



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
**Fakultät für Klinische Medizin Mannheim**  
**Dissertations-Kurzfassung**

**Die Rolle der internistischen Aufnahmeeinheit und Vernetzung mit  
der Präklinik am Beispiel des Akuten Koronarsyndroms**

Autor: Marcus Rudolph  
Institut / Klinik: Institut für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin  
Doktorvater: Prof. Dr. K. Ellinger

In den letzten Jahren zeichnet sich ein Umstrukturierung in der medizinischen Versorgung mit Bevorzugung der ambulanten Therapie ab. Auch der stationäre Bereich ist geprägt von Änderungen. Eine zentrale Aufnahmestation stellt hier Weichen und fungiert als Schlüsselinstrument. Die vorliegende Arbeit analysiert die Rolle der internistischen Aufnahme an einem Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung, fokussiert die häufigsten Erkrankungsbilder und beschäftigt sich mit den Anforderungen an eine Aufnahmestation. Darüber hinaus wird am Beispiel des Akuten Koronarsyndroms die präklinische Therapie evaluiert und die Vernetzung mit der Klinik dargelegt. Hierzu wurden vom 01.01.2002 bis 31.03.2002 alle in der internistischen Aufnahme behandelten Patienten erfasst und analysiert. Des Weiteren wurde eine Subgruppe „Akutes Koronarsyndrom (ACS)“ auf die notärztliche Therapie und den klinischen Verlauf untersucht.

Im untersuchten Zeitraum wurden 1935 Patienten erfasst. 40% der Behandelten benötigten nur eine ambulante Therapie. Bezüglich des Aufnahmezeitpunktes wurde die Aufnahmestation zwischen 7 und 0 Uhr am meisten frequentiert. 50% der Patienten wurde mit dem Rettungsdienst eingeliefert, 17% bedurften der notärztlichen Therapie. Die Krankenhausverweildauer betrug im Mittel 6,3 Tage. 60% der Patienten wurden nach Hause entlassen, 36% in andere Gesundheitseinrichtungen verlegt. Ein führendes Krankheitsbild ist der akute Thoraxschmerz mit seinen Differentialdiagnosen. Häufig konnte ein Akutes Koronarsyndrom ausgeschlossen werden, diese Patienten wurden größtenteils ambulant geführt. Patienten mit diagnostiziertem ACS bedurften der Intensivtherapie, 16 Patienten mit einem ST-Elevationsmyokardinfarkt wurde einer Fibrinolysetherapie zugeführt. Eine geringe Anzahl von Patienten wurde zur Akut-Koronarintervention verlegt (n=12). Ein weiterer Schwerpunkt waren Patienten mit cerebraler Ischämie. Es wurden mit 154 Insulten etwa dreimal so viele cerebrale wie kardiale Ischämien behandelt. Die weiteren Schwerpunkte bildeten Erkrankungen aus dem pulmonologischen und gastroenterologischen Bereich. Die Entlassdiagnosen korrelierten gut mit den Aufnahmediagnosen.

Verglichen mit den Diagnosen der Aufnahme zeigten sich im Notarzdienst vermehrt kardiale Krankheitsbilder. In der Subgruppe „Akutes Koronarsyndrom“ wurden 88 Patienten untersucht. Hierbei zeigten sich Defizite in präklinischer Diagnostik, das 12-Kanal-EKG wurde in nur 26% abgeleitet. Auch bei der Therapie zeigten sich Defizite, insbesondere im Bereich der Analgesie. Die vom Notarzt eingelieferten Patienten hatten häufiger eine myokardiale Schädigung, somit therapiert der Notarzt ein selektioniertes Hochrisikokollektiv. Die Zeitverzögerung sowohl in der präklinischen Versorgung als auch beim innerklinischen Transfer summierten sich, somit sollte die Einrichtung einer präklinischen Fibrinolysetherapie überdacht werden.

Letztendlich bestätigt sich, dass die Aufnahme eine wichtige Schlüsselrolle spielt. Ein breites Spektrum an Erkrankungen, zum Teil mit akuter Vitalbedrohung, erfordert erfahrene und breit ausgebildete Ärzte. Die Aufnahme ist weiterhin eine wichtige Schnittstelle zwischen der Intensiv- als auch der Schlaganfall-Station. Die Integration des hausärztlichen Bereitschaftsdienstes ist wünschenswert.

Präklinisch wurden im untersuchten Kollektiv die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nur teilweise umgesetzt. Durch gezielte Information und Ausbildung der Notärzte sollte die Versorgungsqualität hier verbessert werden.