

„Ein ungeduldiger Patient“

Ein über 80-jähriger Patient in deutlich reduziertem Allgemein- und Ernährungszustand wird nach einer häuslichen Synkope von einem Angehörigen in der Notaufnahme vorgestellt. Etwa eine Stunde nach Eintreffen, so die Schilderung des Melders (Bericht Nr. 214272), sei die Triagierung in Stufe gelb erfolgt, durchgeführt wurden zudem ein Röntgen des Thorax und eine Blutentnahme mit Troponinbestimmung. Etwa fünf Stunden nach Eintreffen werden Patient und Angehörige über die Ergebnisse und die Notwendigkeit einer erneuten Blutentnahme informiert. Das Ergebnis dieser erneuten Troponinbestimmung warten



Patient und Angehörige nicht ab, sie verlassen im weiteren Verlauf ohne ärztliche Rücksprache die Notaufnahme. Wegen einer erneuten Synkope wird der Patient am Folgetag stationär aufgenommen. Als Ursache für diesen Verlauf wird im CIRS Bericht 214272 u. a. angegeben, dass der diensthabende Arzt auch für andere Bereiche zuständig war und die Aufnahmeentscheidung erst nach abgeschlossener Diagnostik getroffen werden sollte.

„So geht´s nicht“, das ist schon klar, aber wie geht es dann? Die unverzügliche und korrekte Triagierung des Patienten in die Stufe orange, die bei entsprechender Einstufung unverzügliche ärztliche Anamnese und klinische Befunderhebung, laborchemische und apparative Basisdiagnostik und die sofortige und durchgehende kardiorespiratorische Überwachung des Patienten zeigen, wie anspruchsvoll die Anforderungen an die Ressourcen einer Notaufnahme sind. Die Triagierung kann



dazu führen, dass Ressourcen eingespart werden, wenn Patienten sie nicht benötigen, aber sie muss unverzüglich und korrekt erfolgen und „befolgt“ werden, sonst erhalten auch Patienten mit hohem Risiko die erforderlichen Maßnahmen verspätet oder unvollständig.

Darüber hinaus werden die besonderen Anforderungen komplexer Multimorbidität hochaltriger Patienten deutlich. In vorbestehenden multiplen Einschränkungen von Alltagsaktivität und Funktionalität lassen sich neue Symptome oft nur unscharf abgrenzen, deshalb kann auch die standardisierte Risikoeinschätzung in der Triage schwierig sein, und dem Versuch, durch aufwändige Akutdiagnostik in der Notaufnahme Patient und Krankenhaus eine stationäre Aufnahme zu ersparen, sind enge Grenzen gesetzt. Im Hinblick auf die hohe und weiter zunehmende Zahl hochaltriger Notfall-Patienten könnten deshalb akutgeriatrische Abteilungen in die gestufte Notfallversorgung integriert werden.

Für die CIRS-NRW-Gruppe

Christoph Fedder, Evangelische Stiftung Volmarstein

Dr. Michael Gösling, Christophorus-Kliniken Coesfeld-Dülmen-Nottuln

Kay Winkler-Parciak, Rheinland Klinikum Neuss GmbH