

PROGRAMM

WATN 2026

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND INTENSIVMEDIZIN,
ARBEITSKREIS NOTFALLMEDIZIN

WATN

am 22. und 23. Februar 2026



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin



PROGRAMM

der 22. Wissenschaftlichen Arbeitstage Notfallmedizin
des Arbeitskreises Notfallmedizin der DGAI

WISSENSCHAFTLICHE ARBEITSTAGE NOTFALLMEDIZIN

22. – 23.02.2026, Kiel

SimCapture



Laerdal
helping save lives

IN-SITU TRAINIEREN. DATENBASIERT OPTIMIEREN.
PATIENTENSICHERHEIT ERHÖHEN.



Training mit messbarer Wirkung - im Team, im Prozess, am Patientenpfad.

SimCapture erfasst jede entscheidende Sekunde Ihres Simulationstrainings: Audio/Video, Patientenmonitor, Simulator-Ereignisse, Checklisten und Annotationen – für objektives Debriefing, OSCE-Prüfungen und messbare Kompetenzentwicklung. Ob Simulationszentrum, Schockraum oder Transportfall: Mit der Mobile-Camera-App dokumentieren Sie flexibel und ortsunabhängig – einfach mit vorhandenen Endgeräten und sicherer Cloud-Integration.

Doch SimCapture ist mehr als ein Debriefingsystem: Als umfassendes Lehr- und Lernmanagementsystem verbindet es Training mit Healthcare Quality Improvement (HQI). Berichte und KPIs zu Performance, Auslastung und Trends liefern die Basis für Ihr Qualitätsmanagement – von Akkreditierung bis Prozessoptimierung.

Im HQI-Programm von Laerdal wird Simulation zum Motor für Systemverbesserung: Arbeit verstehen, geplante Änderungen testen und nachhaltig verankern – besonders effektiv in Notaufnahme und Intensivstation. So wird jede Übung ein Schritt zu mehr Team-Resilienz, sichereren Abläufen und besseren Outcomes.

Laerdal.com/de

©2025 Laerdal Medical. All rights reserved. 2512-4323311645

**22. Treffen
der wissenschaftlichen Arbeitsgruppen
der DGAI im Bereich Notfallmedizin**



22. Februar und 23. Februar 2026

Atlantic Hotel

Wissenschaftliche Leitung:

Priv.-Doz. Dr. Jan Wnent, Kiel

Prof. Dr. J.-T. Gräsner, Kiel

Prof. Dr. T. Wurmb, Würzburg

Prof. Dr. M. Bernhard, Düsseldorf

Prof. Dr. J.C. Brokmann, Aachen

Prof. Dr. Camilla Metelmann, Ulm

Organisation:

Priv.-Doz. Dr. J. Wnent, Kiel

Prof. Dr. J.-T. Gräsner, Kiel

S. Heinemann, Kiel

Wissenschaftliche Leitung:

J. Wnent, Kiel
J.-T. Gräsner, Kiel
T. Wurmb, Würzburg
M. Bernhard, Düsseldorf
J.C. Brokmann, Aachen
C. Metelmann, Ulm

Gutachterkommission:

B. Bein, Hamburg
J. Wnent, Kiel
M. Bernhard, Düsseldorf
T. Wurmb, Würzburg
H. Schröder, Aachen
M. Fischer, Göppingen

Veranstaltungsorganisation:

Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Institut für Rettungs- und Notfallmedizin
Arnold-Heller-Str. 3, Haus 808 - 24105 Kiel
Tel. +49 431 500 31556
E-Mail: notfallmedizin@uksh.de

Organisation:

J. Wnent
J.-T. Gräsner
S. Heinemann

Veranstaltungsort:

Atlantic Hotel Kiel, Raiffeisenstraße 2
24103 Kiel

Lage:

Direkt gegenüber des Kieler Hauptbahnhofs



Organisatorische Hinweise



Teilnehmergebühren:

DGAI Mitglieder 105 €

Nicht DGAI Mitglieder 300 €

Student*in 90 €

Die Gebühr wird nach schriftlicher Anmeldung per Rechnung von Seiten der DGAI Geschäftsstelle berechnet.

Anmeldungen:

Die Zuteilung erfolgt nach Eingang der **schriftlichen** Anmeldung oder per E-Mail bei der DGAI Geschäftsstelle, z.H. Frau Hayn. **Dies gilt auch für Vortragende und Vorsitzende!** Ein Anmeldeformular steht auf der Homepage

<http://www.ak-notfallmedizin.dgai.de/watn.html> zum Download bereit.

Bei Rückfragen zur Anmeldung senden Sie uns bitte eine E-Mail an: thayn@dgai-ev.de

Zertifizierung:

Die Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Schleswig-Holstein zertifiziert. Gern übernehmen wir die Meldung der Fortbildungspunkte an die Ärztekammer. Bitte übersenden Sie uns dafür Ihre EFN an notfallmedizin@uksh.de

Veröffentlichung der Abstracts:

Die angenommenen und Abstracts werden in einem Supplement der A&I 2026 zitierfähig veröffentlicht. Die Beiträge sowie die von den Autoren freigegebenen Präsentationen werden darüber hinaus im geschlossenen Benutzerbereich der Homepage des AK Notfallmedizin als Download zur Verfügung stehen.

Wichtige Hinweise:

Aufgrund der hohen Anzahl an Rückmeldungen und dem Wunsch, möglichst vielen Kollegen eine Präsentation zu ermöglichen, ist die **Redezeit pro Referat auf 8 min** und die Diskussion jeweils auf **4 min** beschränkt. Im Interesse aller Vortragenden bitten wir um Einhaltung dieser Zeitvorgabe.

Bitte reichen Sie Ihre Power Points bis zum **13.02.2026** über notfallmedizin@uksh.de ein.

Arbeitskreis Notfallmedizin

Leitung des DGAI-Arbeitskreises Notfallmedizin

1. Sprecher	J. Wnent, Kiel
2. Sprecher	C. Metelmann, Ulm
Schriftführer	S. Katzenschlager, Heidelberg

Arbeitskreis ZNA

Leitung des DGAI-Arbeitskreises Zentrale Notaufnahme

1. Sprecher	J.C. Brokmann, Aachen
2. Sprecher	M. Bernhard, Düsseldorf
Schriftführer	J. Riechmann, Mainz

Grußwort des DGAI Präsidenten

zum 22. Treffen der wissenschaftlich tätigen Arbeitsgruppen der DGAI im Bereich Notfallmedizin

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unter Zeitdruck fundierte Entscheidungen zu treffen – das prägt den Alltag der Notfallmedizin. Gleichzeitig ist sie auf belastbare wissenschaftliche Evidenz angewiesen, um auch unter extremen Bedingungen eine sichere und wirksame Versorgung zu gewährleisten.

Genau an dieser Schnittstelle setzen die Wissenschaftlichen Arbeitstage Notfallmedizin der DGAI an. Die WATN bieten erneut den Raum, wissenschaftliche Erkenntnisse, klinische Erfahrung und gesundheitspolitische Entwicklungen miteinander zu verknüpfen – und Impulse für die Weiterentwicklung der prä- und innerklinischen Notfallmedizin zu setzen.

Ein wichtiger Baustein hierfür ist die neu gegründete GSAIC Trials Group der DGAI. Sie schafft erstmals eine strukturierte Plattform für multizentrische klinische Studien in der Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin. Gerade die Notfallmedizin mit ihren komplexen Versorgungsrealitäten ist auf belastbare Evidenz angewiesen. Ich möchte Sie daher ausdrücklich ermutigen, die GSAIC Trials Group aktiv zu nutzen, Studienideen einzubringen und gemeinsam Forschung voranzutreiben, die unmittelbar in der Versorgung ankommt.

Strukturell steht die Notfallmedizin vor entscheidenden politischen Weichenstellungen. Die Reform der Notfallversorgung, die seit Jahren fachlich diskutiert und vorbereitet wird, nimmt mit dem aktuellen Referentenentwurf erneut Anlauf für das gesetzgeberische Verfahren. Die geplanten Regelungen eröffnen Chancen – etwa durch eine stärkere digitale Vernetzung und eine verbesserte sektorübergreifende Steuerung. Zugleich wird es entscheidend sein, dass notfallmedizinische Expertise strukturell eingebunden und ärztliche Verantwortung klar definiert bleibt. Als DGAI bringen wir uns gemeinsam mit dem BDA aktiv und konstruktiv in diesen Prozess ein.

Zugleich kommt der Notfallmedizin eine zentrale Rolle für die Resilienz unseres Gesundheitssystems zu. In Krisen- und Ausnahmesituationen entscheidet sie unter hohem Zeit- und Handlungsdruck über Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Umso wichtiger sind klare Strukturen, digitale Lagebilder, koordinierte Verlegungskonzepte und regelmäßig geübte Abläufe. Als Fachgebiet an der Schnittstelle von Präklinik, Akut- und Intensivversorgung bringt die Anästhesiologie hierfür besondere klinische, organisatorische und wissenschaftliche Expertise ein. Wir setzen uns daher mit Nachdruck dafür ein, dass unsere Expertise auch hier strukturell eingebunden wird – in der Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten, in gesetzlichen Regelungen und in der konkreten Vorbereitung auf den Ernstfall.

Gerade deshalb sind Foren wie die Wissenschaftlichen Arbeitstage Notfallmedizin unverzichtbar. Sie schaffen Raum für Austausch, wissenschaftliche Diskussion und die gemeinsame Weiterentwicklung unseres Fachgebiets.

Ich danke dem Organisationsteam herzlich für die inhaltliche Gestaltung und ihr großes Engagement und wünsche Ihnen allen eine anregende, erkenntnisreiche und spannende Tagung.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gernot Marx', written in a cursive style.

Prof. Dr. med. Gernot Marx
Präsident der DGAI



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

Grußworte des Arbeitskreises Notfallmedizin

zum 22. Treffen der wissenschaftlich tätigen Arbeitsgruppen der DGAI im Bereich Notfallmedizin

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

als Leitung des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Notfallmedizin der DGAI freuen wir uns Sie zu den 22. Wissenschaftlichen Arbeitstagen Notfallmedizin 2026 am bewährten Ort in Kiel begrüßen zu dürfen. Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Lage und der angespannten Sicherheitslage müssen auch wir uns als Fachgesellschaft vermehrt mit dem Themen Katastrophenmedizin und Zivile Verteidigung beschäftigen. Hier hat die DGAI verschiedene Initiativen gestartet. Daher freut es uns umso mehr, dass auch das Thema vermehrt in den Fokus der notfallmedizinischen Forschung rückt und wir in diesem Jahr wieder einige Beiträge dazu präsentiert bekommen. Dies trägt sicherlich zu einem Wissensgewinn im Bereich der Katastrophenmedizin bei, unterstützt zudem die Vorbereitung auf kommende Krisen und erhöht die Sichtbarkeit der Anästhesiologie in diesem Teilgebiet der Notfallmedizin. Die Notfallmedizin als eine Säule stellt eine spannende Umgebung in unserem Fach der Anästhesiologie da, sowohl in der Praxis, als auch in der Forschung und erhöht die Attraktivität der Anästhesiologie gerade bei jüngeren Kolleginnen und Kollegen.

Seit nunmehr 22 Jahren bieten die WATN eine ganz hervorragende Plattform des kollegialen und wissenschaftlichen Austausches. Darüber hinaus haben sich die WATN als eine sehr gute Möglichkeit zur Präsentation und Vernetzung sowohl für Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler, als auch für etablierte Arbeitsgruppen entwickelt. Die jährliche Veranstaltung ist für viele Kolleginnen und Kollegen zu einem festen Termin geworden. Daher freut es uns auch 2026 wieder das gesamte Spektrum der Notfallmedizin auf den WATN präsentiert zu bekommen.

Mit 42 Beiträgen sind die diesjährigen WATN erneut „ausgebucht“. Die Tatsache, dass die Gutachterkommission erneut aus den eingereichten Beiträgen, die attraktivsten auswählen und leider auch Beiträge aus Platzgründen ablehnen musste, zeigt das weiterhin steigende Interesse an der Notfallmedizin. Wir danken der Gutachterkommission sehr für die engagierte Arbeit.

In bewährter Form wurden auch in diesem Jahr durch die Gutachterkommission wieder die Best Abstracts und der Young-Investigator Award gekürt. Die Preise für die besten Beiträge gehen in diesem Jahr an Priv.-Doz. Dr. Joachim Riße (Essen), Dr. Maximilian Feth (Ulm), Johanna Schröder (Göttingen) und Clemens Grimm (Göttingen). Der Young-Investigator Award wird dieses Jahr an Jannik Furchbrich aus Heidelberg verliehen. Wir gratulieren allen Preisträger*innen herzlich und danken allen Forschungsgruppen für die Einreichung der vielfältigen und hochwertigen Beiträge aus den verschiedenen Bereichen der Notfallmedizin.

Wir wünschen Ihnen für die diesjährige 22. Veranstaltung der Wissenschaftlichen Arbeitstage Notfallmedizin einen regen Austausch, guten Input und gute Diskussionen sowohl in den Sitzungen, als auch außerhalb des offiziellen Programms.

Herzliche Grüße,

Ihre Leitung des Arbeitskreises Notfallmedizin



Handwritten signature of Dr. J. Wnent in black ink.

Priv.-Doz. Dr. J. Wnent
1. Sprecher



Handwritten signature of Prof. Dr. C. Metelmann in black ink.

Prof. Dr. C. Metelmann
2. Sprecherin



Handwritten signature of Dr. S. Katzenschlager in black ink.

Dr. S. Katzenschlager
Schriftführer

Grußworte des Arbeitskreises Zentrale Notaufnahme

zum 22. Treffen der wissenschaftlich tätigen Arbeitsgruppen der DGAI im Bereich Notfallmedizin

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

die klinische Akut- und Notfallmedizin befindet sich aktuell in einer Phase tiefgreifender Transformation. Kaum ein anderer Bereich des Gesundheitswesens steht so sehr im Spannungsfeld aus steigenden Patientenzahlen, zunehmender Komplexität, Ressourcenknappheit und gleichzeitig wachsenden qualitativen Anforderungen. Krankenhausschließungen in den verschiedenen Regionen Deutschland im Rahmen der bundesweiten Krankenhausreform wird weitere Herausforderungen bereitstellen. Die Zentrale Notaufnahme ist dabei mehr denn je ein funktionaler, notfallmedizinischer und organisatorischer Teil der Akutversorgung.

Mit fortschreitenden der Krankenhausreform und der weiteren Zentralisierung notfallmedizinischer Versorgungsstrukturen werden bestehende Konzepte hinterfragt und neu gedacht. Patientensteuerung, integrierte Notfallzentren, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle sowie digitale Entscheidungs- und Kommunikationssysteme prägen bereits heute unseren klinischen Alltag – und werden ihn in den kommenden Jahren weiter verändern.

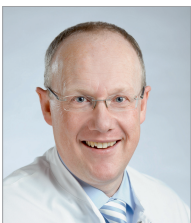
Gleichzeitig bleibt der Kern der Notfallmedizin unverändert: die zeitkritische, qualitätsgesicherte Versorgung kritisch Kranker und Verletzter – interprofessionell, evidenzbasiert und unter oft schwierigen Rahmenbedingungen. Themen wie Schockraummanagement, respiratorische Insuffizienz, Sepsis, kardiovaskuläre Notfälle, Geriatrie in der Notaufnahme, Personalsicherheit und Resilienz gewinnen weiter an Bedeutung und erfordern kontinuierliche wissenschaftliche Auseinandersetzung.

Der Wissenschaftliche Arbeitskreis (WAK) „Zentrale Notaufnahme“ der DGAI versteht sich als Plattform, um diese Entwicklungen kritisch zu begleiten, wissenschaftlich zu fundieren und aktiv mitzugestalten. Unser Ziel ist es, Expertise aus Präklinik, Zentraler Notaufnahme, Intensiv- und Akutmedizin zusammenzuführen und praxisnahe, zukunftsorientierte Lösungen zu entwickeln – für die tägliche Versorgung ebenso wie für Ausbildung, Weiterbildung und Forschung.

Der Blick in die Zukunft der Notfallmedizin ist herausfordernd, aber auch chancenreich: Digitalisierung, strukturierte Patientenpfade, verbesserte intersektorale Zusammenarbeit und eine stärkere akademische Verankerung der Notfallmedizin bieten die Möglichkeit, Versorgungsqualität nachhaltig zu verbessern.

Wir laden Sie herzlich ein, sich mit uns auszutauschen, mitzudiskutieren und die Zukunft der Akut- und Notfallmedizin aktiv mitzugestalten. Wir freuen uns auf anregende Diskussionen, neue Impulse und eine erkenntnisreiche Veranstaltung in Kiel.

Mit kollegialen Grüßen aus dem Sprecherteam des WAK ZNA



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J.C. Brokmann'.

Prof. Dr. J.C. Brokmann
1. Sprecher



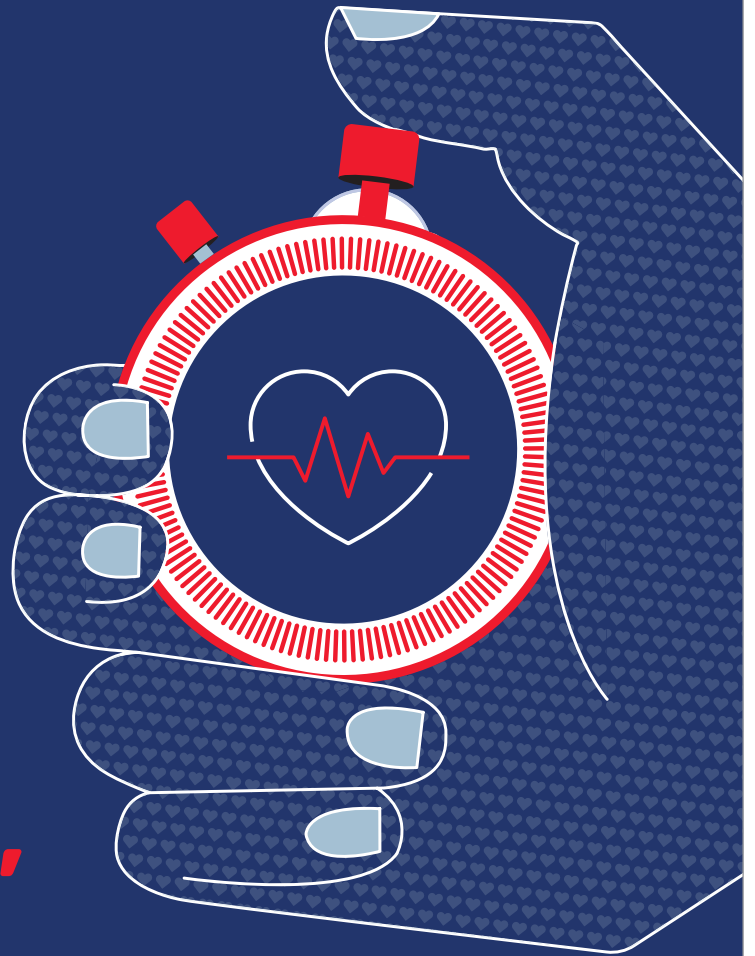
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Bernhard'.

Prof. Dr. M. Bernhard
2. Sprecher



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Riechmann'.

Dr. J. Riechmann
Schriftführer



Bereit sein, wenn's um Sekunden geht

Personalmangel, steigende Einsatzzahlen und fehlende Vernetzung kosten im Einsatz wertvolle Zeit. L2R schafft Transparenz, Rechtssicherheit und messbare Effizienz.

Gemeinsam mit unseren Partnern entwickeln wir digitale Strukturen für die Notfallmedizin:

- Qualifizierte Aus- und Fortbildung mit dem L2R Lernmanagement-System
- Intelligente Vernetzung vom Einsatzort bis zur Leitstelle via corhelper-App
- Effiziente Daten- und KI-gestützte Disposition mit SECONDS

L2R bietet gebündeltes Know-how für die tägliche Praxis. Besucht uns auf der WATN oder auf www.l2r.de

**Sprecht mit
uns über eure
passgenaue
Lösung.**

L2R – Digitale Systeme für
Rettungsdienst, Feuerwehr & Klinik.
In Zusammenarbeit mit:

accenture



TREETOP MEDICAL



Wissenschaftliches Programm

Sonntag, 22. Februar 2026

13.00 – 13.10 Uhr

Begrüßung und Eröffnung der Veranstaltung

Marx, Aachen
Wnent, Kiel sowie
Sektion Notfallmedizin

„Reanimation“

Vorsitz: H. Schröder, Aachen / J.-T. Gräsner, Kiel

(01) 13.11 – 13.23 Uhr

AED-Verfügbarkeit im Rhein-Neckar-Kreis in Anbetracht der ERC 2021 Guidelines und der realen Verteilung von außerklinischen Herzkreislaufstillständen zwischen 01.01.2022 und 31.06.2025

Furchbrich, Heidelberg

(2) 13.24 – 13.36 Uhr

Erreichbarkeit stationärer Standorte automatisierter externer Defibrillatoren (AEDs) beim außerklinischen Herz-Kreislauf-Stillstand und Potential drohnengeschützter AED-Systeme – eine geospatiale Analyse

Schröder, Göttingen

(03) 13.37 – 13.49 Uhr

Simulation zur Darstellung eines potenziellen Zeitvorteils der Beschaffung eines AEDs durch zusätzliche Ersthelfende bei außerklinischen Herzkreislaufstillständen im Rhein-Neckar-Kreis

Furchbrich, Heidelberg

(04) 13.50 – 14.02 Uhr

Multiple sequenzielle Defibrillation: Einfluss der Intervallzeit auf den Reanimationserfolg im Schweinemodell

Riße, Mainz

(05) 14.03 – 14.15 Uhr

Hochpassgefilterte EKG-Analyse zur Detektion von Rhythmuskonversionen bei OHCA

Scharenberg, Göttingen

(06) 14.16 – 14.28 Uhr

Einfluss mechanischer Thoraxkompressionsgeräte auf das Überleben und neurologische Outcome von reanimierten Erwachsenen im Rettungsdienstbereich Ulm

Buchmann, Ulm

„Qualitätsmanagement“

Vorsitz: A. Gnirke, Pinneberg / J. Bathe, Kiel

(07) 14.29 – 14.41 Uhr

Delphi-Verfahren zu Never Events in der außerklinischen Notfallmedizin (NEEMS-2-Studie)

Marung, Hamburg

(08) 14.42 – 14.54 Uhr

Psychiatrische Notfälle in der Luftrettung: Eine retrospektive Analyse von Primäreinsätzen eines deutschen Luftrettungsdienstes (2012–2022)

Sablewski, Kiel

(09) 14.55 – 15.07 Uhr

Subjektiv wahrgenommener Stress und Angst in der präklinischen Notfallversorgung – Eine Querschnittsbefragung unter Notärzt:innen und Rettungsfachpersonal

Selpien, Kiel

(10) 15.08 – 15.20 Uhr

Der Einfluss von Persönlichkeitsmerkmalen von Notärzt*innen auf die prähospitalen Versorgung psychiatrischer Patient*innen: eine prospektive, multizentrische Online-Umfrage

Schick, Ulm

15.20 – 15.50 Uhr Kaffeepause und Gruppenfoto

„Lehre“

Vorsitz: C. Nau, Lübeck / T. Wurmb, Würzburg

(11) 15.51 – 16.03 Uhr

Einfluss der Positionierung der Ösophagealen-Temperatursonde auf die Genauigkeit der Körperkerntemperaturmessung in kalter Umgebung: eine randomisierte Crossover-Studie mit Bedeutung für das Management von Herz-Kreislaufstillständen

Breidt, Heidelberg

(12) 16.04 – 16.16 Uhr

Durchführbarkeit der kardiopulmonalen Reanimation während kommerzieller Raumflüge: eine systematische Evidenzsynthese mit simulationsbasiertem Feasibility-Modell

Johnson Kolaparambil
Varghese, Minden

(13) 16.17 – 16.29 Uhr

Atemwegssicherung, Narkose und Beatmung: Umfrage zur subjektiven Selbsteinschätzung von Notärztinnen und Notärzten

Genzwürker, Heidelberg

(14) 16.30 – 16.42 Uhr

Lehre in der Katastrophenmedizin im Medizinstudium in Deutschland: Status quo und Perspektiven im Querschnittsbereich 8 (Notfallmedizin) – Bundesweite Befragung

Ramshorn-Zimmer, Leipzig

16.43 – 16.55 Uhr

Sitzung des Arbeitskreises Notfallmedizin

Wnent, Kiel
Metelmann, Ulm
Katzenschlager, Heidelberg

16.56 – 17.08 Uhr

Beitrag der Binz-Stiftung

Hossfeld, Ulm

17.09 – 17.21 Uhr Kaffeepause

„Die Breite der Notfallmedizin“

Vorsitz: A. Ramshorn-Zimmer, Leipzig / M. Fischer, Göppingen

(15) 17.22 – 17.34 Uhr

Polytraumatisierte Kinder und Jugendliche – eine 10-Jahres-analyse des Traumaregisters DGU®

Eimer, Kiel

(16) 17.35 – 17.47 Uhr

Lücken schließen: Einfluss soziodemographischer Faktoren auf die Teilnahme an Ersthelfer-Alarmierungs-Systemen

Riester, Aachen

(17) 17.48 – 18.00 Uhr

Analyse von hochdosierten MDMA-Tabletten auf Großfestivals

Rücker, Rostock

(18) 18.01 – 18.13 Uhr

Ist eine effektive Schmerzlinderung mittels Fentanyl durch Notfallsanitäter möglich? – Ergebnisse aus der Qualitätssicherung

Obermann, Bielefeld

19.30 – 23.00 Uhr

Abendveranstaltung mit Preisverleihung Best Abstract Award-Gewinner und Young Investigator 2026

Lagom Restaurant & Bar, Düsternbrooker Weg 38, 24105 Kiel



Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

Montag, 23. Februar 2026

08.30 – 08.42 Uhr

Sektion Notfallmedizin – 10 Thesen

Wnent, Kiel
Brokmann, Aachen
Bernhard, Düsseldorf

„Telemedizin“

Vorsitz: C. Eimer, Kiel / S. Katzenschlager, Heidelberg

(19) 08.43 – 08.55 Uhr

Wenn Sekunden zählen: Telemedizinische Brücken zwischen Rettungsdienst und Polizei in lebensbedrohlichen Einsatzlagen

Kootz, Aachen

(20) 08.56 – 09.08 Uhr

Ein Blick in die Zukunft der Telenotfallmedizin: KI-Unterstützung für den TNA

Borgs, Aachen

(21) 09.09 – 09.21 Uhr

Implementationsbefragung zur Neueinführung eines Telenotarzt-Systems

Bohn, Münster

(22) 09.22 – 09.34 Uhr

Telemedizin aus der Klokabine – Simulationsstudie zur Akzeptanz im Katastrophenszenario

Martin, Aachen

(23) 09.35 – 09.47 Uhr

Telemedizin aus der Toilettenkabine – Feldtestevaluation zu relevanten Fachdisziplinen in der Tele-Katastrophenmedizin

Müller, Aachen

09.48 – 10.13 Uhr Kaffeepause

10.14 – 10.26 Uhr

Sitzung des Arbeitskreises Zentrale Notaufnahme

Brokmann, Aachen
Bernhard, Düsseldorf
Riechmann, Mainz

„Reanimation 2“

Vorsitz: C. Metelmann, Ulm / A. Bohn, Münster

(24) 10.27-10.39 Uhr

Häufigkeit und Behandlungsergebnis potenziell zur extrakorporalen Reanimation geeigneter Patienten mit außerklinischem Herzkreislaufstillstand – Eine Analyse aus dem Deutschen Reanimationsregister

Feth, Ulm

(25) 10.40 – 10.52 Uhr

Traumatisch bedingte Reanimationen bei Kindern und Jugendlichen – was wissen wir über Verletzungsmuster und Risikofaktoren?

Burmester, Kiel

(26) 10.53 – 11.05 Uhr

Entwicklung einer neuen Versorgungsform zur Postreanimationsbehandlung – Erfahrungen aus der Konzeptentwicklungsphase des CAROL-Projekts

Pagels, Kiel

(27) 11.06 – 11.18 Uhr

Intra-Arrest-Ventilation mittels Beutel-Device-Ventilation vs. Intermittent-Positive-Pressure-Ventilation unter Verwendung der Igel-Larynxmaske vs. eines endotrachealen Tubus – eine prospektive, randomisierte Studie an menschlichen Körperspender*innen

Jansen, Minden

(28) 11.19 – 11.31 Uhr

Beatmungsstrategien während der kardiopulmonalen Reanimation bei außerklinischem Herzstillstand: eine Querschnittstudie

Turowski, Kiel

„Qualitätsmanagement 2“

Vorsitz: A. Müller, Aachen / H. Marung, Hamburg

(29) 11.32 – 11.44 Uhr

Einfluss der Verfügbarkeit ambulanter Versorgungsstrukturen auf die Inanspruchnahme des Rettungsdienstes der Rettungsdienst-Kooperation in Schleswig-Holstein (RKiSH) gGmbH – eine quantitative Primärdatenanalyse der ambulanten Kontakte im Jahr 2024

von Walsleben, Pinneberg

(30) 11.45 – 11.57 Uhr

TRANSektorale PatientInnenpfade in der Akut- und Notfallmedizin: Ressourcenoptimierung, Effizienz und Messbarkeit (TRANSPARENT) – Konzept und Dateninfrastruktur

Unterkofler, Aachen

(31) 11.58 – 12.10 Uhr

Morgentliches Debriefing als wesentlicher Bestandteil der Clinical Governance in der präklinischen Notfallmedizin

Roessler, Bielefeld

(32) 12.11 – 12.23 Uhr

Regressionsanalyse zur Berechnung des ROSC-Zeitpunkts – Eine neues Instrument zum Qualitätsmanagement?

Luckscheiter, Ludwigshafen

(33) 12.24 – 12.36 Uhr

Treffsicherheit der von Notärzten gestellten Verdachtsdiagnose eines ischämischen oder hämorrhagischen Schlaganfalls

Stutz, Göttingen

12.37 – 13.28 Uhr Mittagspause

„Zentrale Notaufnahme“

Vorsitz: J.C. Brokmann, Aachen / M. Bernhard, Düsseldorf

(34) 13.29 – 13.41 Uhr

Akutes Nierenversagen in der Zentralen Notaufnahme – Einfluss der Notfalldialyse: Eine retrospektive Kohortenstudie

Pabst, Essen

(35) 13.42 – 13.54 Uhr

Ausmaß und Bedeutung von Fibrinogenmangel von Schwerverletzten bei Schockraumankunft – Eine Analyse aus dem TraumaRegister DGU®

Grimm, Göttingen

(36) 13.55 – 14.07 Uhr

Analyse von Nutzungsmustern eines Doppel-Ganzkörper-CT-Schockraums in der Versorgung Schwerverletzter

Reese, Würzburg

„Katastrophenmedizin“

Vorsitz: J. Wnent, Kiel / B. Metelmann, Greifswald

(37) 14.08 – 14.20 Uhr

Die (Vor-)Sichtung – Kenntnisse, Einstellungen und Anwendungen in der Katastrophenmedizin

Del Tedesco, Hannover

(38) 14.21 – 14.33 Uhr

Konzipierung eines Testparcours und Evaluation bestehender Tragesysteme zur Rettung von Verwundeten aus unwegsamen Gelände im Rahmen von Krisen und Kriegen

Speicher, Würzburg

(39) 14.34 – 14.46 Uhr

Befragung zur Einsatzfähigkeit im Zivil- und Katastrophenschutz

Landsleitner, Nürnberg

(40) 14.47 – 14.59 Uhr

Wann ist ein Ehrenamt im Bevölkerungsschutz attraktiv? –
eine deutschlandweite Befragung von Engagierten,
Interessierten und Ablehnenden

Follmann, Aachen

(41) 15.00 – 15.12 Uhr

Nutzung von Künstlicher Intelligenz zur Triage im MANV –
Erste Ergebnisse einer neuen Software zur medizinischen
Ersteinschätzung von Traumapatienten

Jänig, Koblenz

(42) 15.13 – 15.25 Uhr

Borderless Skies: Ergebnisse einer qualitativen Fokusgruppen-
befragung zu Einsatzmöglichkeiten von Drohnen in der Notfall-
und Katastrophenmedizin

Kootz, Aachen

15.26 – 15.38 Uhr Zusammenfassung und Abschluss der 22. WATN 2026

The logo for WATN (Worldwide Association of Trauma Nurses) features the letters 'WATN' in a bold, blue, sans-serif font. The bottom edge of the letters is stylized with a wavy, blue line that resembles water or a coastline.

Wir bedanken uns bei den Sponsoren der WATN 2026



HOCHWERTIGE CPR IST MESSBAR – UND OHNE FEEDBACK KAUM ZUVERLÄSSIG ERREICHBAR

Warum CPR-Feedbacksysteme mit den aktuellen AHA- und ERC-Guidelines zur Notwendigkeit werden

— Advertorial —

Die aktuellen Leitlinien des European Resuscitation Council (**ERC 2025**) und der American Heart Association (**AHA**) markieren einen klaren Paradigmenwechsel in der Reanimationsmedizin: Der Fokus verlagert sich zunehmend von der reinen Durchführung der Herz-Lungen-Wiederbelebung hin zur **messbaren Qualität der Thoraxkompressionen** [1,2].

CPR ist inhärent ineffizient. Selbst leitliniengerecht durchgeführt, erreicht sie lediglich **10–30 % des normalen koronaren und 30–40 % des zerebralen Blutflusses** [3]. Vor diesem Hintergrund werden bereits kleine Abweichungen von den definierten Zielparametern klinisch hochrelevant.

- Eine um nur **1 cm geringere Kompressionstiefe** als empfohlen (5–6 cm) reduziert die Überlebenschance um bis zu **50 %** [4].
- Jede **Unterbrechung der Thoraxkompressionen um 5 Sekunden** senkt die Überlebenschance um **18 %** [5].
- Umgekehrt steigert eine Verkürzung der Prä- bzw. Perischockpause um 5 Sekunden die Überlebenschance um den Faktor **1,8** [6].

CPR-Qualität ist kein didaktisches Detail, sondern ein unmittelbarer Überlebensdeterminant.

SUBJEKTIVE WAHRNEHMUNG ERSETZT KEINE MESSUNG

Studien zeigen, dass selbst geschulte Helfer ihre eigene CPR-Qualität systematisch überschätzen. Bereits sechs Monate nach einem BLS-Kurs sind wesentliche praktische Fertigkeiten häufig verloren [7]. **Ohne objektives Feedback** liegen Drucktiefe, **Kompressionsfrequenz** und **vollständige Entlastung** in einem Großteil der Fälle **außerhalb des leitliniengerechten Zielbereichs** – verstärkt durch rasch eintretende Ermüdung. Die aktuellen AHA- und ERC-Guidelines reagieren darauf konsequent: Feedback wird als **essenzieller Bestandteil** von Ausbildung und Reanimation definiert. Die AHA empfiehlt den Einsatz von CPR-Feedbacksystemen im Training von Laien wie auch professionellen Anwendern mit dem höchsten Empfehlungsgrad (Class I, Level of Evidence A) [2].

EVIDENZBASIERTE WIRKUNG VON CPR-FEEDBACKSYSTEMEN

Studien, u. a. zum **CorPatch®**-CPR-Feedbacksystem zeigen konsistent und reproduzierbar eine **signifikante Verbesserung der Reanimationsqualität**. Der Anteil korrekt durchgeführter Thoraxkompressionen (Tiefe, Frequenz und vollständige Entlastung) steigt je nach Setting um **bis zu 60 %** bei der Ein Helfermethode und **rund 40 %** bei der Zweihelfermethode. Dabei ist die zeitliche Dimension besonders relevant: Während die CPR-Qualität ohne Feedback bereits nach wenigen Minuten deutlich abnimmt, bleibt sie mit audiovisueller Echtzeit-Rückmeldung über mehrere Minuten **stabil auf hohem Niveau**. Das Feedback ermöglicht eine unmittelbare Korrektur der Kompressionen – nicht nur im Training, sondern auch in der hochkritischen Frühphase realer CPR.

KONSEQUENZ DER LEITLINIENENTWICKLUNG

Mit den aktuellen **ERC- und AHA-Guidelines** wird **hochwertige CPR** zunehmend technisch gesteuerte Reanimationskonzepte integriert, etwa über ETCO₂-Monitoring oder die Zielgröße des diastolischen Blutdrucks [1, 2]. Diese Parameter sind jedoch nur erreichbar, wenn die **mechanische Qualität der Thoraxkompressionen konstant hoch** ist. CPR-Feedbacksysteme schließen genau diese Lücke. Sie machen Qualität objektiv messbar, unmittelbar korrigierbar und reproduzierbar – und entwickeln sich damit vom optionalen Trainingsinstrument zum **integralen Bestandteil moderner Reanimationssysteme**.

FAZIT

Hochwertige CPR ist ohne objektives Feedback kaum verlässlich sicherzustellen. **CPR-Feedbacksysteme** sind daher keine technische Ergänzung, sondern eine **logische Konsequenz evidenzbasierter Reanimationsmedizin**.



Lernen Sie **Echtzeit-CPR-Feedback** mit **CorPatch®** kennen – unter www.corpatch.com




REFERENZEN: [1] European Resuscitation Council. ERC Guidelines for Resuscitation 2025. [2] American Heart Association. AHA Guidelines for CPR and ECC – Education and Quality Updates. [3] Meaney PA et al. Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes. Circulation. [4] Stiell IG et al. Chest compression depth and survival in out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. [5] Christenson J et al. Chest compression fraction and survival from cardiac arrest. Circulation. [6] Cheskes S et al. Peri-shock pause and survival from out-of-hospital shockable cardiac arrest. Resuscitation. [7] Ming-Ju H et al. The effect of different retraining intervals on CPR skill performance. Resuscitation 2014;85:874–878. Diese Publikation dient ausschließlich der wissenschaftlichen Information. Für Inhalt, Vollständigkeit und Aktualität wird keine Haftung übernommen; Änderungen und Irrtümer vorbehalten. © 01/2026 – SmartResQ GmbH, DE-Denkendorf.

No. 3

corpuls science

ESSAYS, RESEARCH AND INFORMATION



AMPULS DER ZUKUNFT

Unsere neue Science zum Mitnehmen am **corpuls**-Stand
oder Code scannen oder online reinschauen

QR-Code
scannen und
loslesen

