

Markieren Sie Begriffe im Text um weitere Informationen zu erhalten.


 Drucken

 Beobachten

 Offline nutzen

> Übergabe und Übernahme von Patienten

Übergabe und Übernahme von Patienten

 Christoph Redelsteiner

- 14.1 **Bedeutung der Patientenübernahme und -übergabe im Rettungsdienst**
- 14.2 **Fehlerquellen bei Übergabe und Übernahme**
- 14.3 **Merkmale einer adäquaten Übergabe**

Szenario

Der RTW und das NEF der Nachbarstadt werden gemeinsam zu einem Verkehrsunfall mit einer eingeklemmten Person entsandt.

Beim Eintreffen ist die Einsatzstelle bereits von der Polizei abgesichert. Ein Pkw ist in einer Kurve mit hoher Geschwindigkeit ohne zu bremsen geradeaus in eine Wand

gefahren. Der Fahrer ist der einzige Insasse, ansprechbar und voll orientiert. Er sitzt „erstarrt“ im Pkw und sagt beim Erstkontakt: „*In meinem Nacken hat es komisch geknackt, ich hab das Gefühl, ich kann meinen Kopf nicht halten.*“ Außerdem verbalisiert er von sich aus große Sorge über eine mögliche Fraktur der Halswirbelsäule.

Inhaltsübersicht

14.1 Bedeutung der Patientenübernahme und -übergabe im Rettungsdienst

- Die Patientenübergabe ist die „Nahtstelle“ zwischen präklinischer und klinischer Phase der Versorgung von Patienten.
- Nur eine präzise und sorgfältige Übergabe und Übernahme von Patienten garantiert einen reibungslosen und optimalen Diagnose-, Versorgungs- und Behandlungsverlauf.
- Übergabegespräche sind so kurz wie nötig und so einfach wie möglich anhand von dokumentierten, logisch und nach Priorität angeordneten (Vital-)Parametern und Fakten aufzubauen.

14.2 Fehlerquellen bei Übergabe und Übernahme

- Verschiedene Faktoren, z. B. Zeitdruck des Personals, Kommunikationsprobleme, fehlende Ansprechpartner, ungenügende Dokumentation o. Ä. stören oder verhindern eine optimale Übergabe von Patienten.

14.3 Merkmale einer adäquaten Übergabe

- Voraussetzung für eine erfolgreiche Übergabe ist eine präklinisch erhobene Anamnese, die umfassend dokumentiert wird.

- Eine optimale und systematische Patientenübergabe enthält: Vorstellung des Patienten, Grund der Alarmierung, Situation beim Eintreffen, Auffälligkeiten nach dem ABCDE-Schema, Vitalparameter, Verletzungen und Verdachtsdiagnosen, relevante Informationen aus dem SAMPLER-Schema, präklinischen Maßnahmen und den Verlauf.

14.1 Bedeutung der Patientenübernahme und -übergabe im Rettungsdienst

Merke

Eine Patientenübergabe bzw. Patientenübernahme ist die rechtliche und „physische“ Übergabe eines Patienten zwischen zwei unterschiedlichen Versorgungskomponenten im Gesundheitssystem. Dabei werden wesentliche Informationen mündlich ausgetauscht und Patientenunterlagen wie schriftliche Befunde, Datenträger und Dokumente übergeben, ebenso Wertgegenstände bzw. vorhandene Kleidung des Patienten.

Im Wesentlichen gibt es folgende **Übernahme- bzw. Übergabesituationen:**

- Niedergelassener Arzt an Rettungsdienst, z. B. Internist an RTW-Besatzung
 - Rettungsdienst an Rettungsdienst, z. B. KTW-Besatzung an RTW-Besatzung oder RTW-Besatzung an den Notarzt eines RTH ([Abb. 14.1](#))
- Übergabesituation zwischen Notfallsanitäter und Notarzt [O997]



- Rettungsdienst an Krankenhaus, z. B. RTW-Besatzung an Aufnahmearzt (Abb. 14.2)
Übergabesituation in einer zentralen Notaufnahme [W931]



- Krankenhaus an Rettungsdienst, z. B. Gesundheits- und Krankenpfleger an KTW-Besatzung oder Stationsarzt an Besatzung eines ITW

Die Übergabe erfolgt jeweils von Teamleiter zu Teamleiter. Die grundsätzlichen Aspekte der Übergaben bleiben immer gleich und werden daher im Folgenden gemeinsam ausgeführt.

Bei Notfalleinsätzen ist die Patientenübergabe die **Nahtstelle** zwischen präklinischer und klinischer Versorgung von Notfallpatienten und Bestandteil der Rettungskette, deren Kontinuität für die Genesung und manchmal für das Schicksal der Patienten von essenzieller Bedeutung ist. Dabei ist die Auswahl der Zielklinik besonders bedeutsam. Idealerweise werden Notfallpatienten in zentralen Notaufnahmen übergeben, die eine lückenlose Weiterführung der präklinischen Maßnahmen auf intensivmedizinischem Niveau direkt nach dem Eintreffen des Notfallpatienten in der Klinik gewährleisten.

Sind keine zentralen Notaufnahmen vorhanden, muss sorgfältig abgewogen werden, auf welcher Station der jeweilige Patient am besten aufgehoben ist. Präklinisch ist jedoch nicht immer sofort abschätzbar, ob eine Patientin mit Bauchbeschwerden z. B. auf die Innere Abteilung, in die Chirurgie oder Gynäkologie gelenkt werden soll. Eine deutliche Kommunikation, warum die jeweilige Station seitens des Rettungsdienstes ausgewählt wurde (samt möglichen

Differenzialdiagnosen!), ist daher entscheidend. Konflikte über Zuständigkeiten (*Aufnahmearzt: „Warum bringt ihr den Patienten ausgerechnet zu uns?“*) sind in diesen Organisationsstrukturen auch systembedingt und müssen freundlich, aber im Sinne der Patienten geführt werden – sonst droht die Klinikaufnahme zum schwächsten Glied der Rettungskette zu werden.

Merke

Eine nicht optimal verlaufende Patientenübergabe kann sehr schnell zum „Nadelöhr“ für die weitere Patientenversorgung während der klinischen Phase werden. Im schlimmsten Fall kann durch eine schlechte, falsche, unvollständige oder fehlende Übergabe die weitere Patientenversorgung längerfristig verzögert, unterbrochen oder sogar verhindert werden.

Bislang gibt es kein bundesweit standardisiertes Muster für Patientenübergaben. Deshalb sollte zumindest in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen ein einheitlicher Ablauf zwischen den Rettungsdiensten und den Kliniken vereinbart werden. In einem solchen Grundschema wird eine feste Reihenfolge der in einer Übergabe aufzuzählenden Parameter vorgegeben, sodass im Bedarfsfall eine rasche, patientenorientierte Übergabe sichergestellt werden kann und beide Seiten wichtige Informationen nicht vergessen.

Mit der Aufnahme eines Patienten am Einsatzort in das Rettungsmittel übernimmt der Notfallsanitäter die Verantwortung für diesen Patienten so lange, bis der Patient im Zielkrankenhaus dem aufnehmenden Personal übergeben wird. Notfallpatienten sind grundsätzlich dem aufnehmenden Arzt zu übergeben, nicht vital bedrohte Patienten können auch einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft übergeben werden. Die Übergabe muss unbedingt im Beisein des Patienten erfolgen und in sich abgeschlossen sein, d. h., eine Umlagerung auf eine Krankenhausliege mit dem nachfolgenden Hinweis *„Der Patient liegt auf dem Gang vor Raum 3.“* und der bloßen Aushändigung eines Einsatzprotokolls reicht daher keinesfalls aus.

Achtung

Nur eine präzise und sorgfältige Übergabe garantiert einen reibungslosen und optimalen Diagnose-, Versorgungs- und Behandlungsverlauf.

Die Bedeutung eines guten **Übergabegesprächs** ist offensichtlich. Für die optimale und erfolgreiche Übergabe sind verschiedene Grundsätze unbedingt zu beachten:

- Das Übergabegespräch muss so kurz wie nötig und so einfach wie möglich aufgebaut werden. Zu lange und zu komplizierte Übergabegespräche sind zu vermeiden.
- Die einzelnen (Vital-)Parameter müssen in einer logischen und einer taxonomierten (nach Prioritäten angeordneten) Reihenfolge aufgezählt werden. Unlogische und unsystematische Angaben führen zur Verwirrung.
- Wichtig sind die Konzentration auf das Wesentliche sowie die Vermeidung von Nebensächlichkeiten und eigene Überinterpretationen.

14.2 Fehlerquellen bei Übergabe und Übernahme

Ein fehlerhaftes oder fehlendes Übergabegespräch kann für den Patienten fatale Folgen und für die verantwortlichen Personen weitreichende Konsequenzen haben. So können z. B. wichtige Hinweise auf die Symptomatik, insbesondere Auffälligkeiten in der Initialphase nach dem unmittelbaren Eintreffen des Rettungsdienstes, unerwähnt bleiben.

Da aber nur der Rettungsdienst die Eindrücke vor Ort sammeln kann, ist die aufnehmende Klinik zwingend auf diese Informationen angewiesen. Eine genaue Schilderung der Unfallmechanik, der Sitzposition in einem verunfallten Pkw, der verwendeten Sicherheitseinrichtungen oder ggf. auch ein Bild von der Einsatzstelle kann dem Unfallchirurgen z. B. wertvolle Hinweise für eine genauere Einschätzung der Kräfte geben, die auf den Patienten eingewirkt haben müssen.

Achtung

Hinweise und Symptome, die sich auf die **Initialphase** beziehen, können für die klinische Diagnostik und die notwendige Therapie oftmals extrem wichtig und entscheidend sein. Dazu gehört auch die Information über besondere Gerüche am

Einsatzort, die soziale Lage (Wohn- und Lebenssituation) eines Patienten oder z. B. auch der Hinweis auf eine vermüllte Wohnung mit vielen Haustieren.

Erfolgt kein oder nur ein unvollständiges Übergabegespräch, muss der aufnehmende Klinikarzt mit der Anamneseerhebung von vorn beginnen. Dies bedeutet bei dringenden Fällen eine unnötige Zeitverzögerung. Für den Patienten kann es eine zusätzliche Belastung bedeuten und das Signal aussenden, dass die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Berufsgruppen nicht funktioniert. Dies kann wiederum den Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen Patienten und Helfern ganz erheblich beeinträchtigen, die einen wichtigen Faktor für die Genesung des Patienten darstellt.

Praxistipp

Aus diagnostischen Gründen wie z. B. der Testung des Erinnerungsvermögens oder aus taktischen Gründen, etwa durch die nochmalige Erhebung der Unfallanamnese zur Abklärung eines Gewaltverdachts, kann manchmal allerdings auch eine mehrfache Befragung von Patienten angezeigt sein.

Es gibt verschiedene Faktoren, die eine optimale Übergabe oder Übernahme stören oder verhindern können:

- Die Einsatzdokumentation (Kap. 48.4) ist unleserlich, fehlerhaft oder nicht vorhanden.
- Es ist kurzfristig kein Ansprechpartner für die Übergabe verfügbar. Aus Personalmangel kommt es in Krankenhäusern gelegentlich vor, dass beim Eintreffen des Rettungsdienstes vor allem zu Nachtzeiten kein spezielles Klinikpersonal für eine adäquate Übergabe zur Verfügung steht.
- Die Übergabe erfolgt an jemanden, der nicht ausreichend qualifiziert ist, um wesentliche Informationen zu verstehen oder akute Interventionen durchzuführen, z. B. eine auszubildende Person oder ein Verwaltungsmitarbeiter.
- Zu umfangreiche und weitschweifige Ausführungen der Rettungsfachkraft: Dabei wird

manchmal der Eindruck erweckt, als wolle ein Notfallsanitäter seine Kompetenz unbedingt durch ein längeres Referat darstellen und nicht die Situation des Patienten prägnant schildern.

- Die Übergabegespräche erfolgen seitens des Rettungsdienstes in stark unterschiedlicher Qualität – manchmal sehr fundiert, manchmal weniger fundiert. Klinikpersonal ist daher häufig verunsichert, wem der vielen unterschiedlichen Rettungsdienstmitarbeiter mit den diversen Qualifikationslevels in welcher Form vertraut werden kann.
- Ein aufnehmender Arzt hört nicht zu und ignoriert die vom Rettungsfachpersonal erhobene Anamnese. Er stellt damit im Grunde genommen die Kompetenz des Rettungsteams infrage.
- Hohe klinische Patientenzahlen, lange Dienste und Übergaben in der Nacht erhöhen die jeweilige Stressbelastung. Dies kann Konflikte, Unter- und Überreaktionen zur Folge haben.
- Man spricht nicht dieselbe Sprache – inhaltlich oder tatsächlich. Der Sender (Notfallsanitäter) sendet z. B. eine Botschaft, die vom Empfänger (aufnehmendes Klinikpersonal) missverstanden wird (Kap. 9.1). Ein Beispiel zur Verdeutlichung dieser Problematik:
 - Der Sender sagt: „*Der Patient hat ADHS.*“ (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung).
 - Während der Empfänger hört: „*Der Patient hat AIDS.*“
- Vergessene Hinweise auf Vorerkrankungen, insbesondere bekannte ansteckende Infektionen des Patienten.
- Ressourcenmangel und Zeitdruck: Bei der RTW-Besatzung geht der Melder mit einer Alarmierung zum nächsten Einsatz, beim Klinikpersonal ist gerade kein Aufnahmeraum frei etc.

Merke

Auch wenn der Übergabe seitens der übernehmenden Personen gelegentlich nicht ausreichend Aufmerksamkeit geschenkt wird: Es geht immer um das **Wohl des Patienten** und auch um die **eigene rechtliche Absicherung**. Deshalb müssen Übergaben unbedingt diszipliniert und sorgfältig durchgeführt werden!

14.3 Merkmale einer adäquaten Übergabe

Ziele einer adäquaten Übergabe sind,

- wesentliche Informationen über den Patienten an die nächste Versorgungsebene zu übermitteln und zwar zunächst durch mündliche Kommunikation mit einem Arzt oder einer Gesundheits- und Krankenpflegekraft,
- eine schriftliche Dokumentation zu übergeben, damit die Verantwortung für die weitere Betreuung abzugeben und dadurch die Betreuungskontinuität zu sichern.

Bei der Übergabe erhält das Klinikpersonal erste wichtige Patientendaten und medizinische Informationen über den Patienten. Dabei stehen insbesondere Informationen über den Grund der Klinikeinweisung (ggf. auch Einweisungsschein des behandelnden Arztes), die Genese und Ätiologie des aufgetretenen Krankheitsbildes und zum Verlauf des Patientenzustands während des Transports im Mittelpunkt.

Übergabeschema

Eine systematische Übergabe ist Grundvoraussetzung dafür, dass das übernehmende Personal das präklinische Geschehen und den Einsatzbericht gedanklich nachvollziehen kann, wodurch Informationsdefizite minimiert werden ([Abb. 14.3](#)). Eine optimale Patientenübergabe folgt im Wesentlichen der zeitlichen Chronologie der Ereignisse: Alarmierung, Versorgung vor Ort und Transport. Es basiert auf folgendem **Grundschema**:

Übergabegespräch zwischen Notfallsanitäter und Krankenhauspersonal [W931]



1. **Vorstellung des Patienten:** Am Anfang der Übergabe sollte der Patient mit Namen und Alter vorgestellt werden.
2. **Grund der Alarmierung, Situation beim Eintreffen:** Es folgt das Alarmierungswort, ein kurzer Bericht darüber, was passiert ist und in welcher Lage der Patient vorgefunden wurde. Dies ist umso wichtiger, als dass gerade bei traumatischen Patienten der wirkliche Zustand äußerlich nicht unbedingt erkennbar ist, aufgrund des Unfallgeschehens jedoch angenommen werden muss, dass innere Verletzungen vorliegen.
3. **Auffälligkeiten nach dem ABCDE-Schema, Vitalparameter:** Im weiteren Verlauf der Übergabe sollten Besonderheiten und Auffälligkeiten in Bezug auf das ABCDE-Schema (Kap. 17.1.4) sowie abweichende Vitalparameter angesprochen werden. Besonders interessieren hierbei Auffälligkeiten und Symptome beim Auffinden sowie der erste Eindruck des Patienten. Nicht selten imponiert in der Initialphase z. B. eine ausgeprägte, spezifische Symptomatik in Bezug auf Bewusstsein, Respiration und Kreislauf, die sich jedoch bis zum Eintreffen in der Klinik wieder verbessern kann. Ein genauer Bericht liefert in solchen Fällen wertvolle Hinweise auf die spätere Diagnosestellung. Blutdruck und Puls sind wichtige Parameter, die oft durch große Schwankungen gekennzeichnet sind.

Es sollten mindestens drei Werte, z. B. in der Initialphase, während des Transports und beim Eintreffen in der Klinik, ermittelt und dem Klinikarzt mitgeteilt werden. Zusätzlich sollten diese Werte auch deutlich im Protokoll dokumentiert werden.

Parameter, die beim Patienten unauffällig waren, müssen nicht extra erwähnt werden, denn sie verlängern die Übergabe unnötig und setzen die Effizienz einer Übergabe herab!

- 1. Verdachtsdiagnosen und Verletzungen:** In diesem Teil der Übergabe werden Verdachtsdiagnosen und Verletzungen des Patienten angesprochen. **Dabei werden unbedingt auch anzunehmende, äußerlich nicht sichtbare Verletzungen erwähnt.** Eine Reihe von Umständen erschwert das Management des traumatisierten Patienten und beeinflusst das Behandlungsergebnis: die Maskierung schwerer Verletzungen durch leichtere, mangelhafte Erfahrung und die spärliche Anamnese. Informationen über das Unfallereignis und über die Biomechanik von Einzelverletzungen, die entscheidende Hinweise zum Verletzungsmuster geben können, sind daher essenziell, so z. B. beim stumpfen Bauchtrauma die gezielte Suche nach intraabdominellen Läsionen. Diagnosen, die man schon sicher ausschließen konnte (weil z. B. Blutzucker bestimmt ist) bzw. Aspekte, die unsicher, unklar oder suspekt sind (z. B. Patientin gibt an, nicht schwanger sein zu können, aber letzte Periode war vor 9 Wochen), werden hier erwähnt.
- 2. Bericht zur Anamnese, relevante Informationen aus dem SAMPLER-Schema:** Im weiteren Verlauf der Übergabe werden wichtige Aspekte aus dem SAMPLER-Schema erwähnt (Kap. 17.1.5). Herausgestellt werden die Vorerkrankungen, die mit der akuten Erkrankung in Zusammenhang gebracht werden könnten. Die aktuelle Medikation des Patienten und wann welche Medikamente zuletzt eingenommen worden sind, wird dargestellt. Patienten, die regelmäßig Medikamente einnehmen, haben häufig einen Medikamentenplan, der in die Klinik mitgenommen werden sollte. Eine Alternative dazu ist die Mitnahme der jeweiligen Medikamentenschachteln.

3. **Bericht über die präklinischen Maßnahmen und den Verlauf:** Hier werden die relevanten durchgeführten präklinischen Maßnahmen vor und während des Transports berichtet. Dem aufnehmenden Arzt werden auch etwaige Auffälligkeiten während des Transports mitgeteilt.
4. **Übergabe der persönlichen Gegenstände:** Den Abschluss einer Übergabe bildet das Übergeben der persönlichen Gegenstände des Patienten, z. B. Brille, Uhr, Schmuck, Schuhe oder Prothese, an das Klinikpersonal. Gegenstände von höherem Wert, insbesondere Geldbörsen oder Zahnersatz, sollten auf einem eigenen vorgefertigten Formular übergeben und gegengezeichnet werden.
5. **Verweis auf die Dokumentation:** Das schriftliche Einsatzprotokoll ist in lesbarer Form zu übergeben. Einige Rettungsdienstsysteme können es auch bereits in digitaler Form im Krankenhaus ausdrucken oder übertragen. Neben der Erfüllung der Dokumentationspflicht ist es die primäre Aufgabe eines Rettungsdienstprotokolls, den Mitarbeitern des aufnehmenden Krankenhauses eindeutig und übersichtlich aussagefähige Informationen über das Notfallgeschehen und die notfallmedizinischen Maßnahmen zu übermitteln. Damit kann sichergestellt werden, dass keine für die weitere Diagnostik und Behandlung des Patienten wichtigen Informationen verloren gehen. In manchen Rettungssystemen wird die Einsatzdokumentation von der übernehmenden Stelle gegengezeichnet oder abgestempelt. Damit ist auch formell die Patientenübernahme dokumentiert (Kap. 48.4).
6. **Anmerken von Besonderheiten:** Lebt ein älterer Mensch z. B. völlig allein und ohne unmittelbare Betreuung, vielleicht auch in einer zu kalten Wohnung, ist dies bei der Übergabe und in der Dokumentation zu vermerken. Auch solche Informationen sind für die weitere Planung der Klinik bedeutsam, ggf. muss vor einer unmittelbaren Entlassung der Krankenhaussozialdienst eingebunden werden.
7. Anzeichen, die auf eine Gewalthandlung dem Patienten gegenüber oder einen Missbrauch bzw. eine Vernachlässigung der Pflege und Betreuung hindeuten, werden ohne Beisein des Patienten mündlich an den Arzt kommuniziert. In der Dokumentation werden nur die tatsächlichen Befunde festgehalten: *„Handschuhförmige Verbrennung beider Hände, scharf begrenzt, laut Vater hat Kind in den Kochtopf gegriffen. Genauerer Unfallhergang wäre abzuklären.“*

Was nicht geschrieben wurde, wurde nicht getan! Die Bedeutung einer vollständigen und nachvollziehbaren Dokumentation kann nicht genug betont werden. Sie erhöht die Rechtssicherheit der Mitarbeiter im Rettungsdienst und ist ein sichtbares Zeichen der Professionalität und Grundlage für Evaluation und Qualitätsmanagement.

Wiederholungsfragen

1. Warum ist die Patientenübergabe von großer Bedeutung (Kap. 14.1)?
2. Welche Faktoren können eine Patientenübergabe bzw. -übernahme stören oder sogar verhindern (Kap. 14.2)?
3. Was sind die Merkmale einer adäquaten Patientenübergabe (Kap. 14.3)?
4. Wie würden sie den Verdacht auf Misshandlung eines Patienten im Rahmen einer Patientenübergabe kommunizieren (Kap. 14.3)?

Fortsetzung des Szenarios

Die Erstuntersuchung ergibt beidseits offene Unterschenkelfrakturen und Verdacht auf stumpfes Bauchtrauma. Die Halswirbelsäule wird bereits initial manuell immobilisiert. Der Verletzte wird zusammen mit der Feuerwehr unter Anwendung eines Rettungskorsetts und eines Spineboards nach Entfernung des Dachs zügig aus dem Pkw gerettet.

Der Patient wird nach Übernahme in den vorgeheizten RTW vollständig entkleidet. Die weitere Untersuchung ergibt keine Anhaltspunkte für weitere Verletzungen. Sensorik in den Extremitäten ist vorhanden, auf eine Überprüfung der Motorik wird verletzungsbedingt verzichtet, der Patient bewegt aber beide Arme. Er erhält zwei venöse

Zugänge und wird analgisiert. Auf weitere Maßnahmen wird wegen der Nähe zur Klinik ansonsten verzichtet. Der Patient wird angemeldet und 5 Minuten später im Krankenhaus übergeben.

Auf dem Einsatzprotokoll wird in Blockschrift sein initiales Zitat „*In meinem Nacken hat es komisch geknackt ... Kopf nicht halten – V. a. HWS-Fraktur*“ neben den anderen Diagnosen vermerkt. Der Rettungsvorgang unter permanenter Immobilisation wird besonders genau dokumentiert. Der Aufnahmekarzt wird außerdem noch mündlich auf den unbestätigten Verdacht hingewiesen. Die Immobilisation wird trotzdem seitens des Klinikpersonals entfernt, ein orientierendes Röntgen ergibt keine Anzeichen auf eine HWS-Fraktur. Eine ebenfalls durchgeführte Sonografie ergibt jedoch Hinweise auf eine Blutung im Bauchraum. Der Patient wird daraufhin in den OP verlegt und zur Versorgung einer Milzruptur sowie der Extremitätenfrakturen operiert. Zwischenzeitliche Ermittlungen der Polizei ergeben, dass in der Wohnung des Verletzten ein Abschiedsbrief und zahlreiche leere Medikamentenschachteln gefunden worden sind.

Nach der Operation wird der Patient auf der interdisziplinären Intensivstation aufgenommen, weiterhin intubiert und beatmet und wegen der unklaren Intoxikation 4 Stunden später per RTH in eine Universitätsklinik verlegt.

Der Teamleiter des dortigen Schockraums bekommt alle Unterlagen vorab als Scan per E-Mail, ihm fällt der Hinweis auf die HWS-Verletzung im Einsatzprotokoll der RTW-Besatzung auf. Er fragt das RTH-Team bei der Einlieferung des Patienten, warum der Patient nicht entsprechend mit einer HWS-Schiene immobilisiert sei und erhält die Antwort, dass es keine Hinweise auf eine HWS-Verletzung gäbe. Im Rahmen des Schockraummanagements wird nun erst ein CT angefertigt. Es zeigt sich eine HWS-Fraktur im Bereich C2/C3.


Weiterführende Literatur

 **Fleischmann, 2011**

T. Fleischmann Klinische Notfallmedizin. Zentrale und interdisziplinäre Notaufnahmen
2011, Elsevier/Urban & Fischer München

 **St. Pierre et al., 2011**

 M. St. Pierre

 G. Hofinger

 C. Buerschaper

Notfallmanagement. Human Factors in der Akutmedizin
2. Aufl. 2011, Springer Heidelberg

 **Weinert, 2010**

 S. Weinert

Die Patientenübergabe: Schnittstelle und Schwachstelle zwischen Rettungsdienst und
Gesundheitseinrichtung
2010, VDM Saarbrücken

Medizinwelten

Abrechnung

Akupunktur

Allgemeinmedizin

Chirurgie

Gynäkologie

Heilpraktiker



[Homöopathie](#)

[Innere Medizin](#)

[Klinikleitfaden](#)

[Naturheilverfahren](#)

[Onkologie](#)

[Osteopathie](#)

[Psychiatrie](#)

[Psychosomatik](#)

[Psychotherapie](#)

[Pädiatrie](#)

[Rettungsdienst](#)

[Sprachtherapie](#)

Rechtliches

[Impressum](#)

[Datenschutz](#)

[User Guide](#)

[Elsevier AGB](#)

Links

[Customer Service](#)

[Elsevier Portal](#)

[Elsevier Webshop](#)