

**Notfallguru wird nie perfekt sein** – das ist angesichts der Fülle an Informationen und der ständigen Neuerungen in der Medizin auch nicht möglich. Mit Hilfe der Notfallguru-Community schaffen wir es aber gemeinsam, die Informationen möglichst aktuell zu halten und Fehler rasch zu korrigieren.

**Vielen Dank allen Hinweisgeberinnen und Hinweisgebern!**

Anpassungen der ersten Auflage (in der 2. Auflage korrigiert, ebenso online korrigiert); Stand 08.06.2023:

- Generell: Im Inhaltsverzeichnis und auf den Kapitel-Seiten wurden Seitenzahlen für die Leitsymptome ergänzt.
- Generell: Sobald Dosierungsempfehlung für S-Ketamin nun Einfügen eines Hinweis zur erhöhten (doppelten) Dosierung für „reguläres“ Ketamin (Racemat).
- S. 12: **Empfehlung zur Beatmung bei Reanimation angepasst:** Dichtigkeit SGA betont, Volumenkontrollierte Beatmung vor allem bei endotrachealer Intubation.
- S. 52: **Atropin-Dosierung** statt 6→12→14mg korrigiert auf **6→12→24mg**.
- S. 125: **Empfehlung für inhalatives Magnesium** auf „evtl.“ **abgeschwächt**.
- S. 126: **Statt „Entlassung“** ist das richtige Vorgehen bei der Perikardtamponade die **„Entlastung“**.
- S. 128: Bei der Antibiotika-Empfehlung von Pneumonien wurde nun die HAP etwas differenzierter betrachtet, hier wurde eine **zusätzliche Empfehlung für HAP ohne Risikofaktoren** (Therapie: Ampicillin/Sulbactam) eingefügt. Ebenso erfolgte diese Ergänzung in der Tabelle für Antibiotika S. 273. Generell gilt bei allen Antibiotika-Empfehlungen: In der Kürze des Notfallguru-Buchs sind nur grobe Empfehlungen möglich. **AB-Gabe immer an lokale Resistenzlage & ABS-Empfehlungen anpassen!**
- S. 138: Flowchart Thoraxschmerz – NSTEMI-ACS (grünes Kästchen links): Bei negativen Troponinen kann nicht jede Form des ACS, sondern „nur“ ein NSTEMI ausgeschlossen werden, kein ACS. Daher **statt „Kein ACS“** → **„Kein NSTEMI“**. Der Hinweis auf die Risikostratifizierung bleibt bestehen.
- S. 148: Hier ist in der Grafik für die **R-Peak-Wave Time** die Ableitung als „I“ gekennzeichnet. Richtig ist (wie im Text geschrieben) **Ableitung II**.
- S. 181: Bei der APGAR-Tabelle hat sich die **„Schnappatmung“** auch bei „Aktivität“ eingeschlichen. Sie gehört aber nur in die Kategorie **„Atmung“**.
- S. 204: Bei der „Handflächenregel“ gilt: **1% Körperoberfläche** der Patientin / des Patienten entspricht in etwa dessen **Hand mit Fingern**.
- S. 235: Das DOPES-HAND-Schema wurde um **„Pressen“ bei nicht ausreichender Sedierung** als Ursache für plötzliches Beatmungsproblem ergänzt und **Anpassung Sedierung/Relaxierung** als mögliche Lösung.
- S. 248: Bei dem Analgosedierungs-Schema wurde unter „Esketamin iv.“ die **Kinderdosis als „in.“ bezeichnet - korrekt ist aber „iv.“** (die im Kästchen darunter aufgeführten nasalen Dosierungen sind korrekt).
- S. 253: Auch wenn oft Köpfe genäht werden, sind die Hautnähte **EinzelNopfnähte, nicht Einzelkopf-Nähte**.
- S. 558: Bei Interpretation von Pleurapunktat waren niedrige Triglyceride als Hinweis auf einen Chylothorax angegeben. Korrekt sind **erhöhte Triglyceride**.
- S. 269: **Wichtige Interaktionen bei DOAKs** wurden nochmals explizit ergänzt.
- S. 279: Die Aufziehanleitung des Clonidin-Perfusors war fehlerhaft. **Statt 0,075mg sollen für diese Verdünnung 0,75mg auf 50ml** aufgezogen werden. Die weiteren Angaben (Konzentration, Dosis, Laufrate) sind korrekt.
- S. 285: **Lyse-Dosierungen** für Alteplase bei Lungenembolie: **Maximaldosis für 50kg und 55kg** wurde nach Fachinformation **um 10mg (Bolusdosis) reduziert**. Die höchste Dosis (10+90mg) gilt erst ab ≥65kg (statt 60kg).
  - o Infusionsdosis 50kg: 65mg (statt 75mg), Laufrate bei 1mg/ml: 32,5ml/h (statt 37,5ml/h); Laufrate bei 2mg/ml 16,3ml/h (statt 18,75ml/h)
  - o Infusionsdosis 55kg: 72,5mg (statt 82,5mg), Laufrate bei 1mg/ml: 36,3ml/h (statt 41,25ml/h), Laufrate bei 2mg/ml: 18,1ml/h (statt 20,6ml/h)
- S. 289: **Giftnotruf Homburg entfernt** (nicht mehr aktuell), **Schweiz zu +41 145** korrigiert.