Thieme

Schnittstellen von Rettungs- und Notarztdienst zur Notaufnahme

Anmeldeprozesse, Schockraumkriterien und strukturierte Übergabe nach SINNHAFT

Michael Bernhard, Lennert Böhm, Bernhard Kumle, Mark Michael, Ingo Gräff, Philipp Kümpers

Versorgungsübergänge etwa vom Rettungs- und Notarztdienst zur Notaufnahme sind sensibel und erfordern strukturierte und standardisierte Prozesse, um typischen Schnittstellenproblemen, wie Informationsverlust zu begegnen. Dieser Beitrag stellt zentrale Aspekte von Anmeldeprozessen, Schockraumkriterien und strukturierter Übergabe nach dem SINNHAFT-Schema dar und zeigt, wie sich Versorgungsübergänge sicher und effizient gestalten lassen.

ABKÜRZUNGEN

CRM	Crew Resource Management
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
ECLS	extracorporeal Life Support
GCS	Glasgow Coma Scale
KIS	Krankenhausinformationssystem
MIND	minimaler Notfalldatensatz
NIV	nicht invasive Beatmung
ROSC	Return of spontaneous Circulation
ZTM	Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen

Einleitung

Die Schnittstelle zwischen Rettungs-/Notarztdienst und Notaufnahme ist ein besonders sensibler Abschnitt der transsektoralen Notfallversorgung. **Prähospitale Anmeldung, Schockraumindikation und strukturierte Übergabe prägen die Qualität zeitkritischer Versorgungsübergänge.** Der Versorgungsübergang ist zugleich anfällig für Schnittstellenprobleme wie Informationsverluste, eingeschränkte Informationskontinuität, uneinheitliche Kommunikation und mangelnde Standardisierung. **Standardisierte Prozesse sind daher Voraussetzung für eine sichere und verlässliche Zusammenarbeit an dieser Schnittstelle.**

FALLBEISPIEL

Ein 68-jähriger Patient wird wegen progredienter Dyspnoe und Vigilanzminderung in seiner Wohnung notfallmedizinisch versorgt. Nach Angaben der Ehefrau bestanden seit dem Morgen zunehmende Luftnot, Schwäche und Kaltschweißigkeit. Der Patient ist blass, kaltschweißig, ausgeprägt dyspnoeisch und reagiert nur verzögert. Die Atemfrequenz beträgt 32/min, die periphere Sauerstoffsättigung ist 82% unter Raumluft, der systolische Blutdruck liegt bei 85 mmHg und die Herzfrequenz beträgt 128/min. Auskultatorisch fallen beidseits feuchte Rasselgeräusche auf. Das 12-Kanal-EKG zeigt keine eindeutige ST-Hebung, jedoch eine Sinustachykardie. Die Haut ist kühl und marmoriert. **Klinisch besteht der Eindruck einer akuten respiratorischen und hämodynamischen Instabilität sowie damit einhergehender Vigilanzstörung. Damit liegen mehrere Kriterien für eine Anmeldung im nicht-traumatologischen Schockraum vor.** Folgende Basismaßnahmen werden eingeleitet: **Sauerstoffgabe, Monitoring, intravenöser Zugang und vorsichtige Volumentherapie**. Wegen persistierender Hypoxämie und deutlicher Atemarbeit erfolgt die Einleitung einer nicht invasiven Beatmung (NIV). Unter diesen Maßnahmen steigt die Sauerstoffsättigung auf 91%, der Patient bleibt jedoch tachypnoeisch und kreislaufinstabil trotz Push-Dose-Pressor (Noradrenalin 10-µg-weise). Parallel erfolgt die Entscheidung zur Zuweisung in eine Notaufnahme mit nicht-traumatologischem Schockraum, verfügbarer Intensivmedizin und unmittelbarer CT-Diagnostik.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.