

Patientenübergabe – Schnittstelle oder Schwachstelle

Begriffsbestimmungen

RKT: Rettungs- und Krankentransport (alle Transporte, die nicht von einem Notarzt begleitet werden)

RD-Personal: Rettungsdienst-Personal

NAW: Notarztwagen

NACA X: Notarzteinsatzprotokoll & Software (Einsatz-Dokumentation mit großer Verbreitung im österreichischen Raum)

Je qualifizierter die Rettungsdienstsyste me werden, desto wichtiger wird die Patientenübergabe!

Der Rettungsdienst der „klassischen“ Hilfsorganisationen sieht sich durch geschaffene Berufsbilder, neue Gesetze n sowie durch einen wachsenden Konkurrenzdruck mit völlig neuen Situationen konfrontiert. Professionalität, Qualitätsmanagement sowie Kostenreduktion/-effizienz werden vermehrt gefordert.

Mit dieser Entwicklung Schritt zu halten und gleichzeitig die humanitären Grundwerte nicht zu vernachlässigen, ist die große Herausforderung der nächsten Jahre, wenn nicht sogar Jahrzehnte.

Der Rettungsdienst ist einem permanenten Prozess der Entwicklung unterworfen.

Die Auseinandersetzung mit der Frage nach der Schnittstelle Patientenübergabe ist Teil dieses Prozesses. Im folgenden Auszug aus der – 2004 durchgeführten - Studie geht es nicht um Schuldzuweisungen, sondern vielmehr um die Aufbereitung eines Themas, daß den Input der Rettungsdienste und der Krankenhäuser gleichermaßen fordert.

Vorbemerkungen/Historisches

In den meisten bekannten Versorgungssystemen ist der Rettungs- und Krankentransport (RKT) eine – von den Kliniken – getrennte Einheit. Beispiele klinikverbundener Rettungsdienste sind mir nur vereinzelt aus dem amerikanischen Bereich bekannt. Die Entwicklungen beider Einrichtungen (Klinikbereich und RKT) gingen im mitteleuropäischen Raum seit jeher getrennte Wege. Der Klinikbereich erfasste – unabhängig von der Vorversorgung – den Patienten ab dem Zeitpunkt der Aufnahme. Der Rettungsdienst beschäftigte sich mit den Themen des Notrufs, der adäquaten Auswahl des Transportmittels und dem Einsatz bzw. dem Transport. Dem Thema der Patientenübergabe wurde von beiden Seiten nicht viel Beachtung geschenkt. Erwähnen muss man in diesem Zusammenhang auch die zwei voneinander völlig unterschiedlichen Welten der Präklinik und der Klinik.

Aus mehr als zwanzig Jahren Rettungsdienst erfahrung heraus erlaube ich mir auch die Bemerkung, dass es von beiden Seiten her nie ein starkes Interesse an einer definierten Schnittstelle gab (von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen).

Der RKT sah seine Aufgabe als erledigt an, sobald er den Patienten auf eine Liege des Krankenhauses umgebettet hatte und den – für die Verrechnung so wichtigen – Stempel auf seinem „Lieferschein“ hatte.

Für das Krankenhaus machte es keinen Unterschied, ob der Patient selbst oder mit dem RKT kam, denn die Arbeit war ja die gleiche.

Die letzten Jahre haben trotz der Entwicklung im Rettungsdienst (halbautomatische

Defibrillation, Sanitätärgesetz, Notfallkompetenzen, ...) im Bereich der Patientenübergabe nichts Neues gebracht.

In der Ausbildungsmappe „Rettungssanitäter“ (Österreichisches Rotes Kreuz, 2002, B3/42f) findet sich zum Thema Patientenübergabe folgender Hinweis:

Übergabe des Patienten im Krankenhaus

Im Zielkrankenhaus ist der Patient so lange zu betreuen, bis er von einem Arzt und dem Krankenhauspersonal übernommen worden ist.

Die Art der Übergabe ist nicht einheitlich geregelt und richtet sich nach den örtlichen Gepflogenheiten. Die Übergabe muss auf dem Transportnachweis durch Stempel und Unterschrift bestätigt werden. Falls kein Einweisungsschein vorhanden ist, muss ein Arzt die Notwendigkeit des Transportes durch Stempel und Unterschrift bestätigen.

Bei der Übergabe werden alle Informationen über den Zustand des Patienten bei der Übernahme und während des Transportes und über geleistete Maßnahmen (Zeitangaben, z.B. Abbindung) weitergegeben.

Eine Dokumentation dieser Informationen ist dringend anzuraten.

Bei der Übergabe werden auch mitgebrachte Medikamente, Befunde, Sonderausweise, Wertsachen, Behelfe, bei Vergiftungen sichergestellte Giftreste, bei Abtrennungen amputierte Körperteile ausgehändigt.

Der Text in der Ausbildungsmappe des Roten Kreuzes spricht bereits eines der grundsätzlichen Probleme an: die örtlichen Gepflogenheiten der Krankenhäuser. Die Erfahrung zeigt, dass es sich jedoch nicht nur um die örtliche Gepflogenheit des Krankenhauses handelt. Oft sind sogar die Gepflogenheiten einzelner Station bis hin zum persönlichen Empfinden des jeweils diensthabenden Pflegepersonals (und natürlich auch des jeweiligen ärztlichen Personals) zu berücksichtigen.

Seit 1989 ist der Notarztwagen des Bezirks Mödling im Krankenhaus Mödling (heute Thermenklinikum Mödling) stationiert, um die umgehende Einsatzbereitschaft des Rettungsmittels zu gewährleisten.

Über die Jahre hindurch entwickelte sich – mit Hilfe geeigneter Protokolle und der permanenten Präsenz der diensthabenden Notarztwagen-Teams im Krankenhaus - eine entsprechende Übergabekultur. Diese beinhaltet den Durchschlag des Notarzt-Protokolls mit allen relevanten Maßnahmen, Vitalparametern, usw. sowie die verbale Vorstellung des Patienten, die Beschreibung des Notfallgeschehens sowie des Transportverlaufs. Dies ist eine Praxis die anscheinend im Alltag der zahlreichen Patientenübergaben zwischen RKT-Personal und diplomierten Pflegepersonal nicht gelebt wird.

Bei beobachteten Patientenübergaben musste festgestellt werden, dass es oftmals zu (bewussten und unbewussten) Konfrontationen zwischen RKT-Personal (RD-Personal ohne notärztliche Begleitung) und dipl. Pflegepersonal kommt. In weiterer Folge gab es auch Beschwerden seitens des Krankenhauses über das RKT-Personal und umgekehrt. Diese Beschwerden wurden jedoch meist pauschaliert und nicht konkretisiert, was zur Folge hatte, dass es eher zu unkontrollierten Rundumschlägen kam und nicht zu einer echten Problemlösung.

Zur Quantifizierung der Beschwerden wurde ein Fragebogen mit 8 Fragen (zu bewerten

im Schulnotensystem) im Bereich der Internen Aufnahme & Chirurgischen Ambulanz aufgelegt. Dieser Fragebogen sollte unmittelbar nach dem Kontakt mit dem Rettungsdienst ausgefüllt und in eine Sammelbox geworfen werden. Durch Vorgespräche konnte das Pflegepersonal sensibilisiert und eine entsprechende Akzeptanz erreicht werden.

Im Zeitraum vom 1. Juni 2004 bis 22. August 2004 wurden 244 Fragebögen ausgefüllt und retourniert. Auswertung und Analyse werden in einem gesonderten Artikel veröffentlicht.

Rechtliche Aspekte der Patientenübergabe

Im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung im Festsaal des Roten Kreuz Mödling (Vorstellung der Ergebnisse) wurde am 7. September 2004 von wH Dr. Bachinger (Patientenanwalt) und Mag. Stefan Koppensteiner (Richter, Notfallsanitäter) die rechtlichen Aspekte der Patientenübergabe beleuchtet. Als Ergebnis der beiden Vorträge kann man folgendes zusammenfassen:

Der Patient gilt als ordnungsgemäß übergeben, wenn er vom Rettungsdienst an eine "fachlich legitimierte Person" übergeben wurde. Als fachlich legitimierte Person ist in jedem Falle der Facharzt anzusehen, jedoch auch der Assistent, der Turnusarzt sowie diplomiertes Pflegepersonal.

Eine Übergabe an PflegehelferInnen, Famulanten, PflegeschülerInnen ist nicht zulässig. D.h. im Zweifelsfalle ist die fachliche Kompetenz/Zuständigkeit für die Übergabe vom Sanitäter zu hinterfragen.

Eine ordnungsgemäße Übergabe hat lt. Mag Koppensteiner folgende Dinge zu beinhalten (Mindestinformation):

- Vorstellung des Patienten
- Information über den Notfallort
- Vitalparameter
- Gesetzte Maßnahmen

Je nach Gesprächskultur sind weitere Informationen wünschenswert.

In jedem Falle, muss die Übergabe alle relevanten Informationen enthalten, die für die Diagnosestellung und weitere Therapie des Patienten wichtig sind.

Bis zur ordnungsgemäßen Übergabe des Patienten bleibt die volle Verantwortung beim Rettungspersonal.

Keine ausdrückliche Regelung gibt es zur Frage der Bedeutung des Umlagerens von der Krankentrage auf die Ambulanzliege bzw. Krankenbett. Sie kann die Übergabe aber jedenfalls nicht ersetzen, "im Bett" heißt also keinesfalls zwangsläufig "übergeben".

Ebenso gibt es keine ausdrückliche Regelung, wer für das Umlagern selbst verantwortlich ist. Wünschenswert wäre, dass dieser Bereich von beiden Seiten gemeinsam durchgeführt wird. Aus Sicht des Rettungsdienstes empfiehlt es sich, nach Möglichkeit bei medizinisch problematischen Patienten die Übergabe vor Umlagerung durchzuführen.

Sollte der Patient vor der ordnungsgemäßen Übergabe vom RD-Personal bereits umgelagert werden, so liegt die Umlagerung in der Verantwortlichkeit des RD-Personals.

Der Dokumentation kommt seit dem Inkrafttreten des Sanitätergesetzes eine besonders wichtige Bedeutung zu. Grundsätzlich muss man hier jedoch zwei Dinge auseinander halten:

1. Die Dokumentation für die Verrechnung
2. Die Dokumentation gem. Sanitätergesetz

Zu 1: Diesbezüglich reicht der Stempel am Transportschein alleine aus.

Zu 2: Wünschenswert wäre der Nachweis der Übernahme des Patienten durch die Krankenanstalt durch Stempel der Gesundheitseinrichtung und die Unterschrift der so genannten „fachlich legitimierten Person“ - diese kann auch auf dem Transportbericht erfolgen. Achtung: die eigene Unterschrift auf den Stempel der Gesundheitseinrichtung stellt den Tatbestand der Urkundenfälschung dar und ist ein gerichtliches Strafdelikt. Vorteil der Unterschrift (gegenüber Stempel ohne Unterschrift): Man kann sie sich nicht "holen", der Unterschreibende muss sich bei Unterschriftsleistung etwas gedacht haben => augenscheinlich wurde der Patient ordnungsgemäß übergeben (sonst wäre wohl keine Unterschrift geleistet worden).

Die Dokumentation gem. Sanitätergesetz (Notfallprotokoll) sollte im eigenen Interesse umfassend und genau erfolgen. Diese Dokumentation wird – wie bekannt – aufbewahrt und muss auf Verlangen dem Patienten bzw. den Angehörigen ausgehändigt werden.

Selbstverständlich gilt dies auch für eine richterliche Anforderung.

Nur Maßnahmen, die dokumentiert werden, sind im Streitfall nach herrschender Rechtsprechung auch gesetzt worden; der grundsätzliche Gegenbeweis wird wohl meist misslingen.

Daher: Die ordnungsgemäße Übergabe des Patienten liegt im Beweisinteresse des Rettungsdienstes!

Lösungsansatz

Übergabe des Einsatzprotokolls/Kopie (Dokumentation gem. § 5 Sanitätergesetz) an das „fachliche legitimierte“ Personal zum Zeitpunkt der Patientenübergabe.

Zum Thema Dokumentation, Verschwiegenheitspflicht und Auskunftspflicht nehmen die § 5,6, und 7 des Sanitätergesetzes Bezug.

Auszug aus dem Sanitätergesetz:

Dokumentationspflicht

§ 5. (1) Sanitäter haben bei Ausübung ihrer Tätigkeit die von ihnen gesetzten sanitätsdienstlichen Maßnahmen zu dokumentieren.

(2) Den betroffenen Patienten oder betreuten Personen sowie deren gesetzlichen Vertretern sind auf Verlangen Einsicht in die Dokumentation zu gewähren und gegen Kostenersatz Kopien auszufolgen.

(3) Die Aufzeichnungen gem Abs. 1 sind durch die Einrichtungen gemäß § 23 Abs. 1 mindestens zehn Jahre aufzubewahren.

Die in § 5 (1) geforderte Dokumentation stellt sicher, dass ab dem Eintreffen des Rettungsdienstes beim Patienten, der Patient, die Situation in der er sich befindet, die Maßnahmen vor Ort und der Transportverlauf/weitere Maßnahmen erfasst werden und ggf. bei Rückfragen zur Einsicht aufliegen.

Dieser geforderten Dokumentation wird in den Rettungsdiensten zumeist mit einem so genannten Einsatzprotokoll Rechnung getragen. Durch die sehr heterogenen Entwicklungen der Rettungsdienste (Rotes Kreuz, Samariterbund, Johanniter, Malteser, MA70, Rettungshubschrauber, Notarzdienste ...) hat jede Organisation/Struktur meist eigene Protokolle entwickelt. Basis dieser Protokolle waren jedoch meist Notarzt-Einsatzprotokolle (z.B. NACA X – siehe Abbildung), an welchen man sich orientiert hat. Ein Durchschlag des Sanitäter-Protokolls (z.B. Rotes Kreuz Niederösterreich – siehe Abbildung) könnte – bei sorgfältiger Dokumentation – sicherstellen, dass die wichtigsten Maßnahmen/Erkenntnisse/Vorfälle auch den behandelnden Arzt erreichen.

Trotz aller Bemühungen Informationen nicht zu verlieren, müssen wir der Tatsache ins Auge schauen, dass pro „Zwischenstation“ rd. 30% der Informationen verloren gehen können — siehe Kommunikationslehre (Kette: Rettungssanitäter → dipl. Pflegepersonal → Turnusarzt → Aufnahmeanzt/behandelnder Arzt).

Wie verhält es sich mit der in § 6 Sanitätergesetz angeführten Verschwiegenheitspflicht?

Auszug aus dem Sanitätergesetz:

Verschwiegenheitspflicht

§ 6. (1) Sanitäter sind zur Verschwiegenheit über alle ihnen in Ausübung ihrer Tätigkeit anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet.

§ 6.(2) Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn

1. ...

2. Mitteilungen oder Befunde an die Sozialversicherungsträger und Krankenfürsorgeanstalten oder sonstige Kostenträger zur Wahrnehmung der diesen übertragenen Aufgaben erforderlich sind,

Der Gesetzgeber sagt ausdrücklich in §6 (2), dass Mitteilungen oder Befunde an die Sozialversicherungsträger, Krankenfürsorgeanstalten oder sonstige Kostenträger welche zur Wahrnehmung der übertragenen Aufgaben notwendig sind, nicht der Verschwiegenheitspflicht unterliegen.

§7 (2) des Sanitätergesetzes präzisiert sogar die Informationsweitergabe unter dem Titel "Auskunftspflicht".

Auskunftspflicht

§ 7. (2) Sie haben anderen Angehörigen der Gesundheitsberufe, die die betroffenen Personen betreuen, behandeln oder pflegen, die für die Betreuung, Behandlung oder Pflege erforderlichen Auskünfte zu

erteilen.

Aus den vorgenannten Paragraphen des Sanitätergesetzes lassen sich folgende Dinge zusammenfassen:

1. Der Sanitäter ist verpflichtet, eine entsprechende Dokumentation über alle sanitätsdienstlichen Maßnahmen (siehe Sanitätergesetz, siehe Ausbildungsinhalte für den Rettungssanitäter) ab dem Zeitpunkt des Eintreffens beim Patienten anzufertigen. Diese Dokumentation gilt auch als Beweismittel vor Gericht.
2. Der Sanitäter (seine Dokumentation) ist gegenüber der Krankenfürsorgeanstalt von der Verschwiegenheitspflicht befreit. Eine Weitergabe von Informationen an das „fachlich legitimierte“ Personal bei der Patientenübergabe stellt keinen Verstoß gegen die Verschwiegenheitspflicht dar.
3. Der Sanitäter hat (verpflichtend) alle für die Betreuung, Behandlung oder Pflege erforderlichen Auskünfte zu erteilen. In diesem Paragraph wird klargestellt, dass es sich bei der Informationsweitergabe an andere Angehörige der Gesundheitsberufe nicht um eine Aufhebung der Verschwiegenheitspflicht handelt, sondern vielmehr um eine Verpflichtung (Auskunftspflicht) des Sanitäters Informationen bei der Übergabe an das „fachlich legitimierte“ Personal weiter zu geben.

Zurzeit stellt die Dokumentation des Rettungsdienstes eine Schwachstelle in der Dokumentationskette dar. Die Leitstelle (in Niederösterreich wird diese Tätigkeit von der LEBIG durchgeführt – www.lebig.at) ist technisch in der Lage, vom Erstkontakt mit dem Anrufer, über eine nachvollziehbare Entscheidungsfindung bis hin zur Disposition des entsprechenden Rettungsmittels alles zu dokumentieren. Das Krankenhaus dokumentiert „historisch“ – jedoch mit einer jahrelang geübten Praxis und entsprechenden Prozessen im Krankenhausmanagement. Der Rettungsdienst dokumentiert gem. Sanitätergesetz jedoch ohne einen erkennbaren QM-Kreislauf d.h. die Protokolle werden (qualitativ sehr unterschiedlich) erstellt und wandern anschließend in ein großes Archiv, um den gesetzlichen Vorgaben genüge zu tun.

Diese Protokolle (oder zumindest Stichproben daraus) müssten sowohl inhaltlich als auch administrativ (Vollständigkeit) kontrolliert werden und optimalerweise mit einem Feedback des Krankenhauses (Verdachtsdiagnose Rettungsdienst vs. Aufnahmediagnose) abgeglichen werden. Dies setzt jedoch entsprechende personelle Ressourcen sowie ein klares Bekenntnis zu einem QM-Kreislauf voraus.

Fazit: Zum jetzigen Zeitpunkt gibt es keine „Dokumentationsverknüpfung“ zwischen der Leitstelle, dem Rettungsdienst und der Gesundheitseinrichtung.

Bemerkungen abseits der rechtlichen Situation

In der abschließenden Diskussion mit MitarbeiterInnen des Rettungsdienstes ist eine Wortmeldung besonders herauszustreichen. Ein Mitarbeiter meinte, dass im Mittelpunkt des Rettungsdienstes und des Pflegepersonals (ärztliches Personal natürlich eingeschlossen) die Bemühungen um den Patienten stehen. Wir sollten uns einfach ein „klein wenig mehr lieb haben“, und viele Konfrontationen und Informationsverluste bei der Übergabe würden der Vergangenheit angehören.

Was im ersten Augenblick vielleicht banal und ein wenig naiv anmutet, beinhaltet aber bereits einen großen Teil der Lösung. Dieses „ein klein wenig mehr lieb haben“

beinhaltet die Forderung nach dem gegenseitigen Verständnis für die Arbeit des anderen. Dieses Verständnis wird es aber erst geben, wenn wir überhaupt wissen, was der „Andere“ macht. Wenn wir dieses Verständnis fördern wollen, werden wir nicht umhin kommen zu kommunizieren und die Qualität unserer bisherigen Schnittstelle zu hinterfragen.

Empfehlung:

Schaffung einer (kleinen) Kompetenzgruppe bestehend aus diplomiertem Pflegepersonal, Aufnahmearzt, RKT-Personal und Jurist zur Definition der Schnittstelle „Patientenübergabe“ und Festlegung von Mindeststandards bei der Patientenübergabe.

Forderungen

Forderung an den Rettungsdienst: Eine dem modernen Krankenhausinformationsmanagement entsprechende Patientendokumentation, zur nahtlosen Integration in die Krankengeschichte des Patienten.

Forderung an den Krankenhausbetreiber: Adaption bzw. Erweiterung der Dokumentation/Krankengeschichte um den Bereich „Informationen vom Rettungsdienst“. Integration der als gesichert geltenden Informationen in die Diagnostik und in weiterer Folge in die Therapievorschlüsse.

Forderung an beide Einrichtungen: Definition der Schnittstelle „Patientenübergabe“, Ausarbeitung umsetzbarer Konzepte zu diesem Thema und Kommunikation, Kommunikation, Kommunikation!

Während der Vorbereitungsarbeiten zur Erhebung stieß ich auf die "Fachbereichsarbeit zur Erlangung des Diploms für den gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege" von Bernhard Berger.

Nach Rücksprache mit Bernhard Berger wurde die Erhebung im Thermenklinikum Mödling durch die Ausgabe der dreiseitigen Fragebögen (erstellt von Bernhard Berger) erweitert. Auswertung und die Analyse werden in einem eigenen Artikel veröffentlicht. Die Fachbereichsarbeit von Bernhard Berger kann unter <http://www.oegkv.at/3/bund/praxis/faber/fb-bergerbernhard.pdf> eingesehen werden.

Bilder/Abbildungen: Protokoll – NACA X – Handprotokoll 3.0A -Copyright by H&W Trimmel

Sanitäter-Dokumentation: Einsatzprotokoll V1.1 – 2002 – Copyright by div. MitarbeiterInnen des Österreichischen Roten Kreuzes

Literaturnachweis: Sanitätergesetz
Rettungssanitäter –Lernbehelf des ÖRK
Diplomarbeit Bernhard Berger