

Das ABCDE-Schema

Das ABCDE-Schema ist vermutlich eines der bekanntesten Hilfsmittel, insbesondere in der Notfallmedizin, um eine schnelle, strukturierte und prioritätenorientierte Therapie und anschließend auch Diagnose bei Patient:innen zu ermöglichen. Die fünf Buchstaben stehen jeweils für zentrale Körperfunktionen oder Leitsymptome, die in einer festgelegten Reihenfolge überprüft werden sollten. Diese Reihenfolge ist essenziell, da die Körperfunktionen nach ihrer lebenswichtigen Bedeutung priorisiert sind. So stellt beispielsweise ein blockierter Atemweg eine größere Gefahr dar als eine Bewusstseinsstörung durch eine Hypoglykämie. (1)

Das Schema erlaubt es, innerhalb weniger Minuten systematisch klinische Befunde zu erheben und potenziell lebensbedrohliche Probleme sofort zu behandeln. Dennoch sollte beachtet werden, dass das ABCDE-Schema nicht alle denkbaren klinischen Szenarien oder komplexen Behandlungsstrategien vollständig abdeckt (2).

Es kann durch ergänzende Algorithmen und Handlungsmuster, wie die SAMPLER-Anamnese oder das OPQRST-Schema, sinnvoll erweitert werden. (2)

Das ABCDE-Schema wurde erstmals Mitte der 1950er-Jahre von Prof. Peter Safar im Rahmen eines Reanimationsablaufes beschrieben. Mit der Einführung des ATLS-Algorithmus (Advanced Trauma Life Support) durch James Styner im Jahr 1978 entwickelte sich das Schema zu einem zentralen Leitfaden für die strukturierte Beurteilung von Traumapatient:innen. Dieses scheinbar historische Konzept hat bis heute eine hohe Relevanz, sowohl in der Traumaversorgung als auch in der allgemeinen Notfallmedizin.

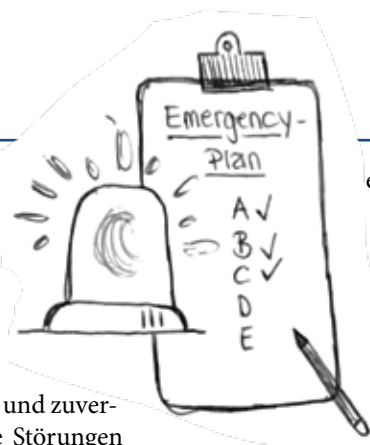
Das Prinzip „Treat first, what kills first“ spiegelt sich in den aktuellen Anwendungsempfehlungen wider, etwa in der S3-Leitlinie zur Polytraumaversorgung und den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) für die Behandlung kritisch kranker, nicht-traumatologischer Patient:innen. Im traumatologischen Kontext wird das Schema häufig durch ein vorgeschaltetes kleines „c“ (für „critical bleeding“) ergänzt, das die Notwendigkeit betont, lebensbedrohliche Blutungen zuerst zu stillen.

Die alphabetische Reihenfolge des Schemas orientiert sich an den lebenswichtigen Vitalfunktionen des

		Leitfrage	Mögliches Notfallbild	Diagnostik	Mögliche Maßnahme
c	Critical bleeding (kritische Blutung)	Ist eine kritische äußere Blutung sichtbar?	Massive äußere Blutung, Arterielle Spritzblutung, Traumatische Amputation		Anlage eines Tourniquet proximal der Blutung
A	Airway (Atemweg)	Ist Atmung vorhanden? Sind die Atemwege frei?	Bolusgeschehen, Schwellungen im Rachenbereich, HWS-Verletzungen	Inspektion der Atemwege	Freimachen der Atemwege (z.B. Absaugen, Heimlich-Manöver), Esmarch-Handgriff durchführen, Oropharyngeale / nasopharyngeale Tuben nutzen Bei Trauma: HWS stabilisieren!
B	Breathing (Belüftung)	Wie ist die Belüftung?	Anaphylaxie, Exacerbierte COPD, Spontanpneumothorax, Lungenarterienembolie	Atemfrequenz und -tiefe Auskultation der Lunge SpO ₂ -Wert Inspektion und Palpation Brustkorb	Oberkörperhochlagerung, Sauerstoffgabe, Medikamente verabreichen, Beatmung, Entlastungspunktion / Thoraxdrainage?
C	Circulation (Kreislauf)	Wie ist die Kreislauflage?	Schockgeschehen, Instabile Herzrhythmusstörungen, ST-Hebungsinfarkt	Rekapillarisierungszeit Hautfarbe / -feuchte peripherer / zentraler Puls Blutdruck EKG / ggf. 12-Kanal-EKG Stauungszeichen? Palpation Abdomen / Becken / Oberschenkel	Lagerung anpassen, Äußere und ggf. innere Blutungen detektieren, Beckenschlinge notwendig? Großlumige venöse Zugänge legen, Medikamentengabe, Schrittmacheranlage, Cardioversion
D	Disability (Bewusstsein / Neurologie)	Gibt es ein neurologisches Defizit?	V.a. Schlaganfall, Hypoglykämie, Intoxikationen, Schädel-Hirn-Trauma, Intracerebrale Blutung	Blutzucker messen, Glasgow-Coma-Scale-Wert? Pupillenstatus, Neurologie (Paresen, aufsteigend, BE-FAST)	Lagerung an Leitsymptom anpassen, Zeitkritische Maßnahmen einleiten (Stroke-Alarm auslösen), Medikamentengabe, Verlaufskontrollen
E	Exposure (Erweiterte Untersuchung / Umgebung)	Gibt es weitere Verletzungen? Welche weiteren Faktoren spielen eine Rolle?	Hyperglykämie, Ketoazidose, Sepsis, Elektrolytstörungen	Erweiterter Bodycheck, Körperkerntemperatur messen, Schmerzskala, Erweiterte Diagnostik (Bildgebung, Urin, Labor u.a.)	Patient:innen entkleiden, Wärmemanagement, Flüssigkeitsmanagement, Medikamentengabe, Sampler-Anamnese oder OPQRST-Schema anwenden, Ruhigstellung der Extremitäten

menschlichen Körpers. Es wird erst zum folgenden Buchstaben weitergegangen, wenn die zugehörige Funktion des vorherigen als stabil und unkritisch eingeschätzt wird. Dieses standardisierte Vorgehen bietet insbesondere in stressreichen Situationen eine klare und zuverlässige Handlungsanleitung. Akute Störungen können so unmittelbar identifiziert und behoben werden (3).

Das ABCDE-Schema ermöglicht sowohl ärztlichem als auch nicht-ärztlichem Personal, in kürzester Zeit



einen potenziell kritischen Patient:innenzustand zu beurteilen und lebensrettende Maßnahmen zielgerichtet einzuleiten. Zudem kann das Schema als strukturiertes Übergabeformat genutzt werden, um relevante Informationen und Vitalparameter schnell und übersichtlich zu kommunizieren (1).

Insgesamt stellt das ABCDE-Schema eine bewährte Grundlage für die strukturierte und priorisierte Versorgung von Notfallpatient:innen dar und bleibt ein unverzichtbares Instrument moderner Notfallmedizin.

Quellen

1. Michael M, Kumle B, Kümpers P, Pin M, Bernhard M: ABCDE im nicht-traumatologischen Schockraum. *Anästh Intensivmed* 2023;64:160–172. DOI: 10.19224/ai2023.160
2. Fudickar A, Wagener K: Ein erweitertes ABCDE-Schema als kognitives Hilfsmittel in: *Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin*. 2023;64:89–93. DOI: 10.19224/ai2023.089
3. Özkan T, Lindner, T, Möckel, M: Der konservative Schockraum – Versorgung akut kritisch kranker Patienten ohne Trauma in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 2021; 146: 647–656

