

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). *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.
- 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-Tomás 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

Prinzip auch okay, birgt aber das Risiko, dass mit dem Patienten sofort ein Gespräch begonnen wird, welches dann in Konflikt mit der Übergabe kommen kann.

- *Erst mal einen kurzen Überblick über den Patientenstatus verschaffen*
Auch dies ist ein eigentlich guter und verständlicher Plan, möchte man doch schnell selbst schauen, ob es ganz dringenden Handlungsbedarf gibt und in welchem Zustand der Patient ist. Dies ist eng verknüpft mit dem Impuls oben »Patient begrüßen«. Doch auch hier besteht das Dilemma, dass man, solange man den Patienten untersucht oder das EKG analysiert, nicht gut zuhören kann.
- *Zeitdruck*
In der Notfallmedizin herrscht oft ein gewisser Zeitdruck, weil der Patient so kritisch krank ist oder weil viele andere Patienten zu versorgen sind etc. Dieser subjektive Zeitdruck kann bei Übergaben Hektik und Stress verstärken und dadurch die Qualität (quantitativ und qualitativ) negativ beeinflussen (Rall et al., 2019).
- *Viele Infos in kurzer Zeit*
Es gilt oft, eine große Anzahl an Informationen zu vermitteln und zu verarbeiten. Viele der Informationen sind dabei wichtig und manchmal wird erst im Verlauf und weiteren Kontext klar, was besonders wichtig gewesen wäre.
- *Impuls, die Übergabe sofort zu machen*
Oft hat das Teammitglied, das den Raum neu betritt, den Wunsch, sofort zu erfahren, was los ist. Auf der anderen Seite hat das Team vor Ort oft den Impuls, einem Dazukommenden sofort eine Übergabe machen zu müssen (wollen). Dabei ist bei genauerer Betrachtung dieser Impuls des »Sofortmachens« oft eigentlich gar nicht gegeben. Das Teammitglied hätte ja z. B. auch zwei Minuten später dazukommen können.

Typische Fehler

- Es wird nicht zugehört.
- Es wird nicht gewartet, bis jemand zuhört.
- Man spricht zu schnell, zu viel und ohne schriftliche Unterstützung.
- Während der Übergabe wird am Patienten manipuliert/umgelagert etc.
- Die Struktur der Übergabe ist nicht klar (und ggf. chaotisch).
- Man gerät in die »Multitasking-Falle«: Man versucht mit dem Patienten zu reden oder ihn zu untersuchen und »nebenher« bei der Übergabe zuzuhören. Da Menschen sehr schlecht im Multitasking sind, gehen dabei regelmäßig Informationen verloren. Das Problem ist dabei doppelt: Derjenige, der die Übergabe macht, fühlt sich ignoriert und despektierlich behandelt, weil er merkt, dass man ihm nicht zuhört, und derjenige, der Multitasking versucht, gerät in Stress ob dieser Mehrfachanforderung. Es kommt zu Misstrauen und Teamkonflikten, während gleichzeitig Informationen verloren gehen und man nicht einmal weiß, was man nicht weiß!

- Die Übergabe findet ohne Merkhilfen statt (Struktur, Inhalte, Reihenfolge etc.), oft mit fehlenden Informationen.
- Die Übergabe findet ohne schriftliche Dokumentation der Inhalte statt (Verlust von Informationen).
- Man nimmt sich keine Zeit für Rückfragen des Empfängers.
- Man betont nicht die wirklich wichtigen Dinge (das Wichtige geht dann in vielen anderen »belanglosen« Informationen unter)! Man verzichtet auf eine Zusammenfassung mit dem Empfänger.
- Man nimmt sich zu wenig Zeit für die Übergabe.
- Man macht die Übergabe an die falsche Person (was zu Inforverlust und Notwendigkeit für eine erneute Übergabe führt).

Tipps und Strategien zur Optimierung von Übergaben (Rall et al., 2020)

- Übergaben sind wichtiger und integraler Bestandteil einer guten Patientenversorgung, nicht Anhängsel oder lästige Pflicht.
- Übergaben sind wie die Visitenkarte für die Patientenbehandlung und reflektieren den Übergabeempfängern ein Bild von der Professionalität des Übergabenden. Wer seinen Patienten gut behandelt hat, möchte ihn auch gut weiterbehandelt wissen.
- Übergaben sind sehr anspruchsvoll (s. o.) und sollten nicht unterschätzt werden. Es sind oft viele komplexe Informationen zu übermitteln und Fehler können verheerende Auswirkungen haben!

Konkrete Tipps (Rall et al., 2020)



Tip

- Ein festes Übergabeschema/Muster erhöht die Sicherheit und Vollständigkeit der Informationen enorm. Dies kann idealerweise schriftlich vorliegen oder wirklich auswendig gelernt werden. Idealerweise verwenden alle dasselbe Schema (siehe ISOBAR in ► Kap. 3.2.1). Gut geeignet sind auch kurze Merkhilfen innerhalb der Übergabe, z. B. SAMPLER, cABCDE oder PQRST (s. u.).
- Die Infos sollten immer auch schriftlich festgehalten werden.
- Bevor man mit der Übergabe beginnt, muss der Patient überprüft werden. Ist er stabil für die Zeit der Übergabe?
- Es sollte gecheckt werden, ob man an die richtige Person übergibt und alle da sind, die die Übergabe hören sollen.
- Fragen Sie, ob der andere für die Übergabe bereit ist! Ggf. muss kurz gewartet werden.
- Dem dazukommenden Team sollte kurz Zeit gelassen werden, um sich beim Patienten vorzustellen und sich ein kurzes Bild von ihm und den Vitalwerten machen zu können (ein paar Sekunden!). Dann erst kann mit Übergabe begonnen werden.
- Wenn man dazukommt, sollte nicht sofort nach der Übergabe gefragt werden, sondern man sollte reinkommen, sich orientieren, die Situation

einschätzen, ggf. erstmal helfen/unterstützen, dann die Übergabe anfordern und ggf. fragen, ob das Team bereit ist für die Übergabe.

- Wichtige Informationen betonen und ggf. mit »closed loop« bestätigen lassen
- Am Ende nochmal die wichtigsten Infos, Verdachtsdiagnosen, Sorgen, die man sich macht, und »To-dos« zusammenfassen
- Zeit für offene Fragen und Rückfragen geben und beantworten
- Dokumentation der Übergabe und Infos
- Danke sagen



Tipp

Mehr zur Optimierung der Patientensicherheit und der Zusammenarbeit im Team unter Nutzung von CRM finden Sie in Rall, M., Schmid, K., Langewand, S., Op Hey, F. (2020). *Crew Resource Management (CRM) für die Notaufnahme*. Stuttgart: Kohlhammer.

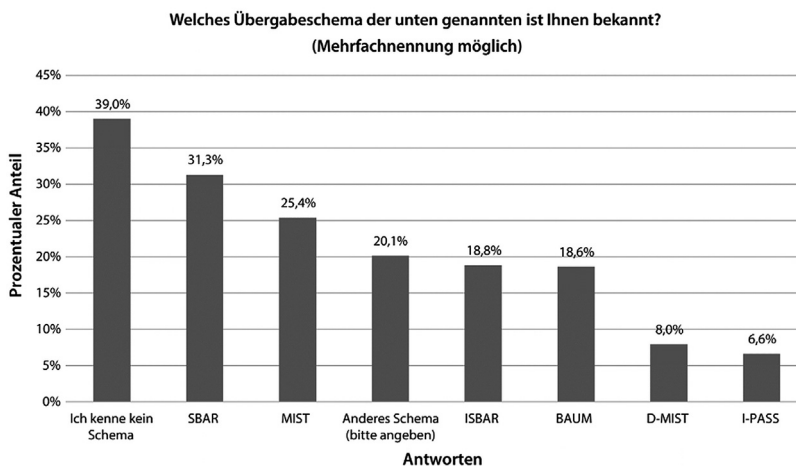
Literatur

- Raduma-Tomás, M.A., Flin, R., Yule, S., et al. (2011). *Doctors' handovers in hospitals: a literature review*. *BMJ Quality & Safety*, 20, 128–133, doi: 10.1136/bmjqs.2009.034389
- Rall, M. (2010). *Notfallsimulation für die Praxis*. *Notfallmedizin up2date*, 5(4), 277–298, doi: 10.1055/s-0030-1250654
- Rall, M., Op Hey, F., Langewand, S. (2018). *Die Rolle von Simulationstrainings für Notfallsanitäter – jetzt und in Zukunft*. *retten!*, 7(5), 380-385, doi: <https://doi.org/10.1055/a-0586-9911>
- Rall, M., Huckels, B., Sandhäger, D. et al. (2019). *Stopp in letzter Sekunde – Stop-Injekt: Check*. *f&w*, 5, 422–425.
- Rall, M., Schmid, K., Langewand, S., Op Hey, F. (2020). *Crew Resource Management (CRM) für die Notaufnahme. Strategien zur Fehlervermeidung und Optimierung der Teamarbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.

3 Strukturierte Patientenübergabe

Julian Ohmayer

Die Übergabe durch das präklinische Team in der Notaufnahme legt den Grundstein für die weitere Versorgung in der Klinik. Bereits vorhandene Übergabe-Konzepte helfen, diese optimal zu gestalten. Dennoch zeigt eine aktuelle bundesweite Umfrage (Gräff et al., 2021) aus dem Jahr 2020, an der Kollegen aus der Präklinik und Klinik teilgenommen haben, dass diese nicht verbreitet und zum Teil noch nicht einmal bekannt sind. Die Umfrage zeigt, dass 39 % aller Befragten kein Übergabeschema kennen und in Summe 58,8 % zur Übergabe gar kein Schema verwenden oder ein eigenes Schema entwickelt haben (► Abb. 3.1; ► Abb. 3.2).



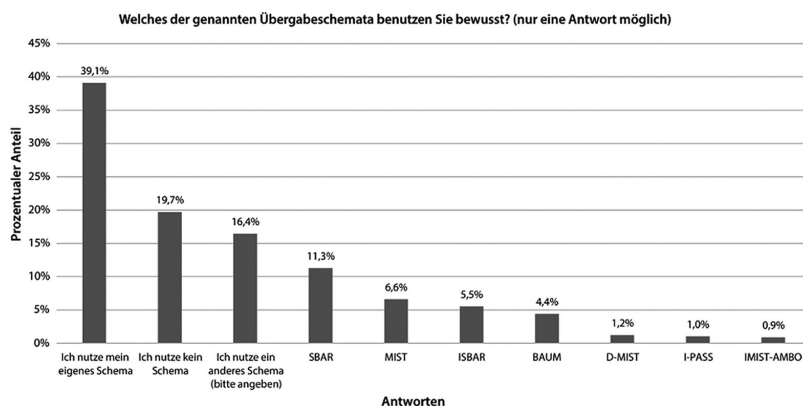
Diese Studie zeigt uns, dass Übergaben definitiv nicht einheitlich stattfinden, und dass es daher zu großen Unterschieden in diesen kommen kann, auch in der Qualität. Dennoch zeigt die Studie im Weiteren, dass der Wunsch nach einem einheitlichen Schema und einer Schulung in diesem sehr groß ist (► Abb. 3.3).

Abb. 3.1:

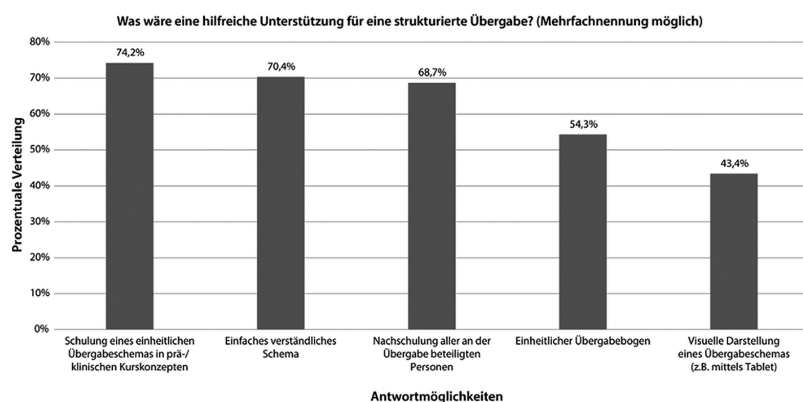
Auswertung der bundesweiten Umfrage zur Frage: »Welches Übergabeschema der unten genannten ist Ihnen bekannt?« (Gräff, I., Ehlers, P., Seidel, M. et al. (2021). *Der Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme. Eine bundesweite Onlineumfrage. Notfall Rettungsmed*, 24, 211–222, doi: <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00750-3>, © Der/die Autor(en) 2020, S. 216. Dieses Werk wurde unter der Lizenz »Creative Commons Namensnennung 4.0 International« (CC BY 4.0) veröffentlicht: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>, geänderte Abbildungslegende)

Abb. 3.2:

Auswertung der bundesweiten Umfrage zur Frage: »Welches der genannten Übergabeschemata benutzen Sie bewusst?« (Gräff, I., Ehlers, P., Seidel, M. et al. (2021). Der Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme. Eine bundesweite Onlineumfrage. Notfall Rettungsmed, 24, 211–222, doi: <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00750-3>, © Der/die Autor(en) 2020, S. 216. Dieses Werk wurde unter der Lizenz »Creative Commons Namensnennung 4.0 International« (CC BY 4.0) veröffentlicht: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>, geänderte Abbildungslegende)

**Abb. 3.3:**

Auswertung der bundesweiten Umfrage zur Frage: »Was wäre eine hilfreiche Unterstützung für eine strukturierte Übergabe?« (Gräff, I., Ehlers, P., Seidel, M. et al. (2021). Der Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme. Eine bundesweite Onlineumfrage. Notfall Rettungsmed, 24, 211–222, doi: <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00750-3>, © Der/die Autor(en) 2020, S. 217. Dieses Werk wurde unter der Lizenz »Creative Commons Namensnennung 4.0 International« (CC BY 4.0) veröffentlicht: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>, geänderte Abbildungslegende)



3.1 Ergänzende Mnemonics zur strukturierten Patientenübergabe

Um diese umfangreichen Informationen, im Kontext eines möglicherweise sehr hektischen und emotionalen Umfeldes, möglichst umfassend zu erheben, zu sichern und bei Bedarf wiederzugeben, bedarf es einer klaren Struktur und der Unterstützung etablierter und validierter Scores. Mnemonics (aus dem Englischen für »Gedächtnisstütze«) können es erleichtern, eine Übergabe zu strukturieren, und helfen, Daten zu erheben. Diese sind keine Übergabeschemas im eigentlichen Sinn, lassen sich jedoch hervorragend in gegebene Übergabeschemas integrieren und helfen, Daten zu vervollständigen. Deswegen sollten diese Mnemonics ein Teil der Übergabe sein, wenn sie sich integrieren lassen und zum Patientenbild passen. Sie können zum Teil, jedoch nicht immer, einem bestimmten Punkt in einem Übergaberaster zugeordnet werden, in diesem Falle sollten sie dann an der passendsten Stelle einer Übergabe eingefügt werden.

3.1.1 x/cABCDE

Das ABCDE-Schema wurde ursprünglich entwickelt, um schwer und mehrfach verletzte Patienten zu beurteilen und die am lebensbedrohlichste Erkrankung oder Verletzung zu identifizieren und zu behandeln (»treat first what kills first«). Das Schema hat seinen Ursprung in den USA und im militärischen Bereich. Das ursprüngliche ABCDE-Schema wurde im Verlauf durch eine vorstehendes kleines c ergänzt, in neusten Versionen wurde das kleine c durch ein kleines x ersetzt, um Verwechslungen von Klein-c und Groß-C zu verhindern. Hier sollten die Punkte streng nach Reihenfolge abgearbeitet werden, da diese so sortiert sind, um das lebensbedrohlichste Problem zu identifizieren und behandeln zu können. Bei größeren Teams, wie in einem Schockraum, können die Punkte auch parallel abgearbeitet werden, z. B. Anästhesie macht A/B, Chirurgie macht C/D/E. (Möckel, 2016; Elbaih & Basyouni, 2020; Flake et al., 2020)

Buchstabe	Steht für	Bedeutung	Beispiel
<x/c>	»exsanguination«/»critical bleeding«	Hier wird eine Blutung beschrieben, die unbehandelt nicht mit dem Leben vereinbar ist, d. h. die unbehandelt zum Versterben des Patienten führt.	• Eine große arterielle Blutung nach traumatischer Extremitätenamputation
	<x> wird bevorzugt verwendet, um hier Verwechslungen mit <C> zu vermeiden.		

Tab. 3.1:
x/cABCDE-Schema (eigene Darstellung)

Tab. 3.1:
x/cABCDE-
Schema (eigene
Darstellung)
– Fortsetzung

Buchstabe	Steht für	Bedeutung	Beispiel
<A>	»airway«	Hier werden Verletzungen und/oder Verlegungen des Atemweges beschrieben, welches es schwierig oder unmöglich machen, dem Patienten eine ausreichende Ventilation der Lunge über die Atemwege zu gewährleisten.	• Verlegung der Atemwege durch Fremdkörperaspiration • Verlegung der Atemwege durch Schwellung, z. B. bei Anaphylaxie
	»breathing«	Hier wird die Atmungs-/ Beatmungssituation in Bezug auf die Lunge beschrieben. Gemeint sind Verletzungen und/oder Erkrankungen, die einen Gasaustausch in der Lunge oder eine Ventilation der Lunge selbst schwierig oder unmöglich machen. Des Weiteren werden hier die Atemfrequenz und Atemgeräusche genannt.	• Hämatothorax • Pneumothorax • Atemwegserkrankungen, welche aktuell beeinflussend wirken (z. B. COPD) • Inspiratorischer Stridor
<C>	»circulation«	Hier wird die Kreislaufsituation des Patienten in Bezug auf Blutdruck und Herzfrequenz beschrieben sowie gefundene bzw. vermutete Ursachen.	• Eine Tachykardie von 135 Schlägen/Minute bei bekannter TAA • Ein Hypotonus mit einer Systole von 80 mmHg bei vermutetem Volumenmangel
<D>	»disabilities«	Hier werden neurologische Defizite beschrieben, die auf eine Schädigung des zentralen Nervensystems hinweisen, ebenso wie vermutete Ursachen. Hier wird auch die Pupillenreaktion beschrieben, der ermittelte GCS, der gemessene Blutzuckerwert und vermutete oder festgestellte Intoxikationen genannt.	• Fazialisparese rechts bei Verdacht auf stattgefundenen Apoplex • Rückläufiges motorisches und sensibles Defizit in der linken Körperhälfte bei Verdacht auf TIA • Pupillen seitengleich mittelweit und prompt lichtreagibel • GCS 12
<E>	»exposure«	Hier wird der Patient entkleidet und die körperliche Untersuchung vervollständigt, festgestellte Auffälligkeiten werden hier genannt.	• Prellmarke am rechten Oberschenkel • Abschürfungen an beiden Handinnenflächen • Eine leicht blutende ca. 2 x 1 cm messende Platzwunde am Hinterkopf