

Schmid/Breitinger/Hess/Rall
Dubb/Ohmayer/Merz (Hrsg.)

Fallbuch Rettungsdienst

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Herausgebenden

Dr. med. Katharina Schmid, Ärztliche Leitung DRK-Landesschule Bildungseinrichtung Pfalzgrafenweiler.

Hannes Breitinger, Hauptfeldweibel, TC-HEMS auf dem Christoph 22, Gesundheits- und Krankenpfleger für Notfallpflege (DKG) in der ZINA am Bundeswehrkrankenhaus Ulm.

Armin Hess, cand. M. A., Schulleiter der Bildungseinrichtung Pfalzgrafenweiler der DRK-Landesschule BW.

Dr. med. Marcus Rall, Notarzt, Ausbilder für CRM-Instruktoren, Gründer und Leiter des Instituts für Patientensicherheit & Simulations-Teamtraining InPASS GmbH.

Rolf Dubb, B. Sc., M. A., Fachkrankenpfleger A+I, Intensive Care Practitioner und Fachbereichsleiter und Leiter des Simulationszentrums an der Akademie der Kreiskliniken Reutlingen GmbH.

Julian Ohmayer, Gesundheits- und Krankenpfleger für Notfallpflege (DKG) in der ZINA am Bundeswehrkrankenhaus Ulm.

Dr. med. Sabine Merz, Chefarztin Klinik für Akut- und Notfallmedizin Klinikum Friedrichshafen.

Katharina Schmid/Hannes Breitingner/
Armin Hess/Marcus Rall/
Rolf Dubb/Julian Ohmayer/
Sabine Merz (Hrsg.)

Fallbuch Rettungsdienst

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten verändern sich ständig. Verlag und Autoren tragen dafür Sorge, dass alle gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Eine Haftung hierfür kann jedoch nicht übernommen werden. Es empfiehlt sich, die Angaben anhand des Beipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen. Aufgrund der Auswahl häufig angewendeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechteinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

Piktogramme



Merke



Tipp



Fallbeispiel



Übung

1. Auflage 2022

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-039282-3

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-039283-0

epub: ISBN 978-3-17-039284-7

Geleitwort

»Nicht schon wieder ...!« Wenn wir ehrlich sind, erleben wir im rettungsdienstlichen Alltag regelmäßig Einsatzsituationen, die uns nerven. Die Trigger sind dabei persönlich sehr verschieden. Oft genug gelingt es uns nicht, in solchen Situationen unsere Emotionen zu verbergen. Darauf wiederum reagiert unser Gegenüber, die Situation schaukelt sich auf und letztlich endet ein Einsatz in einer nur wenig zufriedenstellenden Performance.

Tatsächlich sind solche Punkte immer eine Frage guter Kommunikation im Team, mit dem Patienten und schließlich bei der Übergabe mit den Kollegen in der Notfallaufnahme. Um diese Kommunikation gut zu gestalten, empfiehlt es sich, sich in die Rolle des jeweils anderen reinzudenken. Dazu benötigen wir

- Respekt und Höflichkeit,
- Einfühlungsvermögen und Rücksichtnahme sowie
- Wertschätzung und Disziplin.

Diese Eigenschaften lassen sich beliebig untereinander vertauschen. Zunächst klingt eine solche Aufzählung nach allgemeingültigen Phrasen, die nur Ausdruck einer guten Kinderstube sind. Doch wenn wir den Arbeitsalltag professioneller Teams, insbesondere den verantwortungsvollen Umgang mit Patienten, kritisch beleuchten, müssen wir erkennen, dass diese Kriterien eines guten Umgangs miteinander durchaus nicht selbstverständlich sind: Im Jahr 2009 fliegt ein Airbus 320 der US-Fluggesellschaft Northwest Airlines auf dem Flug von San Diego nach Minneapolis 150 Meilen über den Zielflughafen hinaus. Die beiden Piloten geben später zu Protokoll, sie hätten solch ein hitziges Streitgespräch geführt, dass sie die nötige Aufmerksamkeit für die Position des Flugzeuges verloren hätten (*»Loss of situational awareness«*) und nur durch ein Mitglied der Kabinen-Crew darauf hingewiesen wurden, dass sie doch bereits längst am Ziel sein sollten. Der Flug konnte anschließend sicher beendet werden, aber dieser Vorfall bestätigt eindrucksvoll, dass eine emotional geführte Diskussion mit Mangel an Respekt und Höflichkeit unsere kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt. Dies gilt genauso für die Kommunikation im ebenso hochspezialisierten Rettungsteam.

Für das Rettungsfachpersonal ist es Alltag, in eine fremde Wohnung zu kommen und sich dort souverän zu bewegen. Für den Patienten jedoch bedeutet es eine Ausnahmesituation. Auch wenn das Rettungsteam die akute

Bedrohung des Patienten wenig dramatisch einschätzt, fühlt sich der Patient so hilflos oder schmerzgeplagt, dass er völlig fremden Menschen Zutritt in seine privatesten Räume (z. B. das Schlafzimmer) gewährt. Dabei müssen alle Symptome als subjektive Wahrnehmung verstanden werden. Selbst in der Annahme, dass ein rettungsdienstlicher Einsatz in Ermangelung einer vitalen Bedrohung nicht gerechtfertigt ist, gilt es, sich in die Situation des Patienten zu versetzen, um zu verstehen, was ihn zur Inanspruchnahme des Rettungsdienstes bewogen hat. Rücksicht und Empathie ermöglichen auch in derartigen Situationen eine zielführendere Kommunikation – im Gegensatz zu Vorwürfen über eine unnötige Alarmierung.

Die Übergabe der Patienten in den Notfallaufnahmen stellt besondere Herausforderungen an die Kommunikation. Die in dieser kurzen Phase weitergegebenen Informationen nehmen wesentlichen Einfluss auf die weitere Versorgung der Patienten. Dabei treffen jedoch oft unterschiedliche Wahrnehmungen aufeinander: Während das Rettungsteam gedanklich bereits am Ende seines Einsatzes angelangt ist und die Anspannung möglicherweise abfällt, befindet sich das Team der Notaufnahme am Beginn ihrer Patientenversorgung. Hinzu kommen äußere Stressfaktoren wie eine übervolle Notfallaufnahme oder der längst überfällige Schichtwechsel der Rettungswagenbesatzung.

Auch hier gilt es, für beide Seiten die Arbeit des jeweiligen Gegenübers wertzuschätzen. Dies ist einfacher, wenn das ärztliche genauso wie das Assistenzpersonal Erfahrungen auf beiden Seiten hat – in der prähospitalen Notfallmedizin ebenso wie in der klinischen Akutmedizin. Dem Gegenüber aufmerksam und diszipliniert begegnen, warten, bis alle für die Patientenversorgung wichtigen Personen bewusst zuhören können, alle Informationen nach einer klaren Struktur übermitteln, Rückfragen zulassen und dabei Zeit für ein freundliches Wort haben, sind die Zutaten einer guten Übergabe. Zusammenfassend beschreibt all das die Professionalität, welche die Autoren dieses wertvollen Buches ihren Lesern vermitteln möchten.

PD Dr. med. Björn Hossfeld, OFA
Ltd. Oberarzt
Notfallmedizinisches Zentrum
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin u. Schmerztherapie
RTH Christoph 22
Bundeswehrkrankenhaus Ulm

Inhalt

Geleitwort	5
Abkürzungsverzeichnis	9
Vorwort	11
<i>Rolf Dubb und Katharina Schmid</i>	
1 Patientenübergabe: Grundlagen	13
<i>Rolf Dubb</i>	
2 Fokus Übergabe: Ursachen für Fehler, die Bedeutung der »menschlichen Faktoren« (Human Factors) und wichtige Tipps für die Erhöhung der Patientensicherheit	15
<i>Marcus Rall</i>	
3 Strukturierte Patientenübergabe	19
<i>Julian Ohmayer</i>	
3.1 Ergänzende Mnemonics zur strukturierten Patientenübergabe	21
3.1.1 x/cABCDE	21
3.1.2 SAMPLER	23
3.1.3 OPQRST	24
3.1.4 qSOFA	25
3.1.5 BEFAST	25
3.2 Übergaberaster	26
3.2.1 ISOBAR	26
3.2.2 SBAR	29
3.2.3 ATMIST	30
3.2.4 BAUM	31
4 Strukturiere Patientenmeldung in der Notaufnahme	34
<i>Hannes Breitinger</i>	
5 Fallbeispiele	36
5.1 Fallbeispiel 1	37
<i>Sofia Fröhlich</i>	

5.2	Fallbeispiel 2	45
	<i>Patrick Michelmann</i>	
5.3	Fallbeispiel 3	50
	<i>Patrick Michelmann</i>	
5.4	Fallbeispiel 4	53
	<i>Patrick Michelmann</i>	
5.5	Fallbeispiel 5	58
	<i>Patrick Michelmann</i>	
5.6	Fallbeispiel 6	62
	<i>Katharina Schmid</i>	
5.7	Fallbeispiel 7	67
	<i>Katharina Schmid</i>	
5.8	Fallbeispiel 8	71
	<i>Katharina Schmid</i>	
5.9	Fallbeispiel 9	74
	<i>Caroline Eckhardt</i>	
5.10	Fallbeispiel 10	79
	<i>Caroline Eckhardt</i>	
5.11	Fallbeispiel 11	85
	<i>Caroline Eckhardt</i>	
5.12	Fallbeispiel 12	90
	<i>Michael Zoll</i>	
5.13	Fallbeispiel 13	95
	<i>Michael Zoll</i>	
5.14	Fallbeispiel 14	101
	<i>Michael Zoll</i>	
5.15	Fallbeispiel 15	106
	<i>Caroline Eckhardt</i>	
5.16	Fallbeispiel 16	111
	<i>Sofia Fröhlich</i>	
5.17	Fallbeispiel 17	119
	<i>Michael Zoll</i>	
5.18	Fallbeispiel 18	127
	<i>Christoph Armbrust</i>	
5.19	Fallbeispiel 19	133
	<i>Caroline Eckhardt</i>	
5.20	Fallbeispiel 20	138
	<i>Caroline Eckhardt</i>	
5.21	Fallbeispiel 21	143
	<i>Christoph Armbrust</i>	
	Die Autorinnen, die Autoren	150

Abkürzungsverzeichnis

AAO	Alarm und Ausrückordnung
AF	Atemfrequenz
ACS	Acute Coronary Syndrom = Akutes Koronarsyndrom
ÄND	Ärztlicher Notfalldienst
AZ	Allgemeinzustand
BB	Blutbild
Bds.	Beidseits
BIPAP	Biphasischer positiver Atemwegsdruck
BZ	Blutzucker
CK	Creatinkinase
CKMB	Isoenzym der Creatinkinase (MB steht für muscle-brain-type)
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CRP	C-Reaktives Protein
CRM	Crew Resource Management – Strategien und Konzepte zur Vermeidung von Fehlern im Bereich der Human Factors im Team
DMS	Durchblutung, Motorik, Sensibilität
DOAK	Direkte orale Anikoagulantien
CVRF	Cardiovasculäre Risikofaktoren
ERC	European Resuscitation Council
FAST	Schnelltest zur Erkennung eines Schlaganfalls: Face, Arms, Speech, Time
FFP	Fesh Frozen Plasma
GCS	Glasgow Coma Scale
HF	Herzfrequenz
HNR	Hausnotruf
HWS	Halswirbelsäule
ILS	Integrierte Leitstelle
ITW	Intensivtransportwagen
i. v.	intravenös
KG	Körpergewicht
KHK	Koronare Herzkrankheit
KMS	Kommunikationssystem
KTW	Krankentransportwagen
NA	Notarzt
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NFS	Notfallsanitäter
NotSanG	Notfallsanitätergesetz

NRS	Numerische Rating Scale
NSTEMI	Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction = Nicht-ST-Hebungsinfarkt
o. B.	ohne Befund
OG	Obergeschoss
OPQRST	Mnemonics zur Erfassung der Schmerzanamnese
OSG	Oberes Sprunggelenk
PEEP	Positive Endexpiratory Pressure
Pmax	maximale Druckbegrenzung
PPSB	Prothrombin-Komplex
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
PSNV	Psychosoziale Nachsorge
RD	Rettungsdienst
ROSC	Return of Spontaneous Circulation
RR	Riva Rocci
RTH	Rettungshubschrauber
RTW	Rettungswagen
SAMPLER	Mnemonics zur Anamneseerhebung
SBAR	Mnemonics zur Übergabe von Patienten
SQL	Stelle zur trägerübergreifenden Qualitätssicherung im Rettungsdienst Baden-Württemberg
STEMI	ST-Segmentelevation Myocardial Infarction = ST-Hebungsinfarkt
STU	Schnelle Traumauntersuchung
TAA	Tachyarrhythmia absoluta
TCPR	Telefonreanimation
TEP	Totalendoprothese
TIA	Transitorische ischämische Attacke
V. a.	Verdacht auf
VRS	Visuelle Rating Skala
VU	Verkehrsunfall
WASB	Vereinfachte Version der Glasgow Coma Scale: Das Bewusstsein wird in <i>w</i> ach, reagiert auf Ansprache, reagiert auf Schmerzreiz, <i>b</i> ewusstlos eingeteilt.
ZKS	Zentrale Koordinierungsstelle
4HITS	Herzbeuteltamponade, Intoxikation, Thrombembolie, Spannungspneumothorax
4Hs	Hypoxie, Hypovolämie, Hypothermie, Hyper-Hypokaliämie
10-für-10	Das »10 Sekunden für 10 Minuten-Prinzip«: ein Team Timeout zur Koordination des Teams, auch unter Zeitdruck

Vorwort

Rolf Dubb und Katharina Schmid

Von der Erstversorgung des Patienten¹ bis zur endgültigen Versorgung im klinischen Setting sind verschiedene Übergaben zwischen unterschiedlichen Professionen und Strukturen notwendig. Als Herausforderung kommt hinzu, dass die verschiedenen handelnden Personen zum Teil einen unterschiedlichen Ausbildungsstand oder verschiedene soziale und berufliche Prägung haben (Schnell et al., 1999). Eine umfassende und lückenlose Weitergabe aller relevanten Informationen ist hierbei unerlässlich (Sieber, 2009; Rossi, 2019).

Der Rettungsdienst übernimmt am Notfallort den Patienten von den Angehörigen. Möglicherweise ist bereits der Hausarzt oder ein »First-Responder-Team« vor Ort. Hierbei ist es wichtig, systematisch und strukturiert das primäre Notfallereignis und alle relevanten und für den weiteren Behandlungsverlauf notwendigen Hintergrundinformationen abzufragen, zu clustern, zu dokumentieren und bei der späteren Klinikübergabe zu berichten. Zu Beginn der Behandlung steht nicht die Diagnose, sondern mehr oder weniger ausgeprägte Symptome. Diese werden strukturiert abgearbeitet, behandelt und führen zu einer Arbeitshypothese bzw. einer Arbeitsdiagnose. Diese Daten stehen im Fokus der Behandlung und müssen im weiteren Verlauf lückenlos und umfassend weitergegeben werden (Rossi, 2019; Barzen et al., 2016), um eine umfassende und adäquate Behandlung einzuleiten. Fehler entstehen hier durch unstrukturierte Erfassung, fehlende Dokumentation, Nichteinhaltung von Empfehlungen und Leitlinien und Missverständnissen (Lutzenberger et al., 2012).

Neben der originären, primär medizinischen Versorgung ist der Rettungsdienst auch für die erste Erhebung der notwendigen patientenbezogenen Grunddaten zuständig. Hierzu gehören das Überprüfen und Sicherstellen der korrekten Identität (Name, Vorname, Geburtsdatum). Ist der Patient ansprechbar und orientiert, können diese Daten direkt vom Patienten abgefragt und dokumentiert werden. Ist der Patient bewusstseinsgetrübt, zur Person nicht orientiert oder aus sonstigen Gründen nicht in der Lage, seine Identität zu bestätigen, und stehen keine weiteren Informationsquellen zur Verfügung (Personalausweis, Angehörige etc.) kann diesem Patienten eine passagere, unverwechselbare »Arbeitsidentität« zugewiesen werden.

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Text bei personenbezogenen Bezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

Hier könnte eine Kombination von Geschlecht, genauer Notfallort und Rufzeichen RTW eine spätere Zuordnung von Befunden in der Klinik erleichtern.

Die präklinische Versorgung durch den Rettungsdienst ist sehr komplex. Getroffene Entscheidungen beeinflussen auch die weiteren Behandlungsschritte bis in die Klinik. Eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure ist für den Behandlungserfolg der betreuten Patienten unerlässlich. In diesem Buch werden anhand von konkreten Beispielen, angelehnt an reale Situationen, mögliche Lösungswege und Entscheidungshilfen aufgezeigt.

Literatur

- Barzen, S., Schweigkofler, U., Hoffmann, R. (2016). *Prälinik und Klinik: Treffen hier zwei Welten aufeinander?* Rettungsdienst, 39, 1184–1189.
- Lutzenberger, T., Wutzler, S., Marzi, I. et al. (2012). *Schnittstelle Rettungsdienst-Klinik: Die Übergabe im Trauma-Zentrum.* Rettungsdienst, 35, 1154–1157.
- Rossi, R. (2019). *Konzepte für eine strukturierte Patientenübergabe.* Notfall + Rettungsmedizin. doi: 10.1007/s10049-019-0599-8
- Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung.* 6. Aufl. München: Wissenschaftsverlag.
- Sieber, R. (2009). *Strukturierte Patientenübergabe, Schritt für Schritt durch den komplexen Ablauf an der Schnittstelle Rettungsdienst-Notfallstation.* star of life, 2, 17–21.

1 Patientenübergabe: Grundlagen

Rolf Dubb

Das Zusammenwirken von unterschiedlichen Professionen und Strukturen im Setting der oftmals komplexen Realität setzt eine klare, einheitliche Kommunikationsebene bei der Übergabe voraus (Schnell et al., 1999). Dies ist umso wichtiger, je komplexer sich die Situation oder der Sachverhalt darstellt.

Eine verbindende Klammer ist das strukturierte Teamtraining nach den Grundsätzen des Crew Resource Management (CRM). Hier werden u. a. Kommunikationsstrukturen systematisch trainiert und eingeübt, mit dem Ziel, die relevanten Informationen während der Patientenübergabe strukturiert anzusprechen.

Eine gute und strukturierte Kommunikation ermöglicht die notwendige Aufmerksamkeit, die Entscheidungsfindung und die daraus folgende zielorientierte Verteilung der nächsten Aufgaben im Team. Nicht nur das medizinische Fachwissen steht im Fokus, sondern die Bereitstellung einer wertebasierten, interprofessionellen Plattform mit dem Ziel, den größtmöglichen Nutzen für den kritisch Erkrankten oder lebensbedrohlich verletzten Patienten sicherzustellen. Die lückenlose Weitergabe aller relevanten Informationen ist unerlässlich (Sieber, 2009; Rossi, 2019).

Erster Ansprechpartner für die Angehörigen oder Bezugspersonen ist der Rettungsdienst. Ihm fällt die Aufgabe zu, relevante Informationen zu extrahieren, zu dokumentieren und entsprechend weiterzugeben (Rossi, 2019; Barzen et al., 2016). Fehlende Dokumentation und Missverständnisse sind oftmals ursächlich für die Fehlerentstehung (Lutzenberger et al., 2012).

Der Patient wird mit diesen erhobenen Daten in der Klinik vorangemeldet und den Erfordernissen entsprechend entweder über die Notaufnahme oder den Schockraum aufgenommen. Insbesondere die Übergabe im Schockraum ist geprägt von extremen Belastungen, die einerseits patientenbezogen vorhanden sind (Kreislaufsituation, Tubus, Drainagen, Katheter etc.) und andererseits ergänzt werden durch eine Vielzahl unterschiedlicher Professionen. Gerade hier ist eine gute und klare Struktur mit einheitlicher Sprache und definierten Scores (z. B. cABCDE) für die Übergabe von der Präklinik in die Klinik wichtig.

Während der Übergabe gilt der Grundsatz »Hands off«. Alle nicht vital notwendigen Maßnahmen pausieren, der Teamleiter des Rettungsdienstes übergibt den Patienten an den Schockraum-Leader. Während dieses Prozesses hören alle Beteiligten aufmerksam zu. Inhaltlich werden die korrekten administrativen Angaben zum Patienten, soweit diese bekannt sind, genannt, sowie der Zustand des Patienten und dessen Verletzungsmuster bzw.

der Zustand der akuten Erkrankung und die bisher durchgeführten Maßnahmen. Weitere Maßnahmen (z. B. Blutabnahmen, Kreuzblut etc.) werden sicher dokumentiert.



Idealerweise wird durch den Träger des Rettungsdienstes und die entsprechende Zielklinik ein einheitliches Verfahren der Patientenübergabe etabliert und relevante Informationen schon vorab an die Zielklinik übermittelt.

Neben alle korrekten administrativen Angaben sollten die Haus- bzw. Fachärzte des Patienten und der entsprechende Medikamentenplan inklusive Allergien oder Unverträglichkeiten übergeben werden. Vorerkrankungen und die letzten Klinikaufenthalte vervollständigen den ersten Überblick. In diesem Kontext sind Hinweise auf multiresistente Keime (MRSA, VRE, MRGN etc.), akute Infektionen oder sonstige Risikofaktoren hilfreich, wenn diese Informationen vorliegen. Die häusliche Versorgungssituation kann für die spätere Planung der Entlassung wertvoll sein und sollte mit übergeben werden. Hier sind Hinweise auf die Wohnsituation (Aufzug, Versorgung mit Lebensmitteln, Pflegebett, Sauerstoff etc.) von Bedeutung. Möglicherweise hat der Patient eine Patientenverfügung und/oder eine Vollmacht oder hat sich während des Transportes diesbezüglich geäußert. Die letzte Mahlzeit, soweit bekannt, rundet die Übergabe ab.

Strukturierte Übergaben helfen mit, unerwünschte Ereignisse und deleteriäre Komplikationen im weiteren klinischen Verlauf zu minimieren oder gar ganz zu vermeiden. Grundlage ist das cABCDE-Schema, das dann durch weitere geeignete Konzepte, wie z. B. das ISOBAR-Schema, ergänzt wird, um alle relevanten Informationen systematisch, nachvollziehbar, umfassend, inhaltlich sicher und korrekt weiterzugeben (Rossi, 2019; von Drossow & Zwißler, 2016).

Literatur

- Barzen, S., Schweigkofler, U., Hoffmann, R. (2016). *Präklinik und Klinik: Treffen hier zwei Welten aufeinander?* Rettungsdienst, 39, 1184–1189.
- Lutzenberger, T., Wutzler, S., Marzi, I. et al. (2012). *Schnittstelle Rettungsdienst-Klinik: Die Übergabe im Trauma-Zentrum.* Rettungsdienst, 35, 1154–1157.
- Rossi, R. (2019). *Konzepte für eine strukturierte Patientenübergabe.* Notfall + Rettungsmedizin. doi: 10.1007/s10049-019-0599-8
- Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung.* 6. Aufl. München: Wissenschaftsverlag.
- Sieber, R. (2009). *Strukturierte Patientenübergabe, Schritt für Schritt durch den komplexen Ablauf an der Schnittstelle Rettungsdienst-Notfallstation.* star of life, 2, 17–21.
- Von Drossow, V., Zwißler, B. (2016). *Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR Konzept.* Anästh Intensivmed, 57, 88–90.

2 Fokus Übergabe: Ursachen für Fehler, die Bedeutung der »menschlichen Faktoren« (Human Factors) und wichtige Tipps für die Erhöhung der Patientensicherheit

Marcus Rall

Übergaben sind aus Sicht der Patientensicherheit eine wichtige und anspruchsvolle Phase in der Versorgung von Notfallpatienten (Raduma-Tomàs et al., 2011). Typischerweise sind es Teams, die den Patienten bis zur Übergabe versorgt haben, und ihn dann an ein anderes Team übergeben. Da die Übergaben oft unter einem gewissen Zeitdruck (Notfall) ablaufen, einen komplexen Sachverhalt betreffen (einen Patienten mit allen Informationen), auch mitten in der Nacht stattfinden können (Müdigkeit/Aufmerksamkeit), sind Übergaben in der Notfallmedizin hoch anspruchsvoll und alles andere als trivial (Rall et al., 2020). Gleichzeitig ist eine gute und richtige Übergabe entscheidend für die weitere Behandlung des Patienten. Es ist also wichtig, ob sie gut oder schlecht gemacht wird. Schon kleine Fehler (Auslassungen) können für den Patienten dramatische Folgen haben.



Abb. 2.1:
Übergabe in der
Notfallmedizin
(eigene Darstellung)

Wie beim Staffellauf muss sich das Team unter Zeitdruck koordinieren, die Qualität der Übergabe ist sehr wichtig und Fehler (Stab fällt zu Boden) sind besonders schwerwiegend. Wie im Sport gilt: Übung im Team macht den Meister! (Rall et al., 2018; Rall, 2010)



Unsere Teams sind bei Übergaben also extrem gefordert. In diesem Kapitel möchten wir einen Einblick in Herausforderungen, typische Fehlerquellen und mögliche Strategien vermitteln.

Herausforderungen im Bereich menschliche Faktoren

- *Zuerst Patient begrüßen*
Falls Patienten ansprechbar sind, existiert ein nachvollziehbarer Impuls, zunächst den Patienten zu begrüßen und sich vorzustellen. Dies ist im