

# NOTFALLMEDIZINISCHE VERSORGUNG IN PRÄKLINIK UND KLINIK BEI SEPSIS

Um die Prognose von Sepsispatienten optimieren zu können, sind einheitliche Algorithmen und Zeitziele bis zum Erreichen der Klinik und Beginn der antibiotischen Therapie zu definieren und zu kommunizieren. Dr. Ruth Koeniger, Ärztliche Leiterin Rettungsdienst RD-B München, und Dr. Stephan Prückner, Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, Klinikum der Universität München, stellen das aktuell erarbeitete Konzept vor.

**D**er Ausschuss Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Bayern hat am 20. Februar 2014 die Gründung der „AG Sepsis“ beschlossen. Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe sind Ärztliche Leiter Rettungsdienst aus sechs bayerischen Rettungsdienstbereichen (RD-B) und Vertreter des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) sowie beratende Experten aus dem Bereich der klinischen Mikrobiologie an großen Kliniken in Bayern. Die AG wurde beauftragt, sich mit der Versorgung von Sepsispatienten zu beschäftigen und ein Konzept zu erarbeiten, wie die **Sepsis als zeitkritisches Krankheitsbild** gleichberechtigt mit den im Eckpunktepapier 2007 [1] festgelegten Diagnosen im jeweiligen RD-B etabliert werden kann. Das Eckpunktepapier basiert auf anerkannten Leitlinien der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und gibt vor, dass die Zielklinik bei wesentlichen notfallmedizinischen Krankheitsbildern in höchstens 60 Minuten – nach Eingang der Notrufmeldung – erreicht sein muss. Für den ST-Hebungsinfarkt, den Schlaganfall, das Schädel-Hirn-Trauma und für Schwerverletzte

ist damit auch der Beginn der definitiven klinischen Therapie (Koronarintervention, Entscheidung zur systemischen Lyse, OP-Beginn) eindeutig definiert.



**Dr. Stephan Prückner leitet das Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement, Klinikum der Universität München.**

Die Sepsis ist ein (ebenso) zeitkritisches Krankheitsbild wie die anderen sogenannten Tracerdiagnosen. Das systemische inflammatorische Response-Syndrom (SIRS), Sepsis und septischer Schock werden aber präklinisch oft nicht erkannt und unterschätzt. In Deutschland sterben 60.000 Menschen jährlich an einer Sepsis; sie ist da-

mit die dritthäufigste Todesursache. Pro Stunde verzögertem Therapiebeginn sterben bis zu zehn Prozent der Patienten – auch hier gibt es also eine „golden hour“.



**Dr. Ruth Koeniger ist Leitende Oberärztin des Notfallzentrums Klinikum Bogenhausen und Ärztliche Leiterin Rettungsdienst.**

Durch die verbesserte Erkennung des Krankheitsbildes, einen raschen präklinischen Therapiebeginn sowie die innerklinisch konsequent fortgeführte Diagnostik und Therapie können viele Menschenleben gerettet werden. Die AG Sepsis hat in ihrem Abschlussbericht (einstimmig durch den ÄLRD-Ausschuss am 19. Januar 2015 an-

genommen) als zentralen Punkt einen Algorithmus für die Versorgung von erwachsenen Patienten (definiert als Alter > 14 Jahre) mit dem klinischen Bild beziehungsweise dem klinischen Verdacht auf eine Sepsis erstellt. Der **Algorithmus „Schlagwort Sepsis“** fasst die Arbeitsergebnisse der AG Sepsis mit den dazugehörigen Dokumenten zusammen und stellt den zeitlichen Ablauf vom Zeitpunkt des eingehenden Notrufs in der Leitstelle bis zur Übergabe in der geeigneten Zielklinik mit den jeweiligen Maßnahmen dar (siehe Abbildung 1).

Die Checklisten „Vitalparameter“ (Anhalt für systemische Entzündungsreaktion = SIRS), „Hinweise auf Infektion bei Anamnese“ und „Hinweise auf Infektion bei der körperlichen Untersuchung“ führen bei Erfüllen der Kriterien zum „Schlagwort Sepsis“. Eine Sepsis wird angenommen bei Vorliegen von zwei oder mehr Kriterien von SIRS und gleichzeitigem konkreten Hinweis beziehungsweise bei klinischem Verdacht auf eine Infektion.

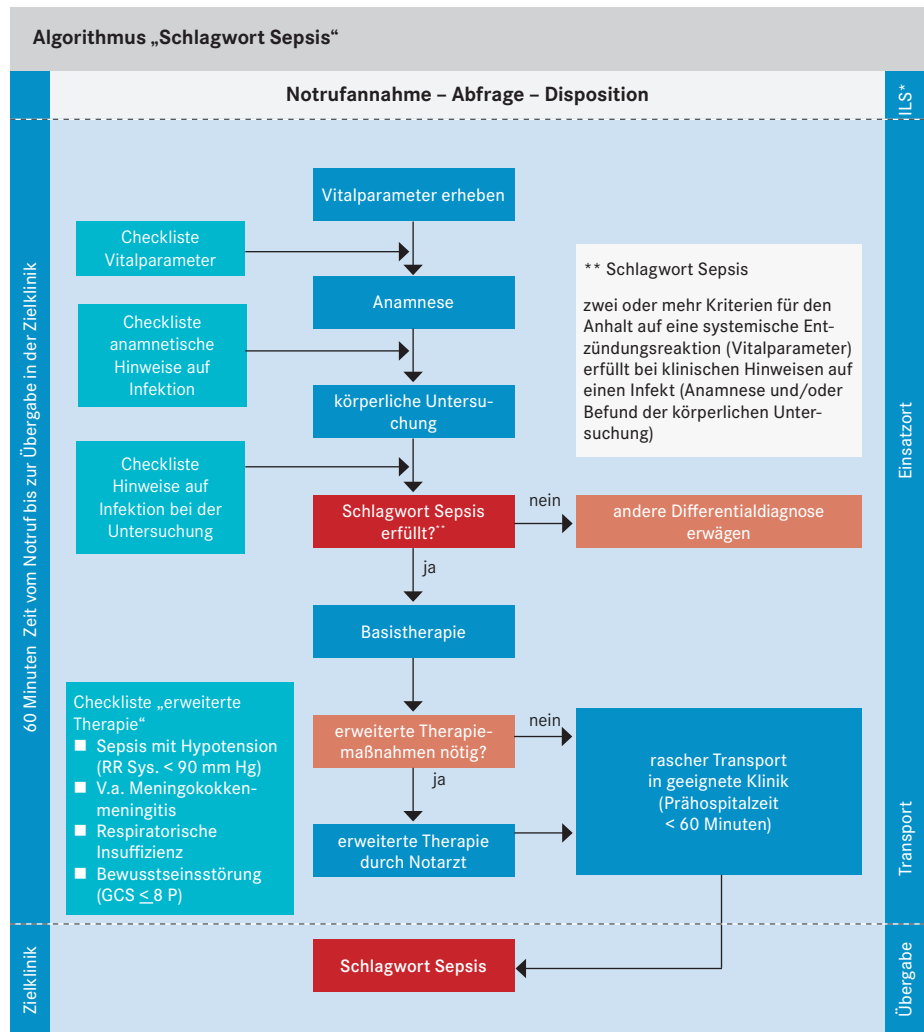


Abbildung 1  
\*Integrierte Leitstelle

Quelle: Abschlussbericht AG Sepsis vom 14. Juli 2014

Das Maßnahmenbündel für die initiale Behandlung im Rettungsdienst („präklinische Basistherapie und erweiterte Therapie“) wird initiiert nach Feststellung: „Schlagwort Sepsis“. Die AG hat außerdem Minimalanforderungen für die Auswahl der Zielklinik definiert und setzt sich kontinuierlich für die Schaffung eines Bewusstseins für das „Schlagwort Sepsis“ bei der Informationsweitergabe an den Schnittstellen zur nachfolgenden Behandlung (Einweisungsschein, Disposition in der Rettungsleitstelle, Übergabe in der Klinik) ein.

Als nächste Schritte sind die Erstellung eines Schulungskonzeptes mit Schulungsunterlagen für die Durchführenden im Rettungs-

dienst und die Rettungsleitstellen geplant. Die zukünftig elektronisch erfassten Daten sollen die Grundlage für weitere Projekte zur Versorgungsforschung und für ein kontinuierliches Qualitätsmanagement bilden.

In der bevorstehenden Neuauflage des Eckpunktepapiers 2015 wird die Sepsis als eigenständige Tracerdiagnose verankert. Dies soll dazu beitragen, dass die Erkennung und Behandlung von septischen Krankheitsbildern bereits außerhalb der Klinik optimiert wird.

Weitere Informationen der AG Sepsis werden sukzessiv veröffentlicht auf der Internetseite der Ärztlichen Leiter Rettungsdienst in Bayern unter [www.aelrd-bayern.de](http://www.aelrd-bayern.de) in der Rubrik Projekte ÄLRD-Ausschuss/ AG Sepsis.

*Dr. Ruth Koeniger,  
Dr. Stephan Prückner,  
im Namen der Projektgruppe  
Sepsis des ÄKBV München*

[1] Ahnefeld FW, Altemeyer KH, Blumenberg FD et al. (2008) Eckpunktepapier zur notfallmedizinischen Versorgung der Bevölkerung in Klinik und Präklinik. Notfall + Rettungsmedizin 11:421-422