

Notfall- und Eskalationspfade: Red Flags, internistische Früherkennung und strukturierte Übergaben (ED–Station–ITS)

Zeitkritische internistische Notfälle kündigen sich häufig Stunden vor einem Kreislaufstillstand, einer ungeplanten Intensivverlegung oder einem vermeidbaren Organschaden an – aber die Warnsignale gehen im hektischen Klinikalltag leicht unter. Besonders gefährlich sind Schnittstellen: Notaufnahme (ED), Station und Intensivstation (ITS) arbeiten oft mit unterschiedlichen Prioritäten, Dokumentationslogiken und Kommunikationsmustern. Dazu kommen Ressourcenengpässe, hohe Patientendichte und die Tendenz, Einzelwerte zu „normalisieren“, obwohl der Verlauf klar in die falsche Richtung zeigt. Genau hier setzen standardisierte Red Flags, Eskalationsstufen und strukturierte Übergaben an: Sie schaffen ein gemeinsames mentales Modell und reduzieren vermeidbare Verzögerungen.

Dieses BDI-Format bündelt praxistaugliche Red Flags für die Früherkennung klinischer Verschlechterung und verbindet sie mit klaren Eskalationspfaden: Was ist sofort zu tun? Wann ist eine Intensivkonsultation obligatorisch? Welche Failure-Kriterien zwingen zum nächsten Schritt? Und wie formuliert man eine Übergabe so, dass Information, Dringlichkeit, Unsicherheit und Verantwortlichkeiten eindeutig sind? Im Fokus stehen Standardisierung (ISBAR/SBAR), Trend- statt Momentaufnahme und ein gemeinsamer Minimaldatensatz für ED–Station–ITS – ohne „Leitlinienballast“, aber mit hoher Umsetzbarkeit.

5 Red Flags (Früherkennung)	5 Eskalationsschritte (ED–Station–ITS)	5 Regeln für strukturierte Übergaben
1. Atemnot/Hypoxie: AF > 30/min, SpO ₂ < 90% trotz O ₂ , Erschöpfung/Stridor. 2. Schockzeichen: syst. RR < 90 mmHg oder MAP < 65, Laktat ansteigend, Oligurie. 3. Neurologische Verschlechterung: neues Delir, GCS-Abfall, Krampf, fokale Defizite. 4. Sepsis/Infekt + Organzeichen: Hypotonie, Tachypnoe, Nierenfunktion/Gerinnung entgleist. 5. Blutung/Thromboembolie/ACS: Hb-Abfall, Hämatemesis/Melena, Synkope, neue ST-/T-Veränderungen.	1. ABCDE + Monitoring: O ₂ , i.v. Zugang, BGA/Laktat, EKG, Labor, Fokus-Suche. 2. Reversible Ursachen adressieren: Volumen/Diuretika, Bronchodilatation, Rhythmus-/Ischämitherapie. 3. Notfallteam/RRT früh aktivieren; ITS-Konsultation bei Persistenz/Progredienz. 4. Zeitkritische Bundles starten (z. B. Sepsis-1h, ACS, Stroke, PE); Diagnostik parallelisieren. 5. Re-evaluation nach 15–30 min: Zielwerte, Failure-Kriterien, Transferentscheidung.	1. ISBAR-Start: Identität/Ort, Problem, Dringlichkeit (Zeitfenster nennen). 2. Trend: Vitalverlauf, O ₂ -Flow/FiO ₂ , Laktat, Diurese, Vigilanz. 3. Maßnahmen + Response: was wurde getan, was wirkt (nicht), was läuft aktuell. 4. Bitte + Plan: Entscheidung/To-do, Eskalationsschwellen, Review-Zeitpunkt. 5. Closed loop: Rückfrage/Read-back, Verantwortlichkeit, Dokumentation.

Worum geht es im Detail?

1. Früherkennung heißt: Trends erkennen und in Handlungen übersetzen. Ein einzelner Blutdruckwert ist weniger aussagekräftig als ein abfallender Verlauf; eine scheinbar „stabile“ Sauerstoffsättigung kann durch steigenden O₂-Bedarf erkaufte sein. Wir diskutieren pragmatische Trigger (z. B. zunehmende Atemarbeit, neue Tachykardie, fallende Diurese, steigendes Laktat) und ordnen sie in Track-and-Trigger-Konzepte ein (NEWS2 oder lokale Early-Warning-Systeme).

2. Eskalation braucht klare Zeitziele und Rollen. Ein einfacher Stufenplan (Stations-Team – Notfallteam/Rapid Response – ITS) beschleunigt Entscheidungen, wenn Eskalationsstufe, Zielzeit und Verantwortlichkeit eindeutig sind. Schlüssel ist das frühe Benennen von Failure-Kriterien (z. B. anhaltende Hypoxie trotz Eskalation, Vasopressorbedarf, progrediente Azidose, wiederholte Krampfanfälle) und die Vorbereitung des Transfers (Monitoring, laufende Therapie, Transportfähigkeit).
3. Übergaben sind klinische Interventionen. Strukturierte Kommunikation reduziert Informationsverlust, Fehlpriorisierung und Doppelarbeit. Anhand von ISBAR/SBAR und typischen Fallvignetten üben wir, Dringlichkeit, Unsicherheit und To-do's präzise zu formulieren – inkl. „Was erwarte ich jetzt?“ und „Was passiert, wenn Ziel X nicht erreicht wird?“

Werkzeuge und Standards

Early Warning Scores: Systeme wie NEWS2 erhöhen die Sensitivität für klinische Verschlechterung, ersetzen aber nicht die ärztliche Einschätzung. Wir zeigen, wie Sie Score, klinische Zeichen und Verlauf kombinieren (z. B. O₂-Flow als „unsichtbarer“ Schweregradmarker) und welche Schwellenwerte in der Praxis eine Eskalation rechtfertigen.

Zeitkritische Behandlungspfade: Viele internistische Notfälle haben „Bundles“ mit engem Zeitfenster (Sepsis, ACS, Stroke, schwere respiratorische Insuffizienz, Blutung). Wichtig ist Parallelisierung: Diagnostik und Therapie dürfen nicht seriell laufen. Wir diskutieren pragmatische Priorisierung (was muss sofort, was kann nachgelagert werden?) und wie Sie Failure-Kriterien so formulieren, dass das Team handlungsfähig bleibt.

Kommunikationsstandards: ISBAR/SBAR ist robust, kurz und lehrbar. Ergänzend kann I-PASS helfen, Unsicherheit und Kontingenzpläne explizit zu machen. Zentral sind: klare Dringlichkeitsmarkierung, Minimaldatensatz und Closed-Loop-Kommunikation (Rückfrage/Read-back).

Beispiel: 30-Sekunden-ISBAR am Telefon

- I: „Hier ist Dr. ..., Station 3B, Patientin Frau K., 64 J.“
- S: „Progrediente respiratorische Insuffizienz, aktuell O₂ 10 l/min, AF 32/min.“
- B: „Pneumonie seit 6 h; relevante Vorerkrankung COPD; keine Patientenverfügung bekannt.“
- A: „SpO₂ fällt trotz Eskalation, BGA pH 7,28, Laktat 3,1; Vigilanz abnehmend.“
- R: „Bitte ITS-Konsultation jetzt; Entscheidung zu NIV/Intubation in den nächsten 15 min. Wenn SpO₂ < 88% trotz NIV oder GCS weiter fällt, eskalieren wir sofort.“

Schnittstellenrisiken: 5 typische Übergabe-Fallen

- Dringlichkeit bleibt implizit („kann mal jemand schauen?“ statt Eskalationsstufe + Zeitfenster).
- Nur Momentaufnahme statt Verlauf (fehlender Trend von O₂-Bedarf, Laktat, Diurese, Vigilanz).
- Maßnahmen ohne Wirkungskontrolle (kein dokumentiertes Re-evaluation-Zeitfenster).
- Unklare Verantwortlichkeit (wer übernimmt, wer bleibt Owner, wann nächster Review?).
- Keine Kontingenzplanung („wenn X, dann Y“ fehlt; z. B. Intubationskriterien, Vasopressor-Schwellen).

Mini-Fallvignetten

- ED → Station: 78-jähriger Patient mit Pneumonie. SpO₂ 94% unter 2 l/min, aber O₂-Bedarf steigt innerhalb von 90 Minuten auf 6 l/min; AF 28/min, Laktat 2,6 mmol/l. Ziel: Verschlechterung früh benennen (Trend), Sepsis-/Respirationspfad starten, ITS-Konsultation nicht erst bei „Crash“.
- Station → ITS: 64-jährige Patientin nach Diuretikatherapie wegen Lungenödem. RR zunächst stabil, dann MAP 62, kalte Extremitäten, Diurese 10 ml/h, neue Vorhofflimmern-Tachykardie. Ziel: Failure-Kriterien definieren, Zeitfenster 10/30 Minuten, strukturierte ISBAR-Übergabe mit Therapieresponse.
- ED → ITS: 55-jähriger Patient mit GI-Blutung unter DOAK. Hb fällt, Tachykardie, Synkope. Ziel: Blutungs- und Transfusionspfad, Gerinnungsmanagement, klare Übergabe (Antikoagulation, letzte Einnahme, Reversionsstrategie, Transportfähigkeit).

Was Sie direkt am nächsten Tag umsetzen können:

Der größte Effekt entsteht oft nicht durch neue Medizin, sondern durch bessere Organisation der ersten 30 Minuten und bessere Kommunikation. Die folgenden Mikrointerventionen sind bewusst niedrigschwellig: Sie können in der ED, auf der Station und in der ITS ohne neue Technik eingeführt werden – ideal als Team-Agreement.

- Definieren Sie 3–5 lokale Red-Flag-Trigger (z. B. O₂-Flow ↑, Laktat ↑, Diurese ↓) und hängen Sie sie sichtbar aus.
- Vereinbaren Sie ein Eskalationswort („rot“) plus Zeitfenster („innerhalb 10 Minuten“), das jede:r nutzen darf.
- Legen Sie einen Minimaldatensatz fest, der bei jeder ITS-Anfrage genannt werden muss (O₂-Flow/FiO₂, Laktat, Diurese, Vigilanz, aktuelle Therapien).
- Führen Sie ein 15–30-Minuten-Time-out ein: „Hat die Maßnahme gewirkt? Wenn nein: nächster Schritt.“
- Nutzen Sie konsequent Closed loop: Bitte – Bestätigung – Rückmeldung (inkl. Dokumentationssatz in der Akte).

Praxis-Tool: Eskalationsmatrix und Übergabe-Template

Ein Minimalstandard, der auch unter Zeitdruck funktioniert: Eskalationsmatrix mit Zeitfenstern und ISBAR-Minimaldatensatz.

Trigger	Sofortmaßnahmen (0–10 min)	Eskalation	ISBAR-Kerndaten
Hypoxie/Resp.-Distress	O ₂ eskalieren, BGA; NIV/High-Flow erwägen; intubationsnahes Setup.	Notfallteam + ITS bei Persistenz/Ermüdung.	S: O ₂ -Flow/FiO ₂ , AF/SpO ₂ -Trend; A: BGA, Atemarbeit.
Hypotonie/Schock	2 i.v. Zugänge, Laktat; Volumen-Test; Vasopressor nach Schema.	RRT/ITS sofort bei MAP < 65 trotz Therapie.	A: Laktat, Diurese, Perfusion; R: Ziel-MAP, Dosis, Failure-Kriterien.
Akute Bewusstseins-/Neuroänderung	BZ, O ₂ , Temperatur; Medikamentencheck; Krampfanfall behandeln; Stroke-Pfad.	Neurologie/ITS je nach Atemweg/Schutzreflexen.	B: Vorerkrankungen/Antikoag.; A: GCS/Delir; R: Bildgebung/Monitoring-Plan.

BDI-AG Internist:innen im KH – Info

Prof. Dr. M. Buerke, F. Bennet | April 2026

Sepsis-Verdacht + Organzeichen	Kulturen, AB, Volumen, Laktat; Fokus/Source-Control anstoßen.	ITS bei Hypotonie, Laktat \uparrow , O ₂ -Bedarf \uparrow .	S: Fokus?; A: NEWS2/qSOFA, Laktat; R: AB-Plan + Re-eval.
Massive Blutung/Thromboembolie/ACS	Blutungsstopp/Kreuzblut; TXA/Reversion nach Indikation; EKG/Troponin; CT/Intervention.	Kardiologie/ITS sofort bei Instabilität.	S: Leitsymptom; B: Antikoag.; A: Hb/INR, EKG; R: Intervention/CT/Plan.

Lernziele und Nutzen

Nach dem Modul sollen die Teilnehmer:innen Verschlechterung schneller erkennen, Eskalationsentscheidungen transparenter begründen und Übergaben so strukturieren, dass der Empfänger sofort handlungsfähig ist. Der Nutzen ist messbar: weniger „späte“ Intensivkonsultationen, klarere Verantwortlichkeiten und weniger Informationsverlust an Schnittstellen.

- Red Flags sicher benennen und in Stufen (gelb/orange/rot) übersetzen.
- Zeitkritische Maßnahmen parallelisieren und Re-evaluation verbindlich festlegen.
- ISBAR-Anfragen so formulieren, dass Dringlichkeit, Unsicherheit und Plan klar sind.
- Failure-Kriterien definieren, die eine Eskalation unabhängig von Hierarchie auslösen.

Implementierung im Krankenhaus

- Team-Agreement: ein einheitliches Eskalationsschema (Gelb/Orange/Rot) mit definierten Ansprechpersonen und Zielzeiten (z. B. 10/30/60 Minuten).
- Training: kurze, wiederholte Simulationen (10–15 Minuten) zu Übergaben und Notfallsituationen sind oft wirksamer als seltene Großschulungen.
- Dokumentation: Minimaldatensatz in ED- und Stationsdokumentation (Vitaltrends, O₂-Flow, Laktat, Diurese, Therapieziel/Failure-Kriterien).
- Audit: 3 einfache Prozessindikatoren reichen oft: (1) Zeit bis Notfallteam/ITS-Kontakt, (2) Vollständigkeit der ISBAR-Übergabe, (3) Re-evaluation innerhalb definierter Zeit.

Literatur (Auswahl)

1. Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. London; 2017.
2. NICE. Acutely ill patients in hospital: recognition of and response to acute illness in adults in hospital. Clinical guideline CG50. 2007.
3. Evans L, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Intensive Care Med. 2021.
4. European Resuscitation Council. ERC Guidelines 2021: In-hospital resuscitation and systems saving lives. Resuscitation. 2021.
5. World Health Organization. Communication during patient hand-overs. Patient Safety Solutions. 2007.
6. Starmer AJ, et al. Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Program. N Engl J Med. 2014;371:1803-1812.
7. Jones D, et al. Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2011;15:R24.
8. AWMF S3-Leitlinie Sepsis - Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge (aktuelle Version, AWMF-Registernummer).

Kontakt:

Prof. Dr. M. Buerke, Siegen, mbuerke@gmail.com, Sprecher der BDI-AG Internist:innen im KH
 Bitte Vorschläge, Themen etc an uns. Wir freuen uns über Mitarbeit