



Monitoring und Patient:in vorbereiten

- EKG-Überwachung
- Pulsoxymetrie mit Sättigungston
- NIBD automatisch alle 3 Minuten oder IBD-Messung
- Venenzugang mit laufender Infusion, ggf. zweiter Venenzugang
- Lagerung: evtl. Oberkörper hoch und Kopfposition optimieren

Präoxygenierung

- 3 - 5 Minuten 15 l/Min. O₂-Maske mit Reservoir bzw. NIV/CPAP oder assistierte BMV
- ggf. Sauerstoffbrille für Apnoe-Oxygenierung vorbereiten

Geräte vorbereiten

- ausreichend O₂-Reserve
- Endotrachealtubus (Frauen 7,0; Männer 8,0): Cuff auf Dichtheit überprüfen
- Backup: zweiter Endotrachealtubus, supraglottischer- und chirurgischer Atemweg
- Führungsdraht (mit Gleitmittel) oder Bougie einführen und Tubus vorbeugen
- Cuffspritze (10 ml)
- Videolaryngoskop mit hyperanguliertem Spatel + konventionelles Laryngoskop (Backup)
- Beatmungsbeutel + Filter + Gänsegurgel + O₂-Schlauch
- Stethoskop
- Kapnographiesensor
- Magill-Zange
- Absaugereinheit mit starrem Absaugkatheter
- Fixierung
- Cuffdruckmesser
- ggf. Respirator vorbereiten und voreinstellen

Medikamente

- Analgetikum: Fentanyl oder S-Ketamin
- Hypnotikum: Propofol, Midazolam oder S-Ketamin
- Muskelrelaxans: Rocuronium
- Push-Dose-Pressor: Phenylephrin oder Nor-/Supra-Blitz (1 mg/100 ml Nor-/Adrenalin)

Intubation durchführen (1 Minute nach Medikamentengabe)

- Aufgaben verteilen, Positionen einnehmen, Ablauf besprechen
- Modifizierte RSI mit Zwischenbeatmung bei Kindern und Risikopatient:innen
- Cuff füllen
- Probebeatmen mit Beutel (Sauerstoffschlauch konnektieren)

Tubuslagekontrolle

- Kapnographie: 35 - 45 mmHg
- Einführungstiefe: Frauen 21 - 22 cm, Männer 23 - 24 cm
- Auskultation: Magen, rechte und linke Lunge

nach erfolgreicher Intubation

- Tubus fixieren
- Cuffdruck: Endotrachealtubus 20 - 30 cmH₂O, supraglottischer Atemweg < 60 cmH₂O
- ggf. maschinelle Beatmung
- Narkoseaufrechterhaltung und Überwachung