

POCUS im Rettungsdienst: Entscheidungshilfe oder Tunnelblick?

Abstract für das NotSan-Forum 2026 · David Kämmerling (NotSan Kurs H1)

Hintergrund und Problemstellung

Point-of-Care-Sonographie (POCUS) ist durch kompakte, mobile Geräte zunehmend auch präklinisch verfügbar. Im Rettungsdienst wird sie v. a. bei Trauma (FAST/eFAST), unklarer Dyspnoe, Schockzuständen und während der Reanimation eingesetzt. Ziel ist, relevante Befunde früh zu erkennen und Entscheidungen (z. B. Maßnahmenpriorisierung, Zielklinik, Transportstrategie) zu unterstützen. Gleichzeitig besteht die Sorge, dass POCUS – insbesondere bei begrenzter Routine, Zeitdruck und uneindeutigen Befunden – zu Fehldeutungen oder zu einem diagnostischen „Tunnelblick“ führen kann: Ein vermeintlich eindeutiges Bild kann klinische Einschätzung, Differentialdiagnostik und Teamkommunikation ungewollt überlagern. Für die präklinische Versorgung ist zudem zentral, ob POCUS die Strategie „Load and Go“ in einzelnen Fällen sinnvoll ergänzt – oder ob zusätzliche Diagnostik am Einsatzort zu einem unkritischen „Stay and Play“ mit verlängerter Scene-Time führt, ohne Patientennutzen zu bringen.

Fragestellung

Wirkt POCUS im Rettungsdienst überwiegend als Entscheidungshilfe – oder kann es durch Übervertrauen und Fixierung auf (scheinbar) klare Bildbefunde einen diagnostischen Tunnelblick begünstigen, der klinisches Denken und eine konsequente Transportstrategie verschlechtert?

Motivation für die Themenwahl

Als Notfallsanitäter:innen treffen wir zunehmend eigenständige Entscheidungen unter Unsicherheit. POCUS verspricht mehr Objektivität – ist aber stark anwenderabhängig. Das Thema passt zum Leitthema „NotSan werden und bleiben“: Führt technischer Fortschritt zu echter Kompetenzsteigerung oder verleitet er dazu, weniger zu reflektieren? Der Impuls soll nicht „POCUS: ja oder nein“ beantworten, sondern zeigen, wie POCUS das Denken im Einsatz beeinflusst und welche Rahmenbedingungen nötig sind, damit es ein Kompetenzgewinn bleibt.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Recherche

Systematische Übersichten zeigen, dass präklinisches POCUS in ausgewählten Indikationen das Management verändern kann, insbesondere im Traumakontext und bei unklarer Atemnot. Studien zur präklinischen FAST/eFAST berichten u. a. Auswirkungen auf Triage- und Zielklinikentscheidungen; in randomisierten Settings wurden zudem Effekte auf Zeit bis zur Schockraumaufnahme bzw. Operation untersucht. Gleichzeitig wird konsistent betont, dass diagnostische Güte, Geschwindigkeit und klinischer Nutzen wesentlich von Ausbildung, Erfahrung, Protokollen und Qualitätssicherung abhängen. Mehrere Arbeiten berichten, dass fokussierte Untersuchungen prinzipiell in wenigen Minuten durchführbar sind – entscheidend ist jedoch, dass der Zusatznutzen in der jeweiligen Situation den Zeitaufwand rechtfertigt. Unregelmäßige Anwendung und rein kurzformatige Schulungen erhöhen das Risiko falsch-negativer oder fehlinterpretierter Befunde. Aus der Literatur zu klinischer Entscheidungsfindung sind typische kognitive Verzerrungen gut beschrieben (z. B. Anchoring/Fixierung, Confirmation Bias, Overconfidence). POCUS kann diese Verzerrungen verstärken, wenn ein frühes Bild den weiteren Blick verengt („Wir haben ja nichts gesehen“) – mit der Folge, dass relevante Differentialdiagnosen, Verlaufskontrollen oder Teamrückmeldungen weniger Gewicht bekommen. Umgekehrt kann POCUS als strukturierter „Denkanker“ dienen, wenn es konsequent als Ergänzung zur klinischen Untersuchung genutzt, in klare Indikationen eingebettet und regelmäßig trainiert wird.

Diskussion und Schlussfolgerung

POCUS hat das Potenzial, Entscheidungen im Rettungsdienst zu verbessern – aber nicht automatisch. Für einen echten Nutzen braucht es (1) klare Indikationen und kurze, standardisierte Protokolle, (2) kompetenzorientierte Aus- und Fortbildung mit regelmäßiger Praxis, (3) Supervision/Feedback und dokumentierte Qualitätssicherung sowie (4) eine bewusste Teamkommunikation („POCUS-Befund als Zusatzinformation, nicht als Abschlussdiagnose“). Dann kann POCUS helfen, in kritischen Situationen schneller die richtige Strategie zu wählen – einschließlich der Frage, wann „Load and Go“ zwingend bleibt. Ohne diese Rahmenbedingungen besteht die Gefahr, dass Technik eine Scheinsicherheit erzeugt, Scene-Time unnötig verlängert und klinisches Denken ersetzt. Reflektiertes Nachdenken ist damit kein Umweg, sondern Voraussetzung, um POCUS sicher und professionell in die präklinische Versorgung zu integrieren.

Zentrale Quellen (5)

1. Bötter MT, et al. The role of point of care ultrasound in prehospital critical care: a systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2018.
2. Lucas B, et al. Prehospital FAST reduces time to admission and operative treatment: prospective randomized multicenter trial. *World J Emerg Surg.* 2021.
3. Nelson BP, Chason K. Use of ultrasound by emergency medical services: a review. *Int J Emerg Med.* 2008;1(4):253-259.
4. Croskerry P. Cognitive forcing strategies in clinical decision making. *Ann Emerg Med.* 2003.
5. American College of Emergency Physicians (ACEP). *Ultrasound Guidelines: Emergency, Point-of-Care, and Clinical Ultrasound Guidelines in Medicine. Policy Statement (online).*