

DGAInfo

Ausgangsbasis und Problemstellung

Teamarbeit im Operationsaal und auf der Intensivstation erfordert eine klare und konsistente Kommunikation. Gerade in der unmittelbar prä-, intra- und postoperativen Phase kommt es jedoch – u.a. wegen der zu diesem Zeitpunkt hohen Arbeitsbelastung von Ärzten und Pflegepersonal [1] – immer wieder zu Kommunikationsunterbrechungen [2]. Studien aus den USA zeigen, dass bis zu 65% der Fehler auf eine ungenügende Kommunikation zurückzuführen sind [3]. Sie entstehen aufgrund von Arbeitsunterbrechungen und Ablenkungen, vor allem bei Belastungsspitzen. Diese lassen sich nicht oder nur sehr begrenzt durch mehr Personal ausschließen. Bei einem Patienten, der die perioperative Phase durchläuft, erfolgen im Durchschnitt 2-3 Patientenübergaben (mindestens: Anästhesist im OP an den Arzt/die Pflegekräfte im Aufwachraum und Arzt/Pflegekräfte im Aufwachraum an Pflegekräfte auf der Station). Werden Patienten zu einem späteren Zeitpunkt am Tag operiert, sind oftmals sogar 3-4 Patientenübergaben (z.B. Ablösung durch Spätdienst/Schichtdienstwechsel etc.) erforderlich.

Besonderheiten bei der Patientenübergabe im Aufwachraum und auf der Intensivstation

Die Patientenübergaben im Aufwachraum und auf der Intensivstation sind hierbei wegen hoher Belastungsspitzen,

Empfehlung

Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR-Konzept*

zeitgleichen Aufnahmen mehrerer Patienten, gleichzeitiger Behandlung von Notfällen etc. besonders anfällig für Kommunikationsdefizite. Meist finden die Patientenübergabe mit dem Transfer von Information und der Anschluss des Patienten an das Monitoring gleichzeitig statt. Der Anschluss an das Monitoring mit anschließender Übergabe stellt die Ausnahme dar [4]. Vor allem Pflegekräfte sind bei der Übergabe oft mit dem Monitoring des Patienten beschäftigt, so dass sie sich nicht auf die eigentliche Übergabe konzentrieren können [5]. Die Einführung eines OP-Managements im Rahmen der heutigen Prozessoptimierung birgt das Risiko, den Zeitdruck (Starten des nächsten operativen Falls, gewünschte „Überlappungen“, kurze Naht-Schnittzeiten etc.) und somit auch eine unzureichende Übergabe in der Aufwachraumeinheit und auf der Intensivstation zu begünstigen.

Mögliche Ursachen einer unzureichenden Kommunikation

Ein gutes Kommunikationsverhalten kann Missverständnisse reduzieren. Voraussetzung hierfür ist, dass alle Teammitglieder die Grundlagen guter Kommunikation (Interaktion Sender-Empfänger und Übertragungsweg) kennen und sich folgender drei wesentlicher Fehlerquellen bewusst sind:

- **Probleme des Senders:** Sagt der Sender das, was er denkt, und entspricht das auch wirklich dem, was gemeint ist? Benutzt der Sender eine Sprache, die der Empfänger versteht?

* Beschluss des Engeren Präsidiums der DGA vom 09.11.2015.

Schlüsselwörter

Perioperative Versorgung – Interdisziplinäre Kommunikation – Interprofessionelle Beziehungen – Medizinische Fehler – Patientensicherheit – Strukturierte Übergabe

- **Probleme des Empfängers:** Was wurde gesagt, was hat der Empfänger verstanden? Die Gefahr von Fehlinterpretationen ist umso höher, je weniger konkret die vorliegenden Informationen sind.
- **Probleme des Übertragungsweges:** Jeder, der an der Kommunikation beteiligt ist, sollte sich fragen, ob für die jeweilige Information das richtige Übertragungsmedium und der richtige Gesprächspartner gewählt wurde.

Tabelle 1 zeigt weitere Faktoren, die eine strukturierte Übergabe maßgeblich negativ beeinflussen können. Hierbei handelt es sich um Rahmenbedingungen, die per se veränderbar bzw. verbesserbar sind.

Grundlage für eine strukturierte Übergabe: „Standard Operating Procedure“

Ein möglicher Lösungsansatz für eine verbesserte Kommunikation im Rahmen einer Patientenübergabe liegt in der Verwendung eines strukturierten Übergabeprotokolls im Sinne einer „Standard Operating Procedure“ (SOP). Die Verwendung eines geeigneten Protokolls kann die Häufigkeit von Behandlungsfehlern senken [6,7,8].

Das SBAR-Konzept

Die DGAI empfiehlt das sog. SBAR-Konzept zur Standardisierung der Patientenübergabe. Hierbei wird eine definierte, thematisch geordnete Reihenfolge für die Übermittlung von Informationen gemäß folgender Sequenz festgelegt:

- S** „Situation“
- B** „Background“
- A** „Assessment“
- R** „Recommendation“

Das Konzept wurde ursprünglich für Hochrisikobereiche bzw. Organisationen entwickelt mit dem Ziel, dort eine kurze, effektive und konsistente Übergabe von Informationen zu gewährleisten [2]. In der Folge wurde es auch im Gesundheitssystem eingeführt [3] und von der WHO zur Erhöhung der Patientensicherheit empfohlen [9].

Tabelle 1

Negative Einflussfaktoren für eine effektive Patientenübergabe.

Komplexe hierarchische Systeme
Angst/Drohungen behindern das Gefühl, frei sprechen zu können, mangelnder Blickkontakt
Geräuschpegel, Zeitdruck, sprachliche Barrieren, Ablenkung
Fehlende Standardisierung des Übergabe-Prozederes
Unzureichende Einarbeitung, fehlendes Verständnis für Fachtermini und Fremdwörter

Mehrere Studien zeigten bei Verwendung des SBAR-Konzepts eine signifikante Reduktion unerwarteter Todesfälle [10] und eine Verbesserung der Patientensicherheit [11].

Das SBAR-Konzept sollte als Methode zur Informationsweitergabe in der klinischen Routine einstudiert und so geübt werden, dass es auch in Stresssituationen anwendbar ist. Die standardisierte und strukturierte Kommunikation der Patientenübergabe erleichtert es den Beteiligten, sich auch unter schwierigsten Bedingungen den Informationsgehalt zu merken. Mit Hilfe des SBAR-Konzepts kann die Informationsvermittlung fehlerfreier und nach einigem Training auch schneller umgesetzt werden.

Das SBAR-Konzept ist sehr flexibel an unterschiedliche Rahmenbedingungen anpassbar und inhaltlich frei gestaltbar. Jede Einrichtung kann für sich definieren, welche Inhalte unter den vier Säulen des Konzepts hinterlegt werden. Sind Inhalte allerdings definiert, so gelten sie als verpflichtend für alle.

Nachfolgend ist beispielhaft das SBAR-Konzept dargestellt, wie es an der Klinik für Anaesthesiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München etabliert wurde (Abb. 1).

Strategien für eine effektive Umsetzung des SBAR-Konzepts

Wesentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Implementierung eines strukturierten Übergabekonzepts in einer Organisationseinheit sind – unabhängig von dessen spezifischen Inhalten – das Erkennen der Notwendigkeit einer solchen Maßnahme durch die Mitarbeiter sowie ein hohes Maß an Disziplin bei

der Umsetzung. Insbesondere Ärzten erscheint der für eine strukturierte Übergabe erforderliche Zeitaufwand oft als unnötig oder unsinnig. Besonders wichtig ist es daher, dass jeder Einzelne dazu angehalten wird, die entsprechende Gesprächsdisziplin nicht nur selbst einzuhalten, sondern auch von seinen Kolleginnen und Kollegen einzufordern.

Folgende Strategien können eine effektive Übergabe maßgeblich positiv beeinflussen (Tab. 2) (modifiziert nach Segall et al. [12]):

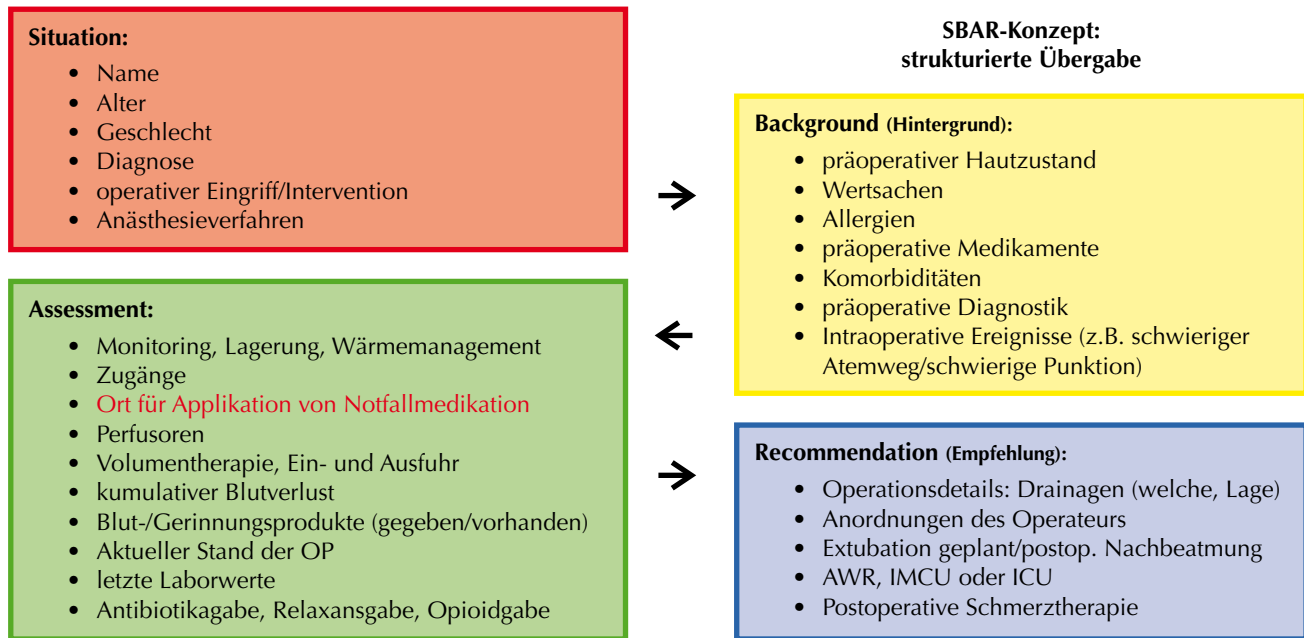
Tabelle 2

Vorbereitung des Monitorings, der Alarmgrenzen sowie der Ausstattung (Beatmung, Perfusoren etc.) vor Eintreffen des Patienten
Anwesenheit aller verantwortlichen Personen (Anästhesist, Aufwachraum/ Intensivarzt und entsprechendes Pflegepersonal) bei der Übergabe
Anschluss des Patienten an Therapie- und Überwachungsgeräte vor der Übergabe
Verwendung eines „sterilen Cockpits“: nur patientenspezifische professionelle Kommunikation. KEINE Privatgespräche, KEINE Unterbrechungen (nur Notfälle)
Es sollte nur einer sprechen während der Übergabe. Für anschließende Fragen sollte allen Beteiligten Zeit gewährt werden.
Regelmäßiges Team- und Übergabetraining mit Supervision

Die Einhaltung o.g. Strategien für die technische Durchführung der Übergabe ist neben der Definition ihrer Inhalte eine unverzichtbare Voraussetzung für eine erfolgreiche Implementierung des Konzepts.

Abbildung 1

SBAR-Konzept: strukturierte Übergabe (Kurzanleitung)



Inhalte und Sequenz der strukturierten Patientenübergabe nach dem SBAR-Konzept (Beispiel aus der Klinik für Anaesthesiologie der LMU München).

Literatur

1. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, et al: Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med* 2003;348:229-35
2. Randmaa M, Martensson G, Swenne CL, et al: SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 2014;4:1-8
3. (www.jointcommission.org/assets/1/6/2007_-_Annual_Report.pdf)
4. van Rensen EL, Groen ES, Numan SC, et al: Multitasking during patient handover in the recovery room. *Anesth Analg* 2012;115:1183-7
5. Nagpal K, Vats A, Lamb B, et al: Information transfer and communication in surgery: a systematic review. *Ann Surg* 2010;252:225-39
6. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R, et al: Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *N Engl J Med* 2014;371:1803-12
7. Weinger MB, Slagle JM, Kuntz AH, et al: A multimodal intervention improves postanesthesia care unit handovers. *Anesth Analg* 2015;121:957-71
8. Loeb RG, Sidney WA, Dekker MA: Postanesthesia care handovers: context and controversy around communication and consistency. *Anesth Analg* 2015;121:854-55
9. WHO Patient Safety Solutions. Volume 1, solution 3/May 2007. <http://www.refworks.com/refgrabit/rw2linkpage.aspx>. 2012
10. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, et al: SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation* 2013;84:1192-6
11. Velji K, Baker GR, Fancott C, et al: Effectiveness of an adapted SBAR communication tool for a rehabilitation setting. *Healthc Q* 2008;11:72-9
12. Segall N, Bonifacio AS, Schroeder RA, et al: Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesth Analg* 2012;115:102-5.

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. med. Vera von Dossow
E-Mail: vera.dossow@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Bernhard Zwißler
E-Mail: bernhard.zwißler@med.uni-muenchen.de

Klinik für Anaesthesiologie
Ludwig-Maximilians-Universität
München
Marchioninistraße 15
81377 München, Deutschland