

Persönliche PDF-Datei für Fischer G.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Die Fehlalarmierung von
Schockräumen hängt mit der
Sichtungspraxis am Einsatz-
ort zusammen**

Notfallmedizin up2date

2025

10.1055/a-2566-0020

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *Notfallmedizin up2date* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 1611-6550

Die Fehllarmierung von Schockräumen hängt mit der Sichtungspraxis am Einsatzort zusammen

Schweigkofler U et al. Präklinische Sichtung und Schockraumalarmierung – Unterschiede bei Notarzt und Rettungsdienstpersonal? Notfall Rettungsmed 2024. DOI: 10.1007/s10049-024-01334-1

In der akuten Traumaversorgung sollen eine bestmögliche Patientenversorgung bei effizientem Ressourceneinsatz gewährleistet werden. Nach der ersten prähospitalen Sichtung wird am Einsatzort („Field Triage“) entschieden, ob eine Schockraumalarmierung erfolgt. Diese ergibt sich bei Verdacht auf eine schwere, d. h. vital bedrohende Verletzung. Allerdings sind bei retrospektiver Betrachtung nur in ¼ der Fälle Schockraumbehandlungen definitiv indiziert. Die Autoren gehen in dieser aktuellen Studie den Ursachen häufiger Schockraumalarmierungen nach.

Gibt es einen Unterschied bei einer korrekten, Über- oder Untertriage zwischen notarztbegleiteten oder ausschließlich durch rettungsdienstliches Fachpersonal besetzten Rettungsmitteln bei Übergabe in die Zentrale Notaufnahme (ZNA) bzw. in den Schockraum (SR)?

In einer prospektiven, multizentrischen und beobachtenden Kohortenstudie an 12 überregionalen Traumazentren in Deutschland und der Schweiz wurde über einen jeweils dreimonatigen Beobachtungszeitraum untersucht, in wie vielen Fällen die durch den Rettungsdienst ausgelösten Schockraumalarmierungen (SRA) auch tatsächlich indiziert waren. Es handelt sich um eine Ex-post-Studie, die auch die Über- und Untertriage nach zwei Merkmalen unterscheidet: einmal mit Anwesenheit von Notärzten (NA) bei der Übergabe in den Schockraum und einmal bei den ohne Notarztbegleitung durch das Rettungsdienstfachpersonal (RD) eingelieferten Patienten. Einschlusskriterien waren: Patienten älter als 18 Jahre, akutes Trauma < 6 Stunden, Einlieferung per Rettungsdienst (mit oder ohne NA, bodengebunden oder per Luftrettung).

Als Kriterien für eine berechtigte SRA galten ein Injury Severity Score (ISS) > 15, die Leitlinienadhärenz nach GoR-A- oder GoR-B-Kriterien (GoR-A „soll“ oder GoR-B „sollte“) oder die Erfüllung eines TACTIC-Kriteriums wie Verletzungsschwere, Tod innerhalb 24 h, bestimmte Interventionen und beeinträchtigte Vitalfunktionen.

In der Studie wurde in 974 Fällen eine Schockraumalarmierung ausgelöst. Bei der überwiegenden Anzahl (816) der Schockraumalarmierungen war eine Notarztbegleitung (NA) dokumentiert, bei 158 war bei Eintreffen an der Klinik ausschließlich Rettungsdienstpersonal (RD) anwesend.

Auffällige Unterschiede zwischen den beobachteten Gruppen

Untertriagierungen gab es zu 84,5% in der RD-Gruppe (NA: 15,6%), indiziert war etwas mehr als die Hälfte in der NA-Gruppe mit 55,5% (RD: 23,4%) und Übertriagierungen fanden verstärkt in der RD-Gruppe mit 76,6% (NA-Gruppe: 44,5%) statt.

Als Grundlage für eine Schockraumalarmierung werden u. a. Leitlinien der Fachgesellschaften (GoR-A oder GoR-B) genutzt, die jedoch auch Indikationen umfassen, die nach Ansicht der Verfasser wenig spezifisch für das Erfassen von Patienten mit vital bedrohlichen Verletzungen zu sein scheinen. In dieser Beobachtungsstudie wurde bei Vorliegen von GoR-A-Kriterien in 75% eine SRA ausgelöst (NA 91%, RD 19%) und bei positiven GoR-B-Kriterien in 60% (NA 79%, RD 75%). Bei 11% der SRA lag keine GoR-Klassifizierung zugrunde (NA 39%, RD 42%).

Damit findet sich bei leitliniengerechter Risikoeinstufung eine Übertriage in mehr als der Hälfte der Fälle, während knapp 43% untertrigiert wurden. Daraus leiten die Autoren ab, dass es einerseits relevante SRA-Kriterien gibt, die nicht in den Leitlinien entsprechend adressiert sind, und andererseits weist das Ergebnis auf eine häufig nicht korrekte Einschätzung von Traumapatienten in Bezug zur Notwendigkeit einer Schockraumalarmierung durch Rettungsdienstfachpersonal hin.

In der retrospektiven Betrachtung gemäß ISS 16+ als Begründung für eine SRA wurde dieses Kriterium in der vorliegenden Studie nur in insgesamt 7% erfüllt. Bei Anwendung von TACTIC-Kriterien konnten die Hälfte aller SRA als gerechtfertigt eingestuft werden, denen jedoch eine gleiche Anzahl an Übertriagierungen gegenüberstanden. Nicht erfasst wurde in dieser Studie, ob am Einsatzort eine primäre notärztliche Sichtung bei den ohne Notarztbegleitung in die Klinik eingelieferten Patienten stattfand, da sie sich ausschließlich auf die Anwesenheit eines Notarztes bei Übergabe im Schockraum bezog.

FAZIT

Diese Studie belegt, dass zu häufige Schockraumalarmierungen ausgelöst werden und bei der prähospitalen Triage von Traumapatienten sowohl durch Notärzte als auch durch den Rettungsdienst Optimierungspotenzial vorhanden ist. Bei der Indikation für eine SRA existiert laut den Autor*innen eine große Lücke zwischen reinen durch Rettungsdienstpersonal im Vergleich zu notarztbegleiteten Rettungsmitteln in Hinblick auf Über- und Untertriagierungen. Die derzeitige Praxis der SRA führt zu ausgeprägter Fehlnutzung von teuren Krankenhausressourcen. Möglicherweise könnte eine entsprechende Nachschulung von NA und RD dies positiv beeinflussen.

Dr. med. Guntram Fischer