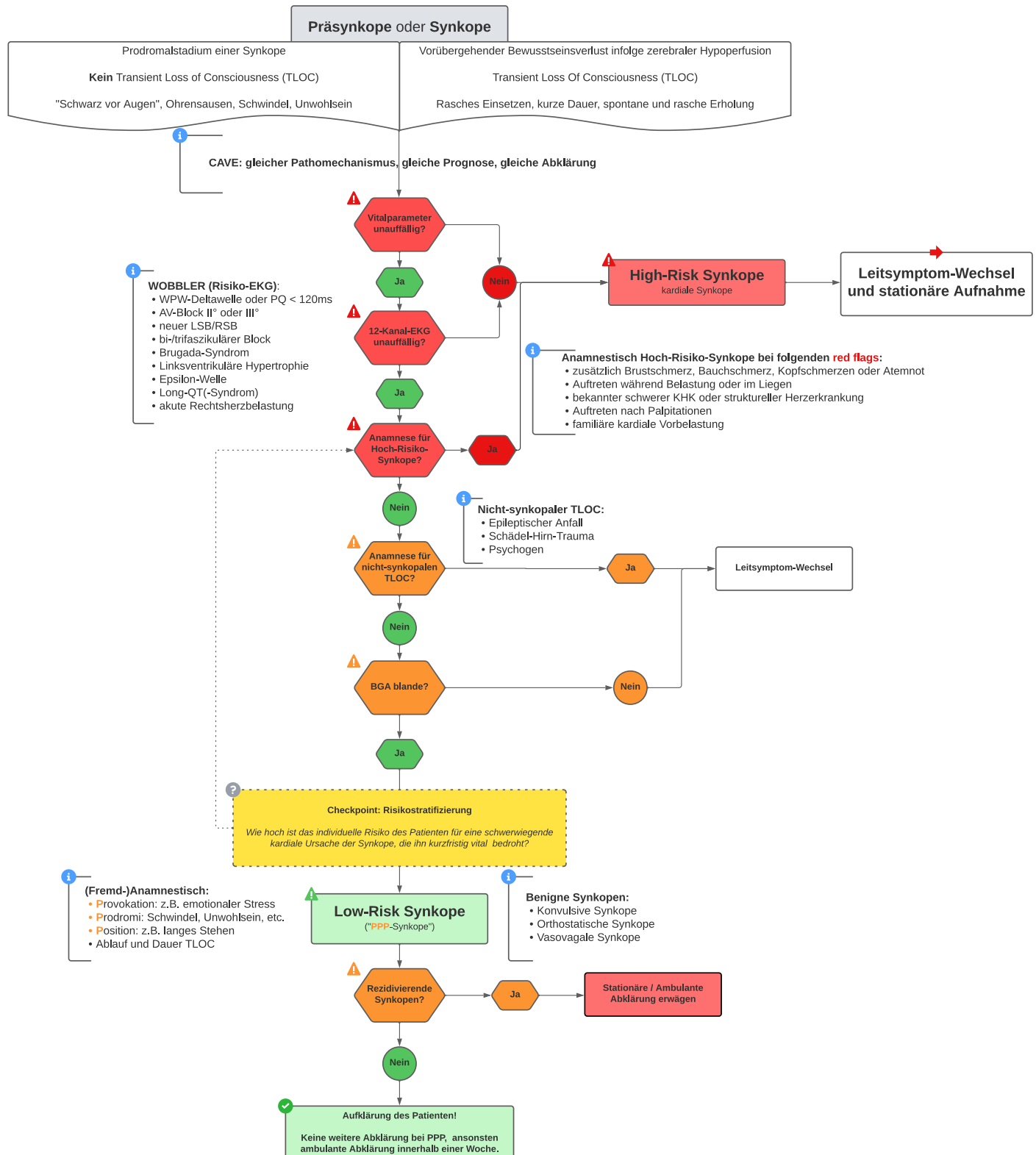


SOP ZNA Jena

Synkope

Algorithmus:



1. Anamnese

a. Leitsymptomatik:

- Vorübergehender Bewusstseinsverlust (TLOC)?
Oder: beinahe vorübergehender Bewusstseinsverlust (Präsynkope)?
- Sturz mit potenziellen Traumafolgen?
- Ein- oder mehrfach?
- Was geschah unmittelbar vor der Synkope? Gab es einen Auslöser?
Potenzielle Auslöser:
 - Lageänderung (Aufstehen aus dem Sitzen oder Liegen)
 - Langes Stehen
 - Emotionaler Stress
 - Toilettengang
- Wie lief der (un-)vollständige Bewusstseinsverlust ab? (Fremdanamnese!)
Faktoren: Zucken der Extremitäten, Tonusverlust, Sturz, Dauer
- Wie verlief die Phase nach dem (un-)vollständigen Bewusstseinsverlust?
Faktoren: Dauer der Reorientierungsphase? Verhangenheit? Beschwerden?

b. Red Flags

- Begleitende Symptomatik (Brustschmerz, Bauchschmerz, Kopfschmerz oder Atemnot)
- Auftreten bei körperlicher Belastung (z.B. Treppensteigen) oder in Ruhe (z.B. im Liegen)
- Auftreten nach Palpitationen
- Bekannte KHK oder strukturelle Herzerkrankung inklusive familiäre kardiale Vorbelastung

2. Untersuchung

a. Fokussierte körperliche Untersuchung:

- Orientierung?
- Auskultation: Rhythmus, Frequenz, Herzgeräusche?
- Rekapillarierungszeit?
- Hinweise auf pulmonale oder periphere Ödeme?
- Zungenbiss?
- Enuresis?
- Dehydratationszeichen?
- Anzeichen für Intoxikation? Anzeichen für Hypoglykämie? Anzeichen für Trauma?

3. Diagnostik

CAVE: Troponin-Bestimmung nicht immer sinnvoll!

- a. Vitalparameter
- b. 12-Kanal-EKG (WOBBLER, siehe oben)
- c. BGA
- d. Labor (wenn klinisch indiziert mit TNI und BNP)

4. Management

- a. Zentral ist die Risikostratifizierung. [Canadian Syncope Risk Score](#) kann unterstützen.
- b. Präsynkope = Synkope
- c. Immer: Anamnese (Fremd- und Eigen), fokussierte körperliche Untersuchung, EKG
- d. EKG: WOBBLER
- e. High-Risk-Synkope? Dann Labor und stationäre Aufnahme.
- f. Nicht-synkopaler TLOC wahrscheinlich? Dann Leitsymptom-Wechsel.
- g. Low-Risk-Synkope? Entlassung und bei Bedarf ambulante Behandlung.
- h. Immer: Aufklärung des Patienten.
- i. [Fahreignung](#)? Keine Einschränkung bei einmaliger Synkope, keine Fahreignung bei rezidivierenden Synkopen.

Wichtiger Hinweis:

Diese SOP gibt das in den meisten Fällen gültige Vorgehen wieder. Sie entbindet weder von der ärztlichen Sorgfaltspflicht noch schließt sie ein Abweichen in begründeten Fällen aus.

5. Literatur und Quellen

- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Diagnose und Management von Synkopen (Version 2018)
- Notfall- und Rettungsmedizin (M. Christ, R.R. Bruno). Notfallpatient mit Synkope
- DGK, [ESC Pocket Guidelines](#), Diagnose und Management von Synkopen, Version 2018
- Uptodate [Syncope](#) (30.06.2025)
- Amboss Synkope (01.07.2026)