
Immobilisation nach Verkehrsunfällen – Was mache ich, wenn Patient*innen schneller am RTW sind als ich am PKW?

Hanna Kurth - Notsan 22A



Die Immobilisation von Patienten nach einem Verkehrsunfall ist ein entscheidender Aspekt der präklinischen Notfallversorgung, insbesondere wenn der Verdacht auf mögliche Wirbelsäulenverletzungen besteht. Was ist jedoch, wenn der Patient bereits selbstständig das Fahrzeug verlassen hat? Ist eine Immobilisation dann noch von Nöten? Diese Fragestellung soll im Folgenden geklärt und dabei nochmal auf die Relevanz des Themas eingegangen werden. Es ist zu erwähnen, dass im Folgenden lediglich die medizinischen Aspekte von Immobilisieren und Nicht-Immobilisieren behandelt werden. Die rechtliche Komponente, die durchaus von Bedeutung ist, wird hier aus Gründen der Anschaulichkeit vernachlässigt.

Die S3-Polytrauma-Leitlinie, die evidenzbasierte Empfehlungen zur Versorgung von Patienten mit potenziellen Mehrfachverletzungen bietet, betont die Notwendigkeit einer sorgfältigen Beurteilung und Immobilisation, um das Risiko von Folgeschäden, insbesondere an der Halswirbelsäule (HWS), zu minimieren. Diese Relevanz wird durch die Anwendung der Canadian C-Spine Rules und der NEXUS-Kriterien weiter untermauert, die spezifische Entscheidungsinstrumente zur Beurteilung des Risikos von HWS-Verletzungen darstellen.

Obwohl ein Patient, der aus einem Unfallfahrzeug aussteigt, oft als stabil wahrgenommen wird, können Verletzungen der HWS, des Schädels oder innerer Organe vorliegen, die möglicherweise nicht sofort offensichtlich sind. Die S3-Leitlinie empfiehlt, dass alle Patienten, die in einen Verkehrsunfall verwickelt sind, unabhängig von ihrem aktuellen Zustand, einer gründlichen Untersuchung unterzogen werden sollten. Dies schließt die Beurteilung von Bewusstsein, neurologischen Funktionen und möglichen Schmerzen in der HWS ein. Bei Verdacht auf eine HWS-Verletzung ist eine sofortige Immobilisation erforderlich, um das Risiko von neurologischen Schäden zu minimieren.

Die Anwendung eines geeigneten Halskragens ist ein zentraler Bestandteil der HWS-Immobilisation. Die S3-Leitlinie empfiehlt die Verwendung von starren oder halbsteifen Halskragen, die eine effektive Stabilisierung der HWS gewährleisten. Darüber hinaus sollte der Patient auf eine stabile Trage oder Liege gelagert werden, um eine weitere Bewegung der Wirbelsäule zu verhindern. Die Positionierung des Patienten sollte so erfolgen, dass eine anatomisch korrekte Ausrichtung der Wirbelsäule gewährleistet ist.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Immobilisation ist die Kommunikation mit dem Patienten. Es ist entscheidend, den Patienten über die Notwendigkeit der Immobilisation aufzuklären und ihn zu beruhigen, um Angst und Stress zu reduzieren. Die kontinuierliche Überwachung des Patienten während des Transports ist ebenfalls von großer Bedeutung, um Veränderungen im Zustand frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls sofortige Maßnahmen zu ergreifen.

Die Canadian C-Spine Rules bieten ein strukturiertes Vorgehen zur Identifizierung von Patienten, die ein niedriges Risiko für HWS-Verletzungen aufweisen und somit möglicherweise von einer Immobilisation befreit werden können. Diese Regeln berücksichtigen Faktoren wie die Mechanik des Unfalls, neurologische Symptome und die Fähigkeit des Patienten, sich selbstständig zu bewegen. Im Gegensatz dazu bieten die NEXUS-Kriterien eine einfache Entscheidungsfindung, die auf fünf klinischen Kriterien basiert: Schmerzen im HWS-Bereich, neurologische Defizite, Bewusstseinsstörungen, Drogenbeeinflussung und signifikante Verletzungen an anderen Körperstellen. Wenn ein Punkt dieser Kriterien zutrifft, ist eine HWS-Immobilisation durchzuführen.

Die Anwendung dieser Entscheidungsinstrumente in Kombination mit den Empfehlungen der S3-Polytrauma-Leitlinie ermöglicht eine differenzierte Beurteilung der Notwendigkeit einer HWS-Immobilisation. Dies ist besonders relevant, da eine unnötige Immobilisation sowohl physische als auch psychische Belastungen für den Patienten mit sich bringen kann. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr, dass bei einer unzureichenden Beurteilung potenzielle Verletzungen übersehen werden, was zu schwerwiegenden Komplikationen führen kann.

Die S3-Polytrauma-Leitlinie hebt auch die Notwendigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit hervor. Notfallmediziner, Rettungsdienstpersonal und Krankenhauspersonal müssen eng zusammenarbeiten, um eine optimale Versorgung des Patienten sicherzustellen. Die Dokumentation aller relevanten Informationen über den Unfall, den Zustand des Patienten und die durchgeführten Maßnahmen ist unerlässlich, um eine nahtlose Übergabe an das medizinische Personal im Krankenhaus zu gewährleisten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Relevanz der Immobilisation von Patienten nach einem Verkehrsunfall, auch wenn sie selbstständig aus dem Fahrzeug ausgestiegen sind, nicht unterschätzt werden darf und nach aktuellem Stand der Wissenschaft klar empfohlen wird. Die S3-Polytrauma-Leitlinie, die Canadian C-Spine Rules und die NEXUS-Kriterien bieten wertvolle Richtlinien zur Beurteilung und Immobilisation dieser Patienten. Die Implementierung dieser evidenzbasierten Ansätze in der präklinischen Versorgung kann entscheidend zur Verbesserung der Patientensicherheit und der Behandlungsergebnisse beitragen.

Eine sorgfältige Abwägung der Risiken und Nutzen der Immobilisation ist unerlässlich, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten.

Quellen:

- „Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung S3-Leitlinie, Kapitel „Wirbelsäule“
https://register.awmf.org/assets/guidelines/187-0231_S3_Polytrauma-Schwerverletzten-Behandlung_2023-06.pdf
- Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 119, Heft 44
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/228257> Entscheidungshilfe-zur-praehospitalen-Wirbelsaeulenimmobilisation-(Immo-Ampel)
- Rettungsdienst Factsheets „Immobilisation: Ja oder Nein?“
- Notfallguru
<https://www.notfallguru.de/leitsymptome/trauma/ws#toc-einteilung-wirbelsaeule>
- Skript „Notfallmedizin“ - Medi.Know