in den Mund, achten Sie währenddessen darauf, dass sich der Brustkorb wie bei normaler Atmung innerhalb einer Sekunde hebt.

Während Sie den Hals überstreckt und das Kinn angehoben halten, lösen Sie Ihren Mund von dem der Betroffenen und beobachten Sie, wie sich der Brustkorb beim Entweichen der Luft senkt.

Atmen Sie erneut normal ein und blasen Sie noch einmal in den Mund der Betroffenen, um insgesamt 2 effektive Atemspenden zu erzielen.

- 8.** Legen Sie dann ohne Verzögerung Ihre Hände erneut auf die korrekte Stelle auf dem Brustbein und führen Sie weitere 30 Thoraxkompressionen durch.

- 9.** Fahren Sie mit Thoraxkompressionen und Beatmungen im Verhältnis von 30:2 fort.

- 10.** Unterbrechen Sie nur, um ein AED-Gerät anzuschließen oder um die verunfallte Person erneut zu untersuchen, falls sich wieder eine normale Atmung einzustellen beginnt. Unterbrechen Sie ansonsten die Herzdruckmassage nicht!

- 11.** Falls mehrere Helfer anwesend sind, sollte man sich alle ein bis zwei Minuten mit Atemspende und Herzdruckmassage abwechseln, um Ermüdungen vorzubeugen. Stellen Sie dabei sicher, dass es beim Helferwechsel nur zu minimaler Verzögerung kommt.

- 12.** Eine Wiederbelebung mit ausschließlicher Herzdruckmassage kann ebenfalls durchgeführt werden: Falls Sie nicht in der Lage oder nicht willens sind, eine Atemspende durchzuführen, dann wenden Sie nur die Herzdruckmassage an. Bei ausschließlicher Herzdruckmassage sollten die Kompressionen ununterbrochen mit einer Frequenz von 100 Kompressionen pro Minute erfolgen.

- 13.** Unterbrechen Sie die Wiederbelebungsmaßnahmen nur, um ein AED-Gerät anzulegen, um Betroffene zu untersuchen, wenn eine normale Atmung wieder einzusetzen beginnt, wenn die weitere Versorgung durch den Rettungsdienst übernommen wird, wenn Sie erschöpft sind.

- 14.** Verwendung eines automatisierten externen Defibrillators (AED-Gerät): Handelsübliche AED-Geräte sind zum Gebrauch bei Kindern über 8 Jahren geeignet. Verwenden Sie bei Kindern zwischen 1 und 8 Jahren spezielle Kinderklebelektroden oder, falls verfügbar, einen speziellen Kindermodus. Sind diese Optionen nicht vorhanden, dann benutzen Sie das AED-Gerät so wie es ist. Bei Kindern jünger als 1 Jahr wird die Verwendung von AED-Geräten nicht empfohlen.



Wiederbelebungsablauf mit AED-Gerät

1. Vergewissern Sie sich, dass die betroffene Person und anwesende Helfer nicht gefährdet sind. Bei Verabreichung eines Defibrillationsimpulses darf niemand die Betroffenen berühren!
2. Falls Betroffene nicht ansprechbar sind und nicht normal atmen, schicken Sie jemanden, das AED-Gerät zu holen und den Notruf abzusetzen.
3. Beginnen Sie – wie oben dargelegt – mit der Wiederbelebung, bis das AED-Gerät zur Hand ist.
4. Sobald das AED-Gerät verfügbar ist, schalten Sie das Gerät ein und bringen Sie die Klebeelektroden an. Falls mehrere Helfer anwesend sind, sollte die Herz-Lungen-Wiederbelebung währenddessen fortgesetzt werden. Folgen Sie den visuellen bzw. den Sprachanweisungen des Gerätes. Stellen Sie sicher, dass niemand Betroffene berührt, während das Gerät den Rhythmus analysiert.
5.
 - a. Falls das Gerät Sie zur Verabreichung eines Defibrillationsschocks auffordert, stellen Sie sicher, dass niemand die betroffene Person berührt, drücken Sie den Auslöseknopf entsprechend der Anweisung (vollautomatische AED-Geräte geben den Schock automatisch ab) und fahren Sie fort, wie es die visuellen bzw. die Sprachanweisungen vorgeben.
 - b. Falls das Gerät Ihnen keine Defibrillationsschock empfiehlt, sollten Sie ohne Zeitverzögerung die Wiederbelebung – wie oben dargelegt – mit einem Verhältnis von 30 Herzdruckmassagen im Wechsel mit 2 effektiven Atemspenden fortsetzen.

6. Verfahren Sie weiter wie es die visuellen bzw. Sprachanweisungen des Gerätes vorgeben.

Nach aktuellen Standards programmierte AED-Geräte werden Sie nach 3 Minuten Herz-Lungen-Wiederbelebung auffordern, diese Maßnahmen zu pausieren, während das Gerät einmalig den Herzrhythmus der Betroffenen analysiert und ggf. einen Schock freigibt. Ältere Geräte unterbrechen Sie jede Minute, um dreifach zu analysieren und ggf. auch jedes Mal einen Defibrillationsschock abzugeben. Diese Geräte sollten vom Betreiber zeitnah auf die aktuellen Wiederbelebungsrichtlinien 2006 umprogrammiert werden.

7. Beenden Sie die Wiederbelebungsmaßnahmen nur, um Betroffene zu untersuchen, wenn eine normale Atmung wieder einzusetzen beginnt, wenn die weitere Versorgung ohne Zeitverzögerung direkt durch den Rettungsdienst übernommen wird, wenn Sie erschöpft sind.





7 ANHANG

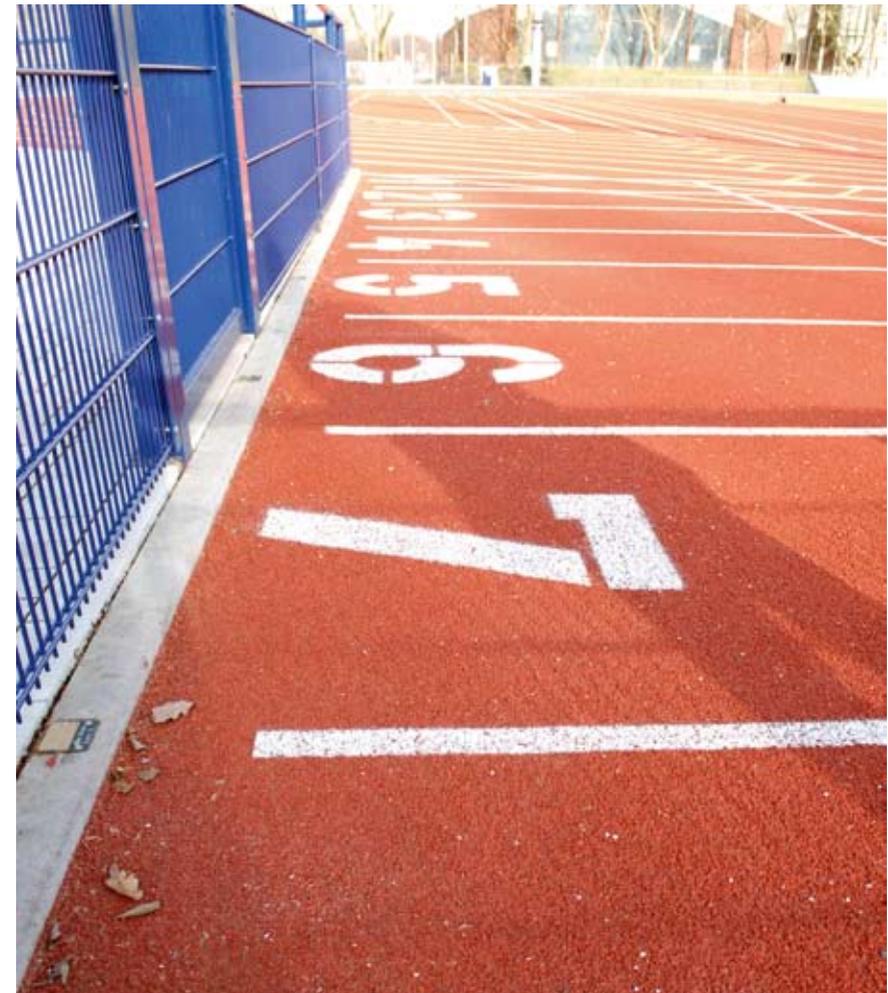
7.1 CHECKLISTE: VORBEUGUNG VON SPORTVERLETZUNGEN

Folgende Maßnahmen können geeignet sein, die steigende Zahl von Sportverletzungen zu reduzieren:

- Zu jeder sportlichen Aktivität: Aufwärmen, Abwärmen.
- Regelmäßiges, langfristiges Training, Erlernen und praktizieren der richtigen Technik.
- Dem Leistungsniveau, Lebensalter etc. angepasste Belastungen wählen.
- Beachten von Regeln, Sicherheitsstandards, Fairplay.
- Sportgerechtes Equipment, Materialchecks vor jedem Training.
- Tragen von Schutzausrüstung, regelmäßige Pflege der Ausrüstung.
- Verzicht auf Doping und Medikamentenmissbrauch.
- Ausgleichssport bei einseitigen Belastungen (Förderung der fünf sportmotorischen Grundeigenschaften). Frühzeitige sensomotorische Förderung von Kindern.
- Sportartspezifische sportärztliche Vorsorgeuntersuchung einschließlich EKG für Neu- und Wiedereinsteiger sowie bei allen Personen über 35 Jahren.
- Patienten- und ggf. krankheitsspezifische fachärztliche Sporttauglichkeitsuntersuchung (Längs- und Querschnittsuntersuchungen) insbesondere Präventiv- und Rehabilitationssport.
- Im Leistungssport engmaschige sportärztliche Betreuung (Kaderuntersuchungen etc.).
- Sportmedizinische und rettungsmedizinische Schulung von Trainerinnen und Trainern, Sportlehrerinnen und Sportlehrern, Übungsleitungen etc.

7.2 CHECKLISTE: NOTFALLLOGISTIK AN SPORTSTÄTTEN

Eine den Sporttreibenden, den Übungsleitungen und Trainerinnen und Trainern sowie den örtlichen Gegebenheiten angepasste Logistik kann bei regelmäßiger Übung erheblich zur sicheren Handlungsfähigkeit bei akuten Zwischenfällen beitragen.





Folgende Fragen können bei der Organisation von Notfallstrukturen Berücksichtigung finden:

- Besuchen alle Übungsleitungen jährlich einen Erste-Hilfe-Kurs?
- Wird der Ablauf einer Notfallsituation an der Sportstätte durch die Übungsleitung regelmäßig geübt?
- Wie lauten die Notrufnummern für Rettungsdienst und Kranken-transport? Sind diese gut sichtbar angebracht?
- Wo ist das nächste erreichbare Telefon und wie funktioniert es (Amts-leitung vorhanden? Vom Hausmeister abgeschlossen?)
- Wie lautet die genaue Adresse der Sporteinrichtung? Ist diese Adresse sichtbar am Telefon hinterlegt? Gibt es Besonderheiten bei der Zufahrt für den Rettungsdienst (z.B. abends verschlossene Tore)? Wie wird der Rettungswagen ggf. eingewiesen?
- Ist immer ein Mobiltelefon während der Übungsstunden zur Hand (v.a. bei Outdoor-Training)? Wie ist der genaue Standort bei Outdoor-Aktivitäten zu beschreiben?
- Sind Erste-Hilfe-Materialien unkompliziert und ohne Umstände greifbar?
- Entsprechen die Materialien der Mindestausstattung (KFZ-Pack)?
- Gibt es in erreichbarer Nähe ein AED-Gerät und ist dies ausgeschildert? Ist die Übungsleitung in das Gerät eingewiesen und in Automatischer Externer Defibrillation geschult?
- Wo werden ggf. Gerätebücher und Ausbildungsnachweise der Übungsleitung aufbewahrt?
- Gibt es einen Sanitätsraum? Wie ist er erreichbar und ausgestattet? Wer kümmert sich um die Ausstattung?
- Gibt es einen Notfallrucksack (ggf. mit AED), der im Notfall zu den Patienten gebracht werden kann? Wer kümmert sich um die Ausstattung?
- Gibt es ein Notfallprotokoll?
- Trainieren Risikopatientinnen oder Risikopatienten (z.B. Diabetikerinnen oder Diabetiker, Herzkrankte) an der Sportstätte?
- Welches ist das zuständige Krankenhaus?
- Welche Hilfsorganisation bietet in der Nähe Kurse in „Lebensrettenden Sofortmaßnahmen“, „Erster Hilfe“ und „Automatischer Externer Defibrillation durch Laien“ an?
- Gibt es Sportmediziner vor Ort, der ggf. die Übungsleitung schulen würde?
- Gibt es Sponsoren, die die Beschaffung eines Notfallrucksackes (einschließlich AED, First-Responder-Beatmungsgerät Oxylator FR 300, SAMSPLint etc.) unterstützen würden?

7.3 CHECKLISTE: AUSRÜSTUNGSVORSCHLÄGE NOTFALLRUCKSACK, SANITÄTSRAUM

In lebensbedrohlichen Notfällen und bei komplikationsgefährdenden Sportverletzungen ist die unmittelbare Versorgung der Patienten vor Ort gefragt. Der Transport in einen Sanitätsraum würde hier einen Zeitverlust bis zum Einsetzen lebensrettender Sofortmaßnahmen bedeuten oder könnte bei schweren Verletzungen des Bewegungsapparates sogar unmöglich sein. Diese Überlegungen führen dazu, dass eine Vielzahl von Sportvereinen das mobile Konzept eines Notfallrucksackes dem örtlich gebundenen Sanitätsraum vorziehen. Ein Notfallrucksack kann am Spielfeldrand deponiert werden und ggf. auf Turnieren und Outdoor-Aktivitäten mitgeführt werden. Ein Rucksack kann hierbei wesentlich leichter mitgeführt und zu den Patienten gebracht werden als ein Aluminiumkoffer!



Der Inhalt des Notfallrucksackes wird neben der zu betreuenden Sportart auch vom Ausbildungsstand der Übungsleitung in Basic Life Support und den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln abhängen. DIN 13157 beschreibt eine Standardausstattung.



Die folgende Auflistung der möglichen Ausrüstungsgegenstände gibt ebenfalls eine Orientierung (kein Anspruch auf Vollständigkeit):

- Wetterfester Rucksack (ggf. Cordura, Goretex)
- Wärmdecken/Wärmefolien
- Sterile Wundauflagen (10x10 cm)
- Kopfverband (selbsthaftender Schlauchmull)
- Brandwundenverbandpäckchen
- Leichte Mullwickeln zur Wundversorgung
- Elastische Wickeln (8cm Breite, 10cm Breite) für Kompressions- und Druckverbände
- Leukoplast-Tape
- Pflaster (Wundschnellverband)
- Coolpacks (kühlschrankunabhängig)
- Antiseptische Wundreinigungslösung (z.B. Octanisept)
- Traubenzucker
- Schienen zur Ruhigstellung (z.B. SAMSPLINT)
- Dreieckstücher (zur Ruhigstellung der oberen Extremität)
- AED-Gerät (Automatischer Externer Defibrillator)
- Beatmungsmaske
- First-Responder-Beatmungsgerät (z.B. Oxylator FR 300)
- „Handytasche“ am Tragegurt für aufgeladenes Mobiltelefon
- Papier und Kugelschreiber, ggf. grober wasserfester Folienstift
- Notfallprotokolle, Notfalltelefonnummern, Merkkarten mit Wiederbelebungsablauf (ERC-Standard)

Folgende Dinge haben in einem Notfallrucksack für First Responder nichts zu suchen

- Schmerzmittel und verschreibungspflichtige Medikamente
- Alkoholische Getränke, Aufputschgetränke
- Tourniquets und Abbindevorrichtungen
- Skalpelle und Nahtbestecke
- Spritzen und Kanülen (Ausnahmen: Sport bei Diabetes, Allergiebesteck)
- Zugsalbe, Pferdesalbe, Sprühpflaster
- Eissprays

7.4 CHECKLISTE: FORTBILDUNGSMÖGLICHKEITEN

- Der LandesSportBund NRW empfiehlt grundsätzlich die regelmäßige Teilnahme an Lehrgängen zur Ersten Hilfe.
- Der LandesSportBund NRW fordert für die Ersterteilung einer Übungsleitungs-C-Lizenz den Nachweis einer Ersthilfe-Ausbildung, die nicht länger als zwei Jahre zurück liegt.
- Durch eine Teilnahme an einem Erste-Hilfe-Training oder an einer normalen Ersthilfe-Ausbildung gemäß BGV A 1 kann eine ÜL-C-Lizenz nicht in ihrer Gültigkeit verlängert werden. Allerdings bieten die Qualifizierungszentren des Sports in Kooperation mit den DLRG-Landesverbänden spezielle, erweiterte Lehrgänge mit dem Titel „Erste Hilfe im Sport“ (o. ä.) an, bei denen nach erfolgreicher Teilnahme sowohl eine Bescheinigung über die Erste-Hilfe-Ausbildung als auch eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt wird, mit denen eine ÜL-C-Lizenz des LandesSportBundes NRW verlängert werden kann.
- Berufsgenossenschaftliche Vorschriften sagen, dass bei der Anwesenheit von mindestens zwei versicherten Personen eine in Erste Hilfe ausgebildete Person anwesend sein muss. Diese müssen nach einer Erste-Hilfe-Ausbildung (16 Lerneinheiten) mindestens alle zwei Jahre ein Erste-Hilfe-Training im Umfang von 8 Lerneinheiten absolvieren.

Darüber hinaus gibt es beispielsweise folgende Angebotsformen:

- Kurs „Lebensrettende Sofortmaßnahmen“
- Kurs „Automatische Externe Defibrillation durch Laien“





7.5 GLOSSAR

Fachbegriffe und Abkürzungen

AED	Automatische Externe Defibrillation
Advanced Life Support (ALS)	Lebensrettende Maßnahmen durch professionelle Wiederbelebungsteams
Basic Life Support (BLS)	Lebensrettende Sofortmaßnahmen (=HLW, =CPR)
CPR	Cardiopulmonale Reanimation (Herz-Lungen-Wiederbelebung) (= HLW, = Basic Life Support)
Distorsion	Verstauchung
Fraktur	Knochenbruch
Hilfsorganisationen	Deutsches Rotes Kreuz (DRK), Malteser Hilfsdienst (MHD), Johanniter Unfallhilfe (JUH), Arbeitersamariterbund (ASB)
HLW	Herz-Lungen-Wiederbelebung (= CPR, = Basic Life Support)
Kammerflimmern	Lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung, die in 70 – 90% dem Herz-Kreislauf-Stillstand zugrunde liegt
Luxation	Ausrenkung eines Gelenkes
Rettungsleitstelle	Notrufzentrale (bundesweit unter der Rufnummer 112 erreichbar)
Rettungsmittel	Rettungstransportwagen (RTW), Notarztwagen (NAW), Notarzteinsatzfahrzeug (NEF), Krankentransportwagen (KTW), Rettungshubschrauber (RTH)

7.6 LINKS IM INTERNET

www.erc.edu	European Resuscitation Council
www.ilcor.org	International Liaison Committee on Resuscitation
www.anr.de	Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen an der LMU München
www.aed-bayern.de	Automatisierte externe Defibrillation in Bayern
www.bageh.de	Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe
www.zfs-muenster.de	Zentrum für Sportmedizin GmbH



7.7 VERSICHERUNGSRECHTLICHES

DER SPORT-VERSICHERUNGSVERTRAG FÜR SPORTVEREINE IN NORDRHEIN-WESTFALEN

Verein

Als Veranstalter von satzungsgemäßen Maßnahmen genießt der Verein die umfangreiche Absicherung des Sport-Versicherungsvertrages. Insbesondere die Haftpflichtversicherung schützt den Verein vor möglichen Schadenersatzansprüchen so genannter Dritter. Berechtigte Ansprüche werden befriedigt, unberechtigte Forderungen zurückgewiesen.

Übungsleitung / Trainerinnen und Trainer

Unzweifelhaft nehmen die Übungsleitung sowie Trainerinnen und Trainer eine zentrale Rolle im Vereinsleben ein. Auf Grund ihres Aufgabebereiches unterliegen sie vielfachen Risiken, die einer umfangreichen Absicherung bedürfen. Sie gehören daher dem versicherten Personenkreis der Sportversicherung an. Dabei spielt es keine Rolle, ob sie Vereinsmitglied sind, Angestellte oder Honorartrainer des Vereins.

Obgleich eine qualifizierte Ausbildung sinnvoll ist, wird auch Versicherungsschutz gewährt, wenn keine Lizenz erworben wurde.

Mitglieder

Ebenso wie die Übungsleitung und Trainerinnen und Trainer genießen die Mitglieder des Vereins den Versicherungsschutz der Sportversicherung. Die Absicherung wird gewährt, wenn sie an Veranstaltungen des Vereins teilnehmen. Das Wegerisiko ist eingeschlossen.

Nichtmitglieder

Grundsätzlich sieht der Sport-Versicherungsvertrag nur Versicherungsschutz für Vereinsmitglieder vor. Von dieser Regel wird nur in Ausnahmefällen abgewichen. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn der Verein Helfer zur Ausrichtung von Veranstaltungen oder Übungsleitungen oder Trainerinnen und Trainer einsetzt.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer an sportlichen Maßnahmen, die keine Vereinsmitgliedschaft besitzen, können vom Verein über die Nichtmitglieder-Versicherung versichert werden. Die Absicherung entspricht der des Sport-Versicherungsvertrages. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Betreten der Sportstätte. Der Rückweg nach Hause ist mitversichert.

Schadensmeldungen

Schadenfälle sind unverzüglich dem Versicherungsbüro bei der Sporthilfe e.V. zu melden. Von dort erhalten sie auch weitere Informationen und Auskünfte zum Sport-Versicherungsvertrag.

- Versicherungsbüro bei der Sporthilfe e.V.
Postfach 2540 • 58475 Lüdenscheid
Telefon 02351 94754-0
Telefax 02351 94754-50
vsbluedenscheid@arag-sport.de
www.arag-sport.de





IMPRESSUM

Herausgeber

- LandesSportBund
Nordrhein-Westfalen e.V.
Friedrich-Alfred-Str. 25
47055 Duisburg
www.wir-im-sport.de

In Zusammenarbeit mit

- Innenministerium des Landes
Nordrhein-Westfalen
Referat 84
Haroldstraße 5
40213 Düsseldorf
www.im.nrw.de
- Sportärztebund Nordrhein e.V.
c/o Deutsche Sporthochschule
Köln
Am Sportpark Müngersdorf 6
50933 Köln
www.sportaerztebund.de
- Sportärztebund Westfalen e.V.
c/o Sportklinik Hellersen
Paulmannshöher Str. 17
58515 Lüdenscheid
www.sportaerztebund-westfalen.de

Redaktion

- Dr. phil. Michael Matlik, Referat
„Breitensport/Sporträume“: Fach-
bereich „Sport und Gesundheit“,
LandesSportBund Nordrhein-
Westfalen
- Giesbert Aluttis, Referat 84,
Innenministerium des Landes
Nordrhein-Westfalen

Autor

- Dr. med. Ralph Schomaker,
Facharzt für Chirurgie und Unfall-
chirurgie, Facharzt für Allgemein-
medizin, Sportmedizin, Chirothera-
pie und Notfallmedizin, Leitender
Notarzt und Ärztlicher Leiter Ret-
tungsdienst im Kreis Warendorf,
Lehrbeauftragter am Institut für
Sportmedizin der Westfälischen-
Wilhelms-Universität Münster,
Zentrum für Sportmedizin GmbH,
Windthorststr. 35, 48143 Münster,
ralph.schomaker@zfs-muenster.de
www.zfs-muenster.de

Mitarbeit

- Dr. med. Oliver Funken
(Sportärztebund Nordrhein)
- Prof. Dr. med. Klaus Völker
(Sportärztebund Westfalen)
- Prof. Dr. med. Herbert Löllgen
(Landesarbeitsgemeinschaft für
Rehabilitationssport im Landes-
SportBund Nordrhein-Westfalen)
- Claus Weingärtner, Michael Neu-
mann und Andreas Lengemann
(LandesSportBund Nordrhein-
Westfalen)

Gestaltung & Illustrationen

- media team Duisburg

Fotos

- Bilddatenbank des LandesSport-
Bundes NRW, media team, iStock

Druck

- schmitzdruck&medien**
GmbH & Co. KG, Brüggen

2. Auflage

- 20.000 Stück

NOTIZEN



NOTIZEN

