



Strukturierte Patientenübergabe

Schritt für Schritt durch den komplexen Ablauf an der Schnittstelle Rettungsdienst-Notfallstation

Von Dr. med. Robert Sieber, Leitender Arzt Notfallstation, Ospedale Regionale di Lugano

Das Grundprinzip des *Übergabeprozesses eines Patienten vom Rettungsdienst an die Notfallstation* basiert auf den drei Arbeitselementen: *Anmeldung, Übergaberapport* und *Patiententransfer*. Die übermittelten Informationen sollen kurz sein und sich auf Aspekte beschränken, die organisatorische oder therapeutische Konsequenzen haben. Der Übergabeprozess stellt einen komplexen Arbeitsablauf dar. Ein optimaler Übergabeprozess ist unabdingbar für eine korrekte und ununterbrochene Betreuung des Patienten.

1. Voranmeldung

Die *Voranmeldung* von *Patienten mit NACA 4 und höher* ist notwendig für Notfallstationen (NFS), die über eine Piktetorganisation verfügen und bis 30 Minuten Aktivierungszeit bis zur vollen Einsatzbereitschaft haben. Grosse Spitäler brauchen keine Voranmeldung, da eine permanente Einsatzbereitschaft besteht. Zur Erleichterung und Vereinheitlichung der spitalinternen Alarmierung ist der Gebrauch eines eigenen Alarmierungsprotokolls unabdingbar.

Die Voranmeldung wird durch den Verantwortlichen des Rettungsteams vor Ort ausgelöst und via 144/1414 direkt an die NFS weitergeleitet. Die Kommunikation erfolgt via Einsatzzentrale zur optimalen Ressourcenplanung des Rettungsdienstes (RD). Empfänger ist die medizinische Fachperson (in der Regel Pflegefachperson), die mit der Schichtleitung beauftragt ist. Die Funktion des Alarmempfängers und die interne Weiterleitung des Alarms kann problemlos durch das Pflegeteam übernommen werden. Der Inhalt der Meldung verlangt keine spezifische ärztliche Kompetenz.

Inhalt der Voranmeldung:

- Identifikation Ambulanz
- Geschlecht/Alter nur falls < 8 Jahre (da evtl. pädiatrisches Team/pädiatrische Ausrüstung benötigt wird)



Tönt banal, ist aber von grosser Wichtigkeit bei jedem Übergaberapport, ob bei leicht Erkrankten (unser Bild) oder Schwerverletzten: Alle Beteiligten hören einander zu und arbeiten kurz nicht am Patienten.
(Bild: Rettungsdienst Regio 144 AG)

- Situation des Patienten: stabil/instabil
- Hauptproblematik oder Diagnose-Code/NACA-Code

Reaktion auf die Voranmeldung:

- Die Meldung wird gemäss internem Alarmierungsprotokoll NFS weitergeleitet
- Die Material- und Raumvorbereitung wird gemäss internem Protokoll NFS veranlasst
- Die allfällige Verlegung von Patienten wird veranlasst

2. Anmeldung

Jedes Spital hat für *Notfallanmeldungen* eine einzige, direkte Telefonnummer (Umgehung der Haupttelefonzentrale des Spitals). Diese Anmeldestelle ist verantwortlich für die spitalinterne Triage und das Aufbieten des notwendigen Personals. Soweit möglich soll diese Stelle die *Telefonzentrale der NFS* sein.

Der Verantwortliche des Rettungsteams vor Ort (Teamleader) meldet den Patienten der Schichtleitung NF an. Die Verbindung ist via Funk oder Mobiltelefon möglich (aus Datenschutzgründen ist das Telefon vorzuziehen). Der Alarm wird bei Abfahrt vom Einsatzort abgesetzt, dies erlaubt dem Zielspital die Einschätzung der Ankunftszeit.

Der Einbezug einer ärztlichen Person in das Anmeldeprozedere ist im Normalfall nicht nötig, da keine fachlich-therapeutischen Entscheidungen gefällt werden. Die Information führt nur zur Auslösung des internen Alarmierungsprotokolls, entsprechend der Hauptproblematik(en) und des Schweregrads. Für die Übermittlung der Anmeldung soll eine obere Zeitlimite von 30 bis 45 Sekunden eingehalten werden. (Detailinformationen bringen zu diesem Zeitpunkt keinen zusätzlichen Vorteil, da sie unter Umständen ohnehin bis zum Eintreffen ändern können und in jedem Fall eine komplette Neubeurteilung nötig ist.)



Hauptproblematik/Diagnose-Code:

Zur Vermeidung von langen Erklärungen und Diskussionen soll diese Information klar und einfach mit einem allseitig bekannten Code ausgedrückt werden. (Derzeit besteht kein Konsens zur Vereinheitlichung der in Gebrauch stehenden Diagnose-Codes.)

Kurzanmeldung bei eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit:

Unter besonderen Umständen, die eine weitergehende, längere Kommunikation nicht zulassen (Zeitmangel, laufende Reanimation, gestörte Kommunikationsverbindung u.a.), wird eine Kurzanmeldung mit einem minimalen Datensatz abgesetzt:

- Hauptproblematik
- stabil/instabil
- Geschlecht/Alter < 8 Jahre
- Ankunftszeit im Spital

Inhalt der Anmeldung:

- Identifikation Ambulanz
- Geschlecht / Alter nur falls < 8 Jahre (benötigt evtl. pädiatrisches Team/ pädiatrische Ausrüstung)
- Hauptproblematik/Diagnose-Code/ NACA-Code
- ABCDE/stabil/instabil
- Hauptprobleme, die unmittelbar beim Eintreffen des Patienten im Spital zu behandeln sind
- sonstige Probleme
- voraussichtliche Ankunftszeit
- (Transportmodalität bei Bedarf: wo dies eine spezielle Vorbereitung erforderlich macht)

Reaktion auf die Anmeldung (die Schichtleitung der Pflege koordiniert die Aktivitäten im Spital und ist verantwortlich für):

- die Triage der eingehenden Anmeldung
- die Weiterleitung der Anmeldung gemäss internem Alarmierungsprotokoll
- die Material- und Raumvorbereitung gemäss internem Protokoll
- die allfällige Veranlassung der Verlegung von Patienten
- die Verteilung der spezifischen Betreuungsfunktionen
- die allfällige Vorbereitung zur Isolation (zum Beispiel bei MRSA-Verdacht)

- die allfällige Reservation von CT, OPS, O-Erythrozytenkonzentraten u.a.
- dass das NF-Team bei Eintreffen des Patienten zwingend bereit ist zur Übernahme des Patienten

3. Kurzrapport

Der Kurzrapport dient zur minimalen Orientierung des NF zu den allerwichtigsten Fakten und Vitaldaten. Insbesondere wird durch den RD immer der Zustand des Patienten als stabil oder instabil definiert (Definition instabil: Aufgrund der subjektiven Einschätzung durch das Rettungsteam besteht eine Vitalbedrohung, die eine unmittelbare Behandlungsfortsetzung oder Behandlungseinleitung erfordert.). In dieser Phase wird der Patient durch den RD betreut, und die Verantwortung für den Patienten liegt weiterhin uneingeschränkt beim RD.

Dieser Kurzrapport darf maximal 30 bis 45 Sekunden dauern. Der Leader RD spricht direkt mit dem Leader NF. Während des Kurzrapports hört jedoch das ganze NF-Team zu und übernimmt noch keine Aktivitäten am Patienten (kein vorzeitiges «Zerren» am Patienten oder Beginn des Entkleidens). Aktivitäten am Patienten von Seiten des NF müssen in dieser Phase unbedingt verhindert werden, damit sich die NF-Mitarbeiter voll auf den Rapport konzentrieren. Die seitengetrenten Positionen der verschiedenen Mitarbeiter während des Kurzrapports sind wichtig im Hinblick auf die nonverbale Kommunikation (Augenkontakt) sowie das Verhindern des vorzeitigen Betreuungsbegins mittels genügend Abstands (die Zuteilung von Funktion und Position der Mitarbeiter muss in einer separaten, spitalinternen Weisung festgelegt sein). Die Transfervorbereitung durch den RD folgt auf den Kurzrapport.

Inhalt des Kurzrapports:

- Begrüssung und Überprüfung, ob der ärztliche Leader und den Pflorgeteam-Leader bereit sind
- aktuelles Ereignis beziehungsweise bei Trauma die Unfalldynamik
- Patient ist instabil/stabil (ABCDE)
- Hauptprobleme, die unmittelbar zu behandeln sind (im Falle der Instabilität)
- aktueller Zustand des Patienten bezüglich ABCDE (Vitalparameter RD:

SaO₂, AF, HF-Rhythmus, BD, Glucose, etCO₂)

Reaktion auf den Kurzrapport:

- Teamleader RD und Teamleader NF gehen gemeinsam das primäre ABCDE durch
- unmittelbare Behandlung lebensbedrohlicher ABCDE-Probleme bei instabilen Patienten
- Transfervorbereitung durch den RD, beidseits Transferbereitschaft erstellen

4. Transfer

Mit dem Transfer wird der Patient von der Transporteinheit des RD auf die Liege der NFS gewechselt. Der Transfer wird durch den RD geleitet (siehe aber Ausnahme unter Schritt 5, «fortgesetzte Reanimation»). Es wird unterschieden zwischen Patienten ohne Kopf-Wirbelsäulen-Stabilisationsbedarf und «fixierten» Traumapatienten. Der Transfer erfolgt je nach lokalen Gegebenheiten mit der Schaufeltrage, der Vakuummatratze oder dem Spineboard.

Der Transfer mit der Schaufeltrage hat den grossen Vorteil, dass der Patient die Transporteinheit «sauber» wechselt und auch das Drehen des Patienten («log-roll», englischer Begriff im ATLS für das «En-bloc»-Drehen des Patienten zur Untersuchung der Körperrückseite) frühzeitig erfolgen kann. Im Weiteren wird die Matratze des RD für einen nächsten Einsatz frei.

Der Vorteil von Vakuummatratze/ Spineboard besteht in der fehlenden Notwendigkeit der Schaufeltrage, hat aber den Nachteil, dass oft Schmutz (v.a. potenziell infektiöses Material), aber auch Kleider, Fremdkörper (Steine, Splitter usw.) lange Zeit nicht entfernt werden. Als weiteren Nachteil beobachtet man oft, dass das Drehen des Patienten eher spät erfolgt oder ganz unterlassen wird, da der Patient «fixiert» ist.

Das Monitoring wird in der Regel für den kurzen Moment des Transfers unterbrochen. Diese therapeutische Lücke muss so kurz wie möglich gehalten werden. Wo notwendig, bleibt der Patient mit dem Defibrillator des RD verbunden. Wird der Patient reanimiert, wird dies so so lange auf der Transporteinheit des RD fortgesetzt, bis sich der Leader RD



mit dem Leader NF über die spezifische Transfermodalität (Übernahme der einzelnen Arbeitspositionen) abgesprochen hat. Der Transfer soll aber zum frühestmöglichen Zeitpunkt erfolgen (siehe auch «Verantwortung» unter 5).

*Transfermodalität 1 –
 Verlegung mit Schaufeltrage:*

- Der RD erhält und überwacht die Vitalfunktionen (Patient auf der Liege des RD)
- Der RD entfernt Kabel/Gurten, sichert Infusionen; das Rhythmusmonitoring verbleibt nur für Patienten mit notwendiger Defibrillationsbereitschaft.
- Das NF-Team schneidet die Kleidung auf und entfernt sie zusammen mit Schmutz und Fremdkörpern (Rückseite während «log-roll»)
- Das NF-Team führt unter Mithilfe des RD den «log-roll» aus, und der ärztlicher Leader des NF untersucht die Rückseite des Patienten
- Die Schaufeltrage wird angelegt und

der Patient gemeinsam auf die Liege der NFS transferiert (Liege je nach Bedarf mit Vakuummatratze bestückt)

- Aufnahme des vollständigen Monitorings der Vitalfunktionen und erneute Fixation von Kopf und Wirbelsäule bei entsprechenden Patienten durch NF-Team

*Transfermodalität 2 –
 Verlegung mit Spineboard:*

- Der RD erhält und überwacht die Vitalfunktionen (Patient auf der Liege des RD)
- Der RD entfernt Kabel/Gurten, sichert Infusionen; das Rhythmusmonitoring verbleibt nur für Patienten mit notwendiger Defibrillationsbereitschaft
- Das NF-Team schneidet die Kleidung auf und entfernt sie zusammen mit Schmutz und Fremdkörpern (Rückseite während «log-roll»)
- Das NF-Team führt unter Mithilfe des RD den «log-roll» aus, und der ärztlicher Leader des NF untersucht

die Rückseite des Patienten

- Das NF-Team entfernt die restlichen Kleider und reinigt grob das Spineboard
- Erneute Fixation von Kopf und Wirbelsäule bei entsprechenden Patienten
- Der RD und das NF-Team transferieren den Patient mit dem Spineboard des RD auf die Liege der NFS
- Aufnahme des vollständigen Monitorings der Vitalfunktionen durch NF-Team

Reaktion auf den Transfer:

- Sofortige Reevaluation des ABCDE durch den Leader NF
- Mit Abschluss des Transfers wird die Monitorisierung durch das NF-Team übernommen
- Mit Abschluss des Transfers und dem Wechsel der Monitorisierung wird die Verantwortung vom Leader RD an den Leader NF übertragen (siehe auch «Verantwortung» unter 5).



DermaPlast® Rettungsrucksack basic

DermaPlast® Sac à dos de premiers secours basic

- ⇒ Befüllt mit den wichtigsten DermaPlast®-Erste-Hilfe-Produkten
- ⇒ Platz für Sauerstoff und Defibrillator
- ⇒ Komfortabler Transport
- ⇒ Praktisches Handling
- ⇒ Rempli avec les produits de Premiers soins DermaPlast® les plus importants
- ⇒ Emplacement prévu pour oxygène et défibrillateur
- ⇒ Transport confortable
- ⇒ Maniement pratique



IVF HARTMANN AG
 Medical – Postfach 634
 CH-8212 Neuhausen

Telefon +41 (0)52 674 32 32
 Fax +41 (0)52 674 34 29
 www.ivf.hartmann.info



5. Übergabe der Verantwortung

Im Prinzip erfolgt die *Übergabe der Verantwortung* für den Patienten nach dem Transfer auf die Spitalliege. Die Übernahme der Verantwortung wird vom Leader NF verbal quittiert. Während einer *fortgesetzten Reanimation*, ausgeführt durch den RD, wird die Verantwortung nach dem Kurzrapport verbal vom Leader RD auf den Leader NF übertragen. In dieser Situation wird die Verantwortung ausnahmsweise vor dem Transfer übergeben (nach dem Prinzip «wer leitet, ist verantwortlich»). Der Arzt der NFS wird mit Übernahme der Verantwortung weisungsberechtigt gegenüber dem RD.

Jeder der Teamleader ist verantwortlich für die Handlungen seiner Mitarbeiter. Das Spital ist verantwortlich für eine korrekte Organisation der NFS. Dazu gehört insbesondere, dass beim Eintreffen des RD von Seiten der NFS die Übernahme des Patienten gewährleistet ist.

6. Übergaberapport

Bei *Patienten mit NACA 1 bis 3 (und NACA-4-Patienten ausserhalb des Schockraumes)* wird direkt der vollständige *Übergaberapport* abgegeben. Die Anwesenheit des Arztes ist wünschbar,

aber nicht unabdingbar. In diesen Fällen wird der Transfer des Patienten nach dem Rapport durchgeführt.

Bei *Patienten mit NACA 5/6* ist der vollständige Übergaberapport die Ergänzung zum Kurzrapport. Idealerweise wird der ergänzende Rapport vom Teamleader RD an den ärztlichen Leader NF und der verantwortlichen Pflegeperson abgegeben. Ist der Arzt aufgrund der aktiven Betreuung des Patienten unabhkömmlich (dies muss aber eine wirklich klare medizinische Begründung haben!), wird der Rapport nur an die Pflege abgegeben.

Der vollständige Übergaberapport wird in dieser Situation idealerweise nach der initialen Stabilisierung (bzw. nach dem ersten Survey nach ATLS und vor der dem zweiten Survey, aber nach dem zweiten ABCDE nach ACLS) abgegeben.

Am Ende des vollständigen Rapports werden auch Einsatzprotokoll, Begleitdokumente (zum Beispiel Überweisungsschreiben usw.), Effekten und Effekteninventar übergeben. (Ein Effekteninventar wird durch den RD nur erstellt, wenn der Patient von seinen Effekten getrennt wird. Der RD soll für das Effekteninventar ein Formular mit Mehrfachkopien verwenden, so dass dieses durch die NFS weiter verwendet werden kann.)

Der vollständige Rapport dauert in der Regel nicht mehr als zwei Minuten.

Inhalt des Vollrapports:

- Name/Alter
- Ereignis mit Zeitpunkt/Unfalldynamik/Bergung/Verletzungen/Verdachtsdiagnose
- Verlauf bis zum Eintreffen des RD, Massnahmen durch andere Personen
- Zustand beim Eintreffen des RD, Zeitpunkt/Vitalparameter (ABCDE)
- Hauptproblem/Leitsymptome
- Massnahmen/Therapie durch RD
- Verlauf bis zum Eintreffen im Zielspital
- Anamnese: Begleiterkrankungen/vorbestehende Erkrankungen, Allergien, Medikamente, letzte Mahlzeit/Trinken, Hausarzt, spezielle Beobachtungen
- Besonderes: Angehörige (unbekannt, informiert, folgen nach), beteiligte In-

Kommunikation: zentrale Aufgabe

Bei einer Patientenübergabe zu vermeiden, sind *Rapporte «zwischen Tür und Angel»* (z.B. wenn ein Teil des NF-Teams den Patienten an der Ambulanz/beim Helikopter abholen geht). *Unstimmigkeiten*, die während der Übergabe entstehen, sind ernst zu nehmen und sollen in der Folge gemeinsam besprochen werden. Zur *Problemerkennung* sind Critical Incident Reporting Systems (CIRS) und Auswertung der Einsatzprotokolle geeignet.

Zur Förderung der *Zusammenarbeit* sollen Strukturen geschaffen werden, die zu einer regelmässigen Kommunikation zwischen RD und NFS führen. In diesem Sinn ist auch ein regelmässiger Kontakt zwischen Leiter RD und Leiter NFS vorzusehen.

Der Übergabeprozess soll obligatorisch Bestandteil der *Ausbildung* von Rettungssanitätern wie auch der Pflegenden der NFS werden. Alle Mitarbeiter auf der NFS müssen im Rahmen der Einführung mit diesem Prozess vertraut gemacht werden. Zur *Qualitätskontrolle* sind gewisse Aspekte der Übergabe systematisch oder mittels Stichproben zu überprüfen.

- stanzen (Polizei/Justiz/Ärzte vor Ort)
- Übergabe: Einsatzprotokoll, Begleitdokumente, Fotodokumentation, Effekten, Effekteninventar

Reaktion auf den Vollrapport:

- Nach dem Vollrapport kann sich der RD zurückziehen
- Das NF-Team arbeitet alleine weiter
- Das RD-Team verabschiedet sich und retabliert sein Material

Das Werk einer Arbeitsgruppe

Der in diesem Beitrag geschilderte Übergabeprozess vom RD an die Notfallstation wurde von einer *interdisziplinären Arbeitsgruppe* 2005 erarbeitet. Die Mitglieder dieser Gruppe:

- Biewald Wolfgang, stv. Pflegemanager, Notfallstation Spital Uster
- Degani Remo, Rettungssanitäter SRK, Rettungsdienst St. Gallen
- Dr. med. Klemmer Urs, Leitender Arzt, Rega, Zürich
- Dr. med. Sieber Robert, Leitender Arzt Notfallstation, Ospedale Regionale di Lugano
- Tobias Petra, Weiterbildungsleitung Notfallpflege, Kantonsspital Baden
- Weimann Tobias, Rettungssanitäter SRK, Rettungsdienst Uster