

Intraoperative Patientenübergabe

Leitfaden für einen strukturierten Rapport

Michel Wespe

NDS HF Anästhesiepflege

Kurs H16

Klinik Hirslanden Zürich

Datum: 21.02.2018

Zusammenfassung

Diese Arbeit wurde im Rahmen des zweijährigen Nachdiplomstudium (NDS) zum diplomierten Experten Anästhesiepflege Höhere Fachschule (HF) verfasst. Das Thema wurde anhand einer Literaturrecherche unter Einbezug aktueller Fachliteratur (2012 bis 2017) bearbeitet.

Die Patientenübergabe ist nicht nur ein Transfer von Patienteninformationen, sondern es wird die Verantwortung sowie der Betreuungsauftrag weitergegeben. Dabei sollte dieses Prozedere als Möglichkeit genutzt werden um Prioritäten in der Behandlung zu definieren, Behandlungspläne zu antizipieren, Beobachtungen anzusprechen und Fragen zu stellen.

Patientenübergaben kommen im klinischen Alltag häufig vor und werden an vielen Kliniken und Spitälern ohne einheitliche Struktur durchgeführt. Als Schnittstelle im Behandlungsprozess sind sie eine potentielle Gefahr für einen Informationsverlust, welcher die Patientensicherheit massgeblich gefährden kann. Eine Standardisierung des Übergabeprozesses mit strukturiertem Inhalt erhöht nachweislich die Patientensicherheit und hat somit einen positiven Effekt auf das Outcome des Patienten. Die Standardisierung der Patientenübergabe kann durch die konsequente Anwendung von Informationsübergabekonzepten bzw. Modellen erreicht werden.

Derzeit gibt es zahlreiche Modelle¹, welche als Hilfsmittel für eine strukturierte Patientenübergabe verwendet werden können. Bekannte Informationsübergabemodelle wie das «Situation-Background-Assessment-Recommendation(SBAR)-Konzept» werden erfolgreich eingesetzt und von namhaften Organisationen wie z.B. der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlen. Das Modell der «Identität-Diagnosen-Eingriff-Anästhesieverlauf-Labor-Empfehlungen(IDEALE)-Übergabe» beinhaltet die gleichen Inhaltskriterien wie das «SBAR-Konzept», weist jedoch eine Struktur auf, welche anästhesierelevante Informationen stärker gewichtet und eignet sich deshalb speziell für die Anwendung im intraoperativen Setting. Daneben finden sich in der Fachliteratur auch weitere Werkzeuge für die intraoperative Patientenübergabe, wie z.B. die in dieser Arbeit vorgestellte «Elektronische Checkliste».

Im Rahmen des Praxistransfers wird die «IDEALE-Übergabe» spezifisch für die intraoperative Patientenübergabe angepasst. Dieses kreierte Modell dient dem Autor dieser Arbeit als Hilfestellung in der Praxis für das strukturierte Rapportieren bei einer intraoperativen Patientenübergabe.

Abschliessend wird kurz dargestellt, dass Modelle für die Patientenübergabe bei der Anwendung im Praxisalltag mit weiteren Problemen konfrontiert werden und so an ihre Grenzen stossen. Die Implementierung stellt eine der grössten Herausforderung dar, welche personelle und finanzielle Ressourcen benötigt. Ferner sind Störfaktoren wie z.B. der Geräuschpegel, interpersonelle Konflikte oder Zeitdruck hinderlich bei der Kommunikation von relevanten Patientendaten.

¹ Das Wort «Modell» wird im Kontext dieser Arbeit als Überbegriff verwendet und darunter die Begriffe «Konzept», «Checkliste» und «Leitfaden» zusammengefasst.

Inhaltsverzeichnis

1 Aufbau der Diplomarbeit1
 1.1 Persönliche Ausgangslage und Zielsetzung der Diplomarbeit..... 1
 1.2 Fragestellungen 1
 1.3 Abgrenzung..... 1
 1.4 Methode 2
 2 Einleitung.....2
 2.1 Patientenübergabe - eine gefährliche Sache?..... 2
 2.2 Die Patientenübergabe und wie sie definiert wird 2
 2.3 Patientenübergabe als Rapport verstehen 3
 2.4 Warum Modelle hilfreich sind 3
 3 Modelle für einen strukturierten Patientenübergaberapport.....4
 3.1 Das «SBAR-Konzept» 4
 3.2 Elektronische Checkliste für die intraoperative Patientenübergabe 6
 3.3 Die «IDEALE-Übergabe» 6
 4 Diskussion – Reflexionen über die vorgestellten Modelle7
 4.1 Das «SBAR-Konzept» 8
 4.2 Das Modell der «IDEALE-Übergabe» 8
 4.3 Die elektronische Checkliste 9
 4.4 Welches Modell empfiehlt sich für die Praxis?.....10
 5 Praxistransfer10
 5.1 Anpassungen der «IDEALE-Übergabe».....10
 5.2 Implementierung und Grenzen der Modelle14
 6 Schlussfolgerung.....15
 6.1 Zielsetzungen und Konsequenzen für die Praxis15

Literaturverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Anhang

Selbständigkeitserklärung

Veröffentlichung und Verfügungsrecht

1 Aufbau der Diplomarbeit

1.1 Persönliche Ausgangslage und Zielsetzung der Diplomarbeit

Ein vollständiger Rapport bei der Patientenübergabe bildet die Basis für eine hohe Pflegequalität und ein wichtiger Bestandteil für die Wahrung der Patientensicherheit bei der Weiterbetreuung des Patienten. Diese Erkenntnis hatte ich bereits, als ich vor dem NDS in der Funktion als Pflegefachmann HF im Aufwachraum arbeitete. Der Inhalt sowie die Struktur der postoperativen Patientenübergaben variierten stark und waren abhängig von der Fachperson, welche für die Übergabe verantwortlich war.

Diesem Zustand der Variabilität begegne ich als angehender Dipl. Experte Anästhesiepflege erneut im intraoperativem Setting. Oft bekomme ich sehr kurze Rapporte, welche mit allgemeinen Ausdrücken geschmückt werden; «Es ist eine problemlose Larynxmaske», «Das ist eine ruhige Gasnarkose ohne Zwischenfälle» oder «seit Beginn eine stabile Tubus-Narkose unter Propofol». Auch wird oft erwähnt, dass alles Wichtige schriftlich notiert sei. In längeren Rapporten wird teilweise auch abgeschweift und Details über die Charaktereigenschaften, den Beruf oder die Hobbies des Patienten erzählt. Gegenwärtig erkenne ich in den aktuellen Patientenübergaben keine einheitlich strukturierte Vorgehensweise. Form und Umfang nehme ich als individuell wahr.

Als ich zu Beginn meiner Ausbildung zum Dipl. Experten Anästhesiepflege zum ersten Mal einen Patienten in Narkose an einen Berufskollegen übergab, wusste ich selbst nicht genau, welche Prioritäten in der Berichterstattung lagen. Unbeholfen las ich das Anästhesieverordnungsblatt vor ohne dabei einer Struktur zu folgen. Ich fühlte mich dabei unsicher und machte mir Sorgen, dass ich wichtige Informationen in meinem Rapport vergessen hatte.

In den Hausinternen Richtlinien der Klinik Hirslanden habe ich in der Folge keinen Standard oder Leitfaden gefunden, an dem ich mich für zukünftige Patientenübergaben orientieren konnte. Aus diesem Grund habe ich mich entschieden, mich mit dieser Thematik detaillierter auseinanderzusetzen, mein Wissen darin zu vertiefen um zukünftig einen strukturierten Patientenübergaberapport an meine Berufskollegen abgeben zu können. Die Diplomarbeit im Rahmen des NDS soll mir dabei helfen. Ziel der Arbeit ist es, aus der gegenwärtigen Literatur ein Modell zu erarbeiten, welches mir hilft, einen strukturierten intraoperativen Patientenübergaberapport durchzuführen.

1.2 Fragestellungen

- *Welche Modelle können als Hilfsmittel eingesetzt werden um einen strukturierten intraoperativen Patientenübergaberapport durchzuführen?*
- *Nach welchen inhaltlichen Kriterien kann sich ein intraoperativ durchgeführter Patientenübergaberapport gliedern?*

1.3 Abgrenzung

In dieser Arbeit wird der Fokus auf den mündlichen intraoperativen Patientenübergaberapport gerichtet. Aus drei vorgestellten Modellen, welche für den intraoperativen Bereich anwendbar sind, wird ein Modell für die weitere Bearbeitung herangezogen und im Rahmen des Praxistransfers bearbeitet. Dabei wird Priorität auf die Struktur und den Inhalt eines intraoperativen Rapportes bei elektiven Eingriffen gelegt.

Auf Grund der Lesefreundlichkeit wird in dieser Diplomarbeit die männliche Schreibform verwendet. Diese Arbeit ist jedoch nicht geschlechtsspezifisch und richtet sich gleichberechtigt an beide Geschlechter.

1.4 Methode

Die Fragestellung wurde anhand einer Literaturrecherche bearbeitet. In den Datenbanken Pubmed, Cochrane Library und der Careum Bibliothek wurde mit folgenden Suchbegriffen nach Artikeln und Buchauszügen gesucht: «Patientenübergabe», «intraoperative Patientenübergabe», «Handoff», «Perioperative Handover», «SBAR». Die Ergebnisse dieser Suche werden im ersten Teil der Arbeit präsentiert. Der Praxistransfer gestaltet sich aus dem erworbenen Wissen der erarbeiteten Literatur dieser Arbeit sowie aus subjektiven Gedankenansätzen des Autors unter Einbezug der bisher gemachten Praxiserfahrung.

2 Einleitung

2.1 Patientenübergabe - eine gefährliche Sache?

In der perioperativen Phase durchläuft ein Patient zwei bis drei Übergaben, bei welcher das Betreuungspersonal wechselt. An späteren Zeitpunkten des Tages kann diese Anzahl sogar noch zunehmen. Die Patientenübergabe stellt dabei eine Unterbrechung des Betreuungsprozesses dar und ist somit ein potentiell Leck für einen Informationsverlust (Hecht, 2016). Das Risiko für ein unerwünschtes postoperatives Ergebnis bis hin zur Mortalität kann dabei um 7% pro Patientenübergabe zunehmen (Dutton, 2014). Kitney et al. (2017) schreiben dazu, dass eine unvollständige Patientenübergabe nicht nur eine Verschwendung von Ressourcen darstellt, sondern als einer der wichtigsten Faktoren identifiziert wurde, welcher zu ernsthaften Komplikationen führt und den Patienten so direkt schaden kann. Die amerikanische Akkreditierungsorganisation «The Joint Commission (TJC)» geht sogar davon aus, dass bis zu 80% der schweren unerwünschten Ereignisse im Krankenhaus auf Übergabefehler zurückzuführen sind (Deubs, Grundmann & Heilberger, 2017).

Merkel, Dossow & Zwissler (2017) legen dar, dass Fehler in der Kommunikation in 65% der schweren Zwischenfälle im medizinischen Sektor als beitragender Faktor nachgewiesen wurde. Die Art sowie das Ausmass einer Patientenübergabe variierten in allen Fachgebieten der Medizin. Diese unstrukturierte Kommunikation trage zu einem erhöhten Risiko für Zwischenfälle bei.

Auch Rosenthal, Balzer, Boemke & Spies (2013) schreiben, dass die hohe Variabilität bei einer Patientenübergabe ein hohes Potential für Fehler mit sich führt. Zudem fehlten in vielen Kliniken Richtlinien für eine strukturierte Patientenübergabe. So gaben in einer Umfrage in Grossbritannien, unter 239 Anästhesisten, gerade einmal 14% an, dass Richtlinien für die intraoperative Patientenübergabe vorhanden seien.

Eine Patientenübergabe kommt nicht nur häufig im perioperativen Kontext vor, sondern ist eine Schnittstelle im Betreuungsprozess und stellt ein Sicherheitsrisiko für den Patienten dar. Zudem wird eine Patientenübergabe derzeit an vielen Kliniken ohne Richtlinien durchgeführt und ist somit von individuellem Charakter geprägt. Doch was ist eigentlich genau eine Patientenübergabe?

2.2 Die Patientenübergabe und wie sie definiert wird

Kitney et al. (2017) definieren die Patientenübergabe im perioperativen Kontext als Transfer von Patienteninformationen während Nagpal et al. (2013) die Weitergabe der Verantwortung in ihrer Definition miteinschliessen. Die Patientenübergabe sei ein Transfer von professioneller Verantwortlichkeit für einige oder alle Aspekte, welche die Versorgung

eines oder einer Gruppe von Patienten gewährleistet.² Diese Verantwortlichkeit könne auf einer temporären oder permanenten Basis bestehen. In weiteren Definitionen wird im Sinne der Patientenübergabe die gesamten Aspekte der «Behandlung» des Patienten weitergegeben (Merkel et al., 2017).

Demzufolge handelt es sich bei einer Patientenübergabe nicht nur um die Übermittlung von Informationen, sondern es wird der Behandlungsauftrag sowie die Verantwortung an eine andere Person oder an eine Gruppe von Personen weitergegeben. Unter Dipl. Experten Anästhesiepflege bedeutet dies, dass sie sich bei einer Patientenübergabe innerhalb ihrer Berufsgruppe die Verantwortung für den Betreuungsauftrag des Patienten weitergeben. Weil die Durchführung einer Anästhesie grundsätzlich eine ärztliche Tätigkeit ist, bleibt der zuständige Anästhesie-Facharzt hauptverantwortlich für den Patienten in Bezug auf die Anästhesie (Chevalley et al., 2012).

Wird die Patientenübergabe jedoch wie oben dargestellt definiert, erscheint sie einseitig bzw. eindimensional. Die Person, welche die mündliche Patientenübergabe durchführt, übergibt dem Empfänger die Informationen, die Verantwortung und den Betreuungsauftrag. Doch bleibt der Empfänger während der Übergabe passiv und übernimmt erst nach vollendeter Übergabe seine Zuständigkeit wahr?

2.3 Patientenübergabe als Rapport verstehen

Im Duden (2017) wird das Wort «Rapport» nicht nur als Meldung bzw. Bericht definiert. In den Wurzeln des Wortes fliesst der Charakter einer Wechselbeziehung oder Verbindung mit ein. Während in der Definition von der Patientenübergabe von Kitney et al. (2017) die Übermittlung von Daten im Vordergrund steht, liegt in der Bedeutung des Terminus «Rapport» auch die Komponente einer Wechselwirkung. Nagpal et al. (2013) beschreiben dieses Verhältnis vom Geber und dem Empfänger einer Patientenübergabe sehr passend. Ihnen zu Folge sei eine Patientenübergabe als interaktive Kommunikation charakterisiert, welche die Möglichkeit für Fragen offenhalte.

Genau bei diesem Charaktermerkmal hebt sich die mündliche Übergabe von einer schriftlichen ab. Bei der mündlichen Übergabe kann beim Rapportierenden direkt nachgefragt werden, sobald Unklarheiten auftauchen. Ferner hilft ein mündlicher Rapport, im Dialog mit dem Empfänger, dass Prioritäten in der Behandlung des Patienten besser erkannt werden. Ein weiterer Vorteil bei der mündlichen Übergabe ist, dass zukünftige Behandlungspläne besser antizipiert werden können (Rose & Newman, 2016).

Dem Empfänger einer mündlich durchgeführten Patientenübergabe wird somit eine aktive Rolle zugeschrieben. Er sollte die Gelegenheit haben, sich aktiv einzubringen um Beobachtungen anzusprechen oder Fragen zu stellen. Somit ist ein Übergaberapport eine mehrdimensionale Angelegenheit. Durch die Dialogmöglichkeit, Prioritätensetzung und die Planung von zukünftigen Behandlungsansätzen erhält ein mündlicher Patientenübergaberapport einen hohen Stellenwert. Wie können nun Modelle diesen Prozess unterstützen?

2.4 Warum Modelle hilfreich sind

Ursprünglich stammen Modelle für die strukturierte Informationsübergabe aus Hochrisikobereichen wie der Luft- und Raumfahrtindustrie. Weil aber festgelegte Regeln in der Kommunikation überall dort essenziell sind, wo in kurzer Zeit lebenswichtige Entscheidungen getroffen werden müssen, sind Informationsübergabemodelle nicht nur im Flugzeug-Cockpit nötig, sondern auch rund um den Operationssaal (Koch, 2016). Die WHO hat in diesem Sinn den perioperativen Bereich als Hochrisikobereich anerkannt und fordert

² Sinngemässe Übersetzung aus dem Englischen durch den Autor: Das Wort „Care“ wurde für diese Definition mit dem Wort „Versorgung“ übersetzt.

bereits seit 2005 ein Übergabekonzept, welches bei der vollständigen und strukturierten Wiedergabe von Patienteninformationen behilflich ist (Merkel et al., 2017). Ein erfolgreiches Paradebeispiel bei der strukturierten Informationsweitergabe ist die «Safe Surgery Saves Live» Initiative der WHO. Die perioperative Checkliste, welche aus der Initiative entstanden ist, trägt nachweislich dazu bei, die Inzidenz von schweren Komplikationen zu senken (Rosenthal et al., 2013).

Die Senkung von Risiken sollte im Sinne des patientenorientierten Denkens das Ziel verfolgen, primär die Patientensicherheit zu erhöhen. Genau an diesem Argument knüpft Koch (2016) an. Ihr zufolge nehme die Patientensicherheit in der Anästhesiologie eine zentrale Priorität ein und könne durch die Anwendung von Modellen für die Informationsweitergabe erhöht werden.

In einer prospektiven Interventionsstudie von Starmer et al. (2014) wurde die Wirksamkeit einer strukturierten Informationsübergabe anhand der Einführung eines Patientenübergabeprogrammes überprüft. Unter anderem wurden 14 geforderte Elemente einer «guten Übergabe» definiert und ein Modell als Hilfsmittel angewendet um die mündliche Patientenübergabe strukturiert durchführen zu können. Insgesamt wurden Daten von 10740 Patienten in der Studie aufgenommen und 2281 mündliche Patientenübergaben ausgewertet. Nach der Interventionsphase nahm die Bearbeitung der 14 definierten Schlüssel-Elemente signifikant zu und die Rate in Behandlungsfehlern um 23% ab während die benötigte Zeit für die Patientenübergabe sich kaum änderte (2,4 vor versus 2,5 Minuten nach der Interventionsphase pro Patient und Übergabe).

Neben der Senkung der Patientenmorbidity dokumentieren Merkel et al. (2017) noch weitere positive Effekte einer standardisierten Patientenübergabe. Gemäss den Autoren steigern diese nicht nur die Effizienz, sondern auch die Mitarbeiterzufriedenheit.

Für die Standardisierung der Patientenübergabe bilden Modelle die Basis und helfen dabei, Informationen zu strukturieren und diese auf eine effiziente Art und Weise zu rapportieren. Doch wie sollte eine Patientenübergabe überhaupt durchgeführt werden? Vor dieser Frage stehen nicht nur Assistenzärzte, welche gemäss Hecht (2016) die ersten Patientenübergaben ohne theoretische Stütze aus dem Studium in der Praxis üben. Auch im Lehrplan des NDS zum Dipl. Experten Anästhesiepflege der Schweiz ist kein Unterricht zu diesem Thema vorgesehen. Hecht (2016) beschreibt, dass die Herausforderung einer Übergabe darin besteht, dass aus einer Vielzahl von Informationen eine Auswahl getroffen werden muss, die sich innerhalb weniger Minuten wiedergeben lässt. Im folgenden Teil dieser Arbeit werden drei Modelle aus der Fachliteratur präsentiert, welche als Hilfsmittel angewendet werden können um eine Patientenübergabe strukturiert durchzuführen.

3 Modelle für einen strukturierten Patientenübergaberapport

3.1 Das «SBAR-Konzept»

Das Akronym «SBAR» gliedert sich in die folgenden vier Themengebiete, welche als Orientierung für die standardisierte Berichterstattung von Informationen dient (Dossow & Zwissler, 2016).

S steht dabei für «Situation», das **B** steht für «Background», **A** für «Assessment» und **R** für «Recommendation».

Übertragen auf das perioperative Setting publizierte Hecht (2016) folgenden Vorschlag eines adaptierten «SBAR-Konzeptes». Dieses werde in dieser Form in der Klinik für Anästhesiologie der Ludwig Maximilian Universität (LMU) München eingesetzt. Im Folgenden wird auf diese Ausarbeitung des SBAR-Konzeptes Bezug genommen.

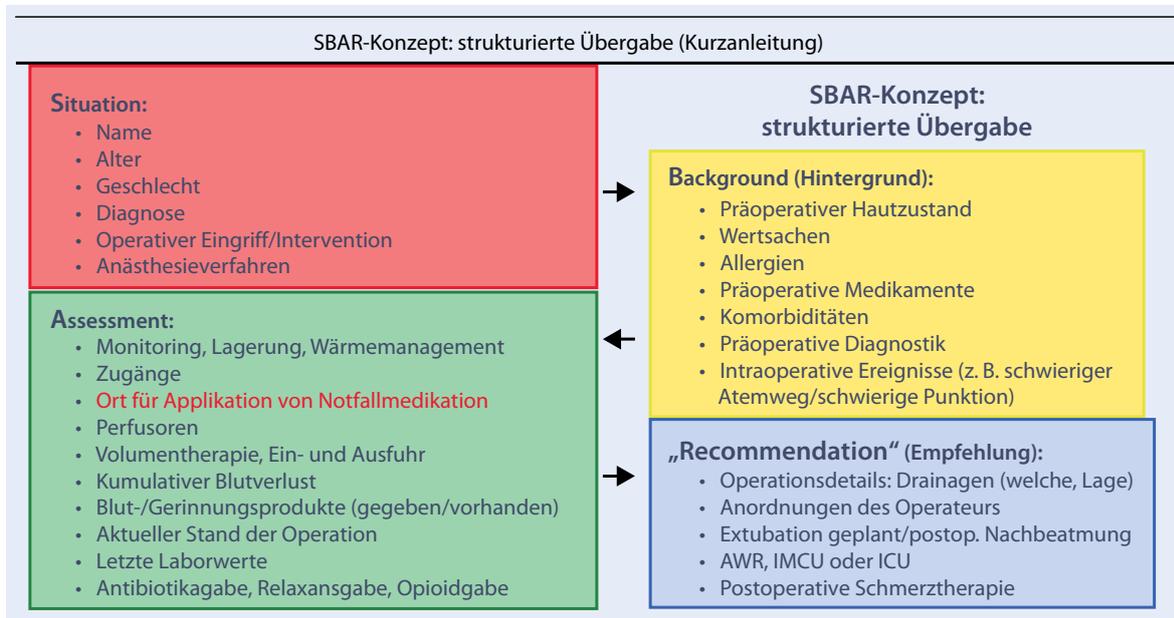


Abbildung 1, Hecht, J. (2016)

Im ersten Themengebiet «**Situation**» wird die aktuelle Situation aufgezeigt. Dabei wird die Identität des Patienten angegeben sowie das Alter, Geschlecht, die aktuelle Diagnose und im intraoperativen Setting die laufende Operation und das Anästhesieverfahren.

Unter der Rubrik «**Background**» werden Hintergrundinformationen rapportiert. Dazu gehören Informationen aus dem präoperativen Bereich wie z.B. der Hautzustand, Wertsachen, der Allergiestatus, die Prämedikation, Komorbiditäten und die Diagnostik. Weiter können in dieser Sequenz intraoperative Ereignisse wie z.B. Schwierigkeiten beim Atemwegsmanagement oder bei Punktionen erwähnt werden.

Beim Thema «**Assessment**» wird die aktuelle Situation genauer geprüft und im Sinne von «to assess» beurteilt und bewertet. Dabei werden die Installationen am Patienten aufgezeigt wie das Monitoring, Perfusoren, Zugänge und insbesondere der Applikationsort für Notfallmedikamente. Auch die Lagerung und das Wärmemanagement können zu dieser Gruppe gezählt werden. Ferner werden das Volumenmanagement, kumulativer Blutverlust, das Gerinnungsmanagement sowie der letzte Laborwert aufgezeigt. Der aktuelle Stand der Operation und eine Orientierung bezüglich der zuletzt verabreichten Medikamente wie auch die Antibiotikagabe können in dieser Sequenz evaluiert werden.

Im letzten Bereich «**Recommendation**» werden Empfehlungen ausgesprochen. Dabei handelt es sich einerseits um Verordnungen bzw. Anordnungen des Operateurs wie z.B. der Umgang mit Drainagen, jedoch auch um das anästhesiologisch geplante Procedere wie z.B. der Zeitpunkt der Extubation, postoperativer Verlegungsort oder das postoperative Schmerzmanagement.

In der Literatur lassen sich zudem erweiterte Formen des «SBAR-Konzeptes» finden, wie z.B. das sogenannte «ISBAR-Konzept». Dabei wird das Akronym um den Buchstaben «I» erweitert. Dieser steht für die Sequenz «Identität». Somit werden die Informationen der Identität des Patienten aus dem Cluster «Situation» gelöst und einzeln dargestellt. Im

Folgendes wird jedoch der Einfachheit halber nur auf die ursprüngliche «SBAR-Version» eingegangen (Kitney et al., 2017).

3.2 Elektronische Checkliste für die intraoperative Patientenübergabe

Debus et al. (2017) publizierten ein Modell für die intraoperative Patientenübergabe, welches als Checkliste ausgearbeitet wurde. Dieses ist spezifisch für die anästhesiologische Berufsgruppe kreiert worden. Es handelt sich dabei um eine modifizierte Form einer elektronischen Checkliste, welche 2015 in einer prospektiven Beobachtungsstudie im General Massachusetts Hospital in Boston erfolgreich eingesetzt wurde (Agarwala, Firth, Albrecht, Warren & Musch, 2015). Diese wird im Folgenden vorgestellt.

<p>Checkliste zur intraoperativen Übergabe des Patienten von Anästhesie → Anästhesie</p> <p>Beobachtungsbewertung Datum: _____ Uhrzeit: _____ Operationssaal: _____ Übergabe von (Name): _____ zu (Name): _____</p> <p>Allgemeine Informationen Alter: _____ Geschlecht: _____ Gewicht: _____ Art des Eingriffes: _____ Grössere medizinische Probleme in Vorgeschichte: _____ Präoperative Medikation: _____ Allergien: _____</p> <p>Einleitung Einleitung mit (Medikation): _____ Management der Luftwege: leicht/schwer: _____ Spatelgrösse/Blick/Grösse Endotrachealtubus: _____</p> <p>Intraoperativer Verlauf <i>Anästhesieaufrechterhaltung</i> Anästhetika (Isofluran/Sevofluran/Propofol/Remifentanyl): _____ Muskelrelaxanzien (Cisatracurium, Vecuronium, Rocuronium): _____ Schmerzmittel (Fentanyl, Dilaudid, Morphin, Toradol): _____ Pressoren: _____ Antiemetika: _____ Zugänge: _____ geschätzter Blutverlust: _____ Urinausscheidung: _____ Flüssigkeitszufuhr: _____ Blut: _____</p> <p><i>Operativer Verlauf</i> Probleme: _____ Antibiotika und andere ausstehende Medikamente: _____ Potentielle Besorgnisse: _____</p> <p>Postoperativer Plan (Einschliesslich Frage der Regionalanästhesie): _____</p> <p>Vorstellung des ablösenden Anästhesisten beim Operationsteam: _____</p>

Abbildung 2, Debus et al. (2017)

Diese dargestellte Checkliste wurde in der Originalversion als elektronisches Hilfsmittel für die intraoperative Patientenübergabe angeboten. Nachdem alle Felder ausgefüllt wurden, änderte sich die Hintergrundfarbe um die Vollständigkeit zu visualisieren (Agarwala et al., 2015).

3.3 Die «IDEALE-Übergabe»

Hölz, Zinsmeister & Forst (2017) publizierten das Modell «IDEALE-Übergabe», welches in der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin in Augsburg entwickelt wurde und erfolgreich eingesetzt wird. Das Wort «IDEALE» dient dabei als Akronym und bedeutet

folgendes: **I** = Identität, **D** = Diagnose, **E** = Eingriff, **A** = Anästhesieverlauf, **L** = Labor und **E** = Empfehlungen. Der Anästhesieverlauf wird durch die weitere Merkhilfe «ABCDE» gegliedert. Diese Merkhilfe lehnt an das «Advanced-Trauma-Life-Support(ATLS)-Konzept» an. Dieses Konzept wird laut Stock (2013) als Algorithmus in präklinischen Notfallsituationen angewendet gemäss der These «treat first what kills first». Analog wird dies auch in der Anästhesie zur Prioritätensetzung angewendet. Wie in Abbildung 3 dargestellt, wurde das «ABCDE» mit vorgeschlagenen Inhalten aus dem intraoperativen Setting sowie dem Buchstaben «I» für «Infektionen» ergänzt.

Identität	Name, Alter
Diagnosen	und relevante Komorbiditäten, Allergien
Eingriff	
Anästhesieverlauf	
Atemweg	z. B. ITN/Larynxmaske/Regionalverfahren, ggf. erschwerte Intubation
Beatmung	z. B. Probleme, Antagonisierung, Muskelrelaxanzien
Circulation	Blutverlust, Bluttransfusion, Volumenstatus, Gerinnung, Zugänge, Perfusoren
Defizite	z. B. präop. Vigilanzminderung, Hemiparese
Environment	Temperatur, ggf. Dekubitus
(I)nfektion,	antibiotische Therapie, mikrobiologische Befunde
Labor	Hb, Gerinnung, Elektrolyte, eingekreuzte Erythrozytenkonzentrate
Empfehlung	
	Operateur z. B. Drainagen, Schiene, Heparinabgabe ...
	Anästhesist z. B. Repetitionsabgabe Antibiotikum, PCA, verlängerte Überwachungsg. Antagonisierung ...

Abbildung 3, Hölz et al. (2017)

4 Diskussion – Reflexionen über die vorgestellten Modelle

Im folgenden Kapitel werden die vorgestellten Modelle miteinander verglichen. Auf sämtliche Unterschiede der inhaltlichen Kriterien wird nicht eingegangen. Im Anhang findet sich dazu eine erstellte Tabelle.

Gemäss Rosenthal et al. (2013) gibt es zwei Möglichkeiten bei der Standardisierung der Patientenübergabe. Der eine Ansatz bestehe darin, ein Protokoll für eine klinische Situation zu entwickeln. Bei dieser Art werde der Inhalt sowie die Reihenfolge der Übergabeinformation festgelegt. Somit entspräche diese Form am ehesten einer Checkliste. Bei der zweiten Möglichkeit werde ein Gerüst als Struktur für die Themen vorgegeben sowie die Reihenfolge, wie diese wiedergegeben werden. Vorschriften zu dem spezifischen Inhalt fehlten jedoch bei dieser Variante. Oft werden bei dieser zweiten Form als Merkhilfe Akronyme oder Mnemonics, d.h. Gedächtnisstützen durch einen Merkspruch, eingesetzt (Merkel et al., 2017).

4.1 Das «SBAR-Konzept»

ist das bekannteste Instrument, welches für einen intraoperativen Patientenübergaberapport verwendet werden kann und zählt zu der letzteren Form, bei welcher ein Gerüst für die Struktur vorgegeben wird. Bereits im Jahr 2007 wurde das «SBAR-Konzept» von der WHO empfohlen, da es nachweislich die Patientensicherheit erhöht (Hecht, 2016).

Weil das Konzept als flexibles Modell verstanden wird, hat es den Vorteil, dass es fachübergreifend in einer Vielzahl von Disziplinen eingesetzt werden kann. Somit wäre z.B. auch ein Übergaberapport mit «SBAR» von der Stationspflege zur Physiotherapie denkbar (Hecht, 2016). Diese Flexibilität hat jedoch auch den Nachteil, dass dieses Konzept für den spezifisch intraoperativen Einsatz mit selbst gewähltem Inhalt versehen werden muss. Somit kann ein intraoperativer Patientenübergaberapport mit «SBAR» sehr individuell gestaltet werden, was sich wiederum nachteilig auf die Standardisierung auswirken kann.

Die Inhalte, welche an der Klinik für Anästhesiologie der LMU München für das «SBAR-Konzept» vorgeschlagen werden, belaufen sich insgesamt auf 28 Unterthemen, welche in den vier Hauptcluster (Situation, Background, Assessment und Recommendations) aufgeteilt werden. Für einen intraoperativen Patientenübergaberapport ist das eine beträchtliche Anzahl. Dies führte z.B. an der Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin in Augsburg dazu, dass sich nach Einführung des «SBAR-Konzeptes» viele Mitarbeiter ohne Zuhilfenahme schriftlicher Anweisungen nicht zurechtfinden (Hölz et al., 2017).

Das Akronym «SBAR» hat per se keine nachvollziehbare Bedeutung. Mit der Ausschreibung des Akronyms würden weitere Anglizismen in den Sprachgebrauch des deutschsprechenden Personals in Schweizer Spitälern Einzug halten. Dies könnte zu Aversionen seitens des Anästhesiepersonals führen und eine Implementierung des Konzeptes erschweren (Hölz et al., 2017).

In der Gegenüberstellung der Inhalte der vorgestellten Modelle (Tabelle im Anhang) sind folgende Inhalte ausschliesslich im «SBAR-Konzept» zu finden: Wertsachen, Präoperative Diagnostik, Monitoring, Ort für die Applikation von Notfallmedikamente, Aktueller Stand der Operation, Geplante Extubation bzw. Nachbeatmung. Das Flüssigkeitsmanagement wird mit dem Untertitel «Ein- und Ausfuhr» subsumiert. Gerade der «Stand der Operation» ist für die intraoperative Patientenübergabe eine wichtige Information, damit ggf. z.B. der Analgetikabedarf abgeschätzt werden kann.

4.2 Das Modell der «IDEALE-Übergabe»

gehört wie das «SBAR-Konzept» zu der «Gerüst-Variante», bei der die Themen und Reihenfolge vorgegeben sind, jedoch Spielraum für den konkreten Inhalt offen lässt. Im Unterschied zum «SBAR-Konzept» dient das Mnemonic «IDEALE» als sinngemässer Ausdruck im deutschen Sprachraum mit positivem Flair. Zudem arbeitet das Modell mit der «ABCDE»-Merkmethode, welche zwar Anglizismen beinhaltet jedoch in der Anästhesie bereits beste Bekanntheit genießt. Durch die Eingliederung eines zweiten Mnemonics wird der Inhalt strukturierter und könnte sich so auf die einheitliche Anwendung positiv auswirken.

Gemäss den Autoren werden in diesem Modell alle im «SBAR-Konzept» benannten Inhalte berücksichtigt. Diese Aussage versuche ich in der folgenden Tabelle darzustellen. Dabei werden die vier Hauptcluster des «SBAR-Konzeptes» aufgeführt und aufgezeigt, in welchen Bereichen diese im Modell der «IDEALE-Übergabe» zu finden sind.

Hauptcluster «SBAR-Konzept»	Inhalte in der «IDEALE-Übergabe»
Situation	Identität, Diagnose, Eingriff und Anästhesieverlauf
Background	Diagnosen (Komorbiditäten, Allergien), Atemweg und Beatmung (erschwerter Intubation, Probleme), Defizite (Präoperative Vigilanzminderung), Environment (Dekubitus), Labor (Präoperative Diagnostik, Gerinnung)
Assessment	«ABCDE(I)-Schema», Labor, Empfehlungen (Antibiotikagabe)
Recommendation	Empfehlungen

Abbildung 4, Michel Wespe (2018)

Die Inhalte der «IDEALE-Übergabe» lassen sich somit auch innerhalb der vier Sequenzen des «SBAR-Konzeptes» wiedergeben. Jedoch sind die genauen Inhalte der Modelle unterschiedlich und somit sind nicht alle Inhaltsvorschläge des «SBAR-Konzeptes» in der «IDEALE-Übergabe» zu finden. Beispielsweise finden sich die Themen Präoperative Vigilanzminderung oder die Antagonisierung nicht im «SBAR-Konzept».

Die Themenbereiche, welche sich aus dem Merkwort «IDEALE» gliedern sind insgesamt sechs und übersteigen somit das «SBAR-Konzept» um zwei weitere Gruppierungen. Zudem ist der Anästhesieverlauf in weitere sechs Unterthemen unterteilt («ABCDE(I)»). Das Modell könnte so auf den ersten Blick anspruchsvoller wirken. Im Unterschied zum «SBAR-Konzept» müssen die jeweiligen Themengruppen nicht mit zahlreichen Inhalten belegt werden. Die 28 Unterthemen im vorgestellten «SBAR-Konzept» müssen ohne Merkhilfe als Anfangsbuchstaben memorisiert werden, was sich gemäss Hölz et al. (2017) ohne Zuhilfenahme eines schriftlichen Leitfadens als sehr schwierig erweist.

Zusammenfassend ist die «IDEALE-Übergabe» ein Modell, welches sich an dem empfohlenen «SBAR-Konzept» orientiert, jedoch gezielt auf die anästhesierelevanten Themen im intraoperativen Kontext angepasst werden kann. Weil unter dem «ABCDE-Schema» viele Möglichkeiten bestehen, auf anästhesierelevante Besonderheiten einzugehen, ist dieses Modell für den intraoperativen Einsatz attraktiv gestaltet.

4.3 Die elektronische Checkliste

von Debus et al. (2017) kommt im Gegensatz zum «SBAR-Konzept» und der «IDEALE-Übergabe» ohne englische Begriffe aus. Diese Checkliste wurde spezifisch für das intraoperative Setting kreiert und ist im Unterschied zu der «Gerüst-Variante» nicht nur ein Modell, sondern eine richtige Auflistung, welche abgearbeitet werden muss und zählt somit zur Kategorie eines Protokolls (Rosenthal et al., 2013).

Somit werden die Inhalte der Übergabe nicht nur mündlich wiedergegeben, sondern strukturiert anhand der Checkliste abgearbeitet und gleichzeitig schriftlich dokumentiert. Der Geber sowie der Empfänger der Patientenübergabe werden namentlich dokumentiert, was sich vorteilhaft auf die Compliance auswirken könnte, weil beide Parteien mit ihren Namen Verantwortung bekunden. Tatsächlich kam es in der prospektiven Beobachtungsstudie von Agarwala et al. (2015) unter Verwendung dieser elektronischen Checkliste zu einer signifikanten Steigerung der Informationszuverlässigkeit. Beispielsweise wurden in 46% der Patientenübergaben das Thema Antiemetika rapportiert während dies vor Einführung der Checkliste gerade einmal in 15% der Übergaben angesprochen wurde.

Auffallend ist, dass im Themengebiet «Identität» der Name des Patienten keine Erwähnung findet, was jedoch zur Identifizierung des Patienten eine wichtige Rolle spielt. Das Gewicht wird erwähnt, was in der Anästhesie als Dosierungshilfe für die Medikamente wie z.B. die intravenös verabreichten Opioide genutzt werden könnte. Es ist eine Rubrik mit

«potentielle Besorgnisse» aufgeführt, was helfen könnte, Prioritäten in der Patientenübergabe zu benennen.

Trotzdem könnte die Patientenübergabe in dieser Art und Weise vor allem dokumentarisch auf elektronischem Weg stattfinden. Es könnte sich somit nachteilig auf Beobachtung basierende Informationsübergaben auswirken, weil der Übergabeort sich so vor den Computerbildschirm verlagert. Dieses Verhalten knüpft nicht an die bestehende Übergabepaxis an. Gerade bei der Patientenübergabe vor dem Patienten und Installationen könnten wichtige Fragen durch Beobachtungen aufkommen, was einen Dialog zwischen dem Geber und dem Übergabeempfänger fördern könnte.

Ein grosses Hindernis bei einer Einführung einer Checkliste dieser Art könnte darin bestehen, dass es an elektronische Komponenten gekoppelt ist. Es müsste in eine Software investiert und das Personal im Umgang mit dieser geschult werden. Auch sind gemäss Rosenthal et al. (2013) Patientenübergaben, welche mit Informations Technik(IT)-gestützten Systemen durchgeführt werden in Bezug auf die Herausforderung der Kommunikation noch nicht untersucht worden.

4.4 Welches Modell empfiehlt sich für die Praxis?

Merkel et al. (2017) schreiben, dass es eine Vielzahl von Übergabekonzepten und Merkhilfen gibt, jedoch noch keine Studie, welche die verschiedenen Modelle miteinander verglichen hat. Auch Hecht (2016) fasst zusammen, dass die vollständige Weitergabe der Patienteninformationen Priorität hat. Welches Konzept dabei verwendet werde, sei weniger entscheidend.

In Bezug auf das bekannteste «SBAR-Konzept» zeigten Untersuchungen einerseits eine signifikante Reduktion unerwarteter Todesfälle mit positiver Auswirkung auf das Outcome des Patienten. Andererseits belegen andere Studien, dass das «SBAR Konzept» einerseits eine wichtige Rolle in der Kommunikationsverbesserung mit sich bringt, dieser Effekt aber auch durch ähnliche Übergabekonzepte beobachtet werden (Merkel et al., 2017).

Derzeit gibt es in der Literatur keine Anhaltspunkte, welches Modell das Beste sein könnte um den intraoperativen Patientenübergaberapport strukturiert durchzuführen. Für die weitere Bearbeitung wird das Modell der «IDEALE-Übergabe» herangezogen, weil es Inhaltlich die gleichen Bausteine wie das erprobte «SBAR-Konzept» enthält jedoch für den intraoperativen Einsatz spezifischer bearbeitet werden kann.

5 Praxistransfer

Im folgenden Teil wird unter Einbezug von Kriterien aus der Fachliteratur sowie von der eigenen Praxiserfahrung das Modell der «IDEALE-Übergabe» modifiziert. Ziel ist es, einen Leitfaden als Hilfestellung für die Praxis zu erarbeiten, mit welchem eine Patientenübergabe strukturiert durchgeführt werden kann. Im abschliessenden Teil wird auf die Grenzen bei der Einführung und dem Einsatz von Modellen, welche die Patientensicherheit erhöhen können, eingegangen.

5.1 Anpassungen der «IDEALE-Übergabe»

Folgende Inhaltskriterien sind in allen drei vorgestellten Modellen enthalten und werden deshalb in der Ausarbeitung der «IDEALE-Übergabe» als prioritär behandelt: Alter, Komorbiditäten, operativer Eingriff, Anästhesieverfahren, Atemwege, Allergien, intraoperative Ereignisse, Zugänge, Volumenmanagement, Blutverlust, Antibiotika,

Muskelrelaxanzien und postoperativer Plan (siehe Tabelle im Anhang). In der folgenden Ausarbeitung werden die inhaltlichen Themenbereiche der «IDEALE-Übergabe» in fetter Schrift markiert und danach die eigenen Inhaltsvorschläge vorgestellt.

Der Themenbereich «**Identität**» wird bei der «IDEALE-Übergabe» mithilfe des Namens und des Alters deklariert. In den anderen zwei vorgestellten Modellen wird zusätzlich noch das Geschlecht sowie in der elektronischen Checkliste das Gewicht erwähnt. Weil es durchaus vorkommen kann, dass mehrere Patienten mit dem gleichen Familiennamen auf dem Operationsprogramm geplant sind, erscheint es sinnvoll, dass zusätzlich zum Namen weitere Angaben gemacht werden, um die Identität des Patienten eindeutig zu klären. Ich schlage deshalb den Vor- und Nachname sowie das Geburtsdatum vor. Auch Gewichts- und Grössenangaben sind in der Anästhesie wichtige Parameter, die z.B. für die Berechnung der Opiatdosierung oder die Tidalvolumeneinstellung am Respirator verwendet werden können. Trotzdem verzichte ich in meinem angepassten Modell darauf, weil diese Grössen für die Bestimmung der Identität nicht zwingend notwendig sind und dieser Themenbereich ansonsten zu überladen werden könnte.

Von der «**Diagnose**» leitet sich auch der operative «**Eingriff**» ab und dient somit dem Verständnis der aktuellen Situation, weshalb der Patient operiert wird und welche Operation bzw. Operationstechnik angewendet wird. Nebendiagnosen sowie der Allergiestatus können direkte Auswirkungen auf das Anästhesiemanagement haben wie z.B. die Absenz von gewissen Medikamenten und sind somit relevante Informationen. Deshalb werden die Kriterien Diagnose, Eingriff, Nebendiagnosen und Allergiestatus direkt in die Ausarbeitung übernommen. Im Unterschied zum «SBAR-Konzept» werden bei der «IDEALE-Übergabe» keine zeitliche Orientierung über den Stand der Operation gegeben. Das ist für die intraoperative Patientenübergabe eine wichtige Information z.B. für das Planungsmanagement der Folgeoperationen oder die Dosierung der Anästhetika. Deshalb wird der Begriff «Stand der Operation» als Erinnerungsstütze beim Thema «Eingriff» hinzugefügt.

Beim Thema «**Anästhesieverlauf**» wird das Kriterium «Anästhesieverfahren» hinzugefügt um eindeutig zu rapportieren, mit welchen Medikamenten der Patient anästhesiert wird. Als Erinnerungsstütze werden dafür die drei Hauptformen einer Anästhesieführung aufgeführt: Allgemein-, Lokal- und Regionalanästhesie sowie Analgosedierung. Auch die drei Hauptbestandteile einer Allgemeinanästhesie werden hier aufgeführt: Hypnotika, Analgetika und Muskelrelaxanzien (Larsen, 2013). Denkbar ist auch, dass bei einer Regionalanästhesie unter dem Themenpunkt «Hypnotika» die Prämedikation des Patienten rapportiert wird, wenn dieser z.B. eine Tablette mit dem Wirkstoff «Midazolam» erhalten hat. Ferner werden wichtige Prophylaxen wie z.B. die Antibiotikagabe und Medikamente gegen die postoperative Übelkeit und Erbrechen (PONV) als Erinnerungsstütze aufgeführt. Die entsprechenden Elemente könnten dann aus den Themen «Atemweg» und «Beatmung» entfernt werden sowie der Themenbereich «(I)nfektionen» komplett weggelassen werden.

Im Themenbereich «**Atemweg**» können nur noch Besonderheiten, welche den Atemweg betreffen, aufgeführt werden wie z.B. der Schweregrad des Atemweges sowie die initiale Tubustiefe (Zahnreihe), die Abdichtung der Larynxmaske (LM) oder bei einer Analgosedierung, ob die Spontanatmung des Patienten suffizient ist.

Unter dem Kriterium «**Beatmung**» werden auf die Vorschläge «Antagonisierung» und «Muskelrelaxanzien» verzichtet, weil diese unter dem Punkt «Anästhesieverfahren» bereits Erwähnung finden. Es werden primär keine Vorschläge gemacht und somit Platz gelassen für eigene Gedankenanstösse.

«**Circulation**» wird bei der «IDEALE-Übergabe» mit Blutverlust, Bluttransfusion, Volumenstatus, Gerinnung, Zugänge und Perfusoren thematisiert. Blutverlust, Bluttransfusion und Volumenstatus lassen sich mit dem Begriff «Ein- und Ausfuhr» subsumieren. Zusätzlich wird dabei der Rapportierende an die Urinausscheidung erinnert, weil diese auch unter dem Thema «Ausfuhr» rapportiert wird. Zugänge und Perfusoren lassen sich in «Zu- und Ableitungen» zusammenfassen. Dadurch würden auch Installationen wie z.B. eine Thoraxdrainage oder ein Dauerkatheter nicht so leicht vergessen gehen. Die Gerinnung wird unter dem Titel «Labor» rapportiert.

Unter dem Themenbereich «**Defizite**» werden in der «IDEALE-Übergabe» als Beispiele «Vigilanzminderung» und «Hemiparese» aufgeführt. Das sind wichtige Elemente, welche bei einer intraoperativen Patientenübergabe vergessen gehen können und so bei der Ausleitung für besorgniserregende Fehlinterpretationen sorgen können. Oft sind präoperative Defizite nur unter grossem Zeitaufwand aus der Patientenakte herauszulesen, weshalb ich die Beispiele «Vigilanzminderung» und «Hemiparese» in meiner Ausarbeitung übernehme und mit den Themen «Pupillen- und Hautstatus» ergänze. Oft werden diese präoperativen Defizite in der Einleitsituation beobachtet aber unzureichend oder garnicht dokumentiert. So könnte der Patient z.B. durch ein Glasauge anisokore Pupillen aufweisen, was intraoperativ oder nach dem Ausleiten zu einer Fehlinterpretation führen könnte. Ein vorbestehender Dekubitus könnte fälschlicherweise auf einen intraoperativen Lagerungsschaden zurückgeführt werden.

Im Themenbereich «**Environment**» wird in meiner Ausarbeitung somit nur noch das Wärmemanagement erwähnt, weil das Thema «Dekubitus» in den Themenbereich «Defizite» verschoben wurde. Als zusätzliches Kriterium wird in dieser Themenkategorie das Thema «Equipe» hinzugefügt. Weil der Empfänger einer Patientenübergabe auch die Verantwortung für die Weiterbetreuung übernimmt, ist es wichtig zu wissen, welche Personen an der intraoperativen Betreuung beteiligt sind. Insbesondere für den Dipl. Experten Anästhesiepflege ist es wichtig zu wissen, wer die Hauptverantwortung für die Anästhesie trägt. Somit kann unter dem Thema «Equipe» das zuständige Personal in Bezug auf die Anästhesie und Lagerung erwähnt werden.

In der Ausarbeitung der Literatur konnte gezeigt werden, dass eine Patientenübergabe als interaktive Kommunikation verstanden werden sollte. In den vorgestellten Modellen dieser Arbeit fällt auf, dass für diese Forderung keinen Bereich zur Verfügung gestellt wird. Deshalb wird das «ABCDE» aus der «IDEALE-Übergabe» um den weiteren Buchstaben «F» wie «Fragen» ergänzt. Somit kann der Empfänger der Patientenübergabe direkt eingeladen werden, Fragen zu stellen. Ferner wird durch das Hinzufügen des Stichwortes «Beobachtungen» der Empfänger der Patientenübergabe ermutigt, Unklarheiten oder Beobachtungen anzusprechen.

Gemäss Rose & Newman (2016) hilft eine Patientenübergabe den Teammitgliedern besser die Prioritäten in der Behandlung zu verstehen und den zukünftigen Behandlungsplan zu antizipieren. In Bezug auf Prioritäten kann der Themenbereich «**Labor**» sehr hilfreich sein. Ist der Hämoglobinwert kritisch oder der Kaliumwert entgleist, ergeben sich andere Prioritäten als bei Laborwerten im Normbereich. Deshalb wird dieser Themenbereich beibehalten und mit den Merkhilfen Blutgasanalyse (BGA), Gerinnung sowie Type and Screen (T&S) ausgestattet. Der Hämoglobinwert ist bereits in der BGA enthalten und das T&S bildet die Basis, damit Erythrozytenkonzentrate bestellt werden können.

Auch im Themenbereich «**Empfehlungen**» können Prioritäten in der Patientenbetreuung oder das zukünftige Behandlungsmanagement rapportiert werden, weshalb dieser Themenbereich sehr wichtig ist und als Thementitel beibehalten wird. Prioritäten können sich z.B. auch durch Verordnungen ergeben, welche vom Operateur oder dem hauptverantwortlichen Anästhesie-Facharzt ausgesprochen wurden. Deshalb wird neben

dem Thementitel «Empfehlungen» das Themengebiet «Verordnungen» hinzugefügt. Die Merkhilfe «Operateur» wird dabei entfernt, weil gewöhnlicherweise die Verordnungen des Operateurs nach beendeter Operation beim «Sign-Out» der WHO Checkliste entgegen genommen werden. Somit ist diese Merkhilfe insbesondere für den postoperativen Rapport an die Überwachungsstation notwendig. Das Thema «postoperativer Plan» kommt in allen vorgestellten Modellen vor (in der «IDEALE-Übergabe» als Patient Controlled Analgesia (PCA) und verlängerte Überwachung). Deshalb wird es im vorgestellten modifizierten Modell als Titel «postoperativer Plan» aufgeführt. Abschliessend werden die Merkhilfen Repetitionsangaben von Medikamenten und weitere Besonderheiten zum Thema «Empfehlungen» aufgeführt.

Zusammenfassend sieht das modifizierte Modell der «IDEALE-Übergabe» für den intraoperativen Patientenübergaberapport wie folgt aus.

I dentität		Vor- & Nachname & Geburtsdatum
D iagnosen		Nebendiagnosen & Allergien
E ingriff		Operationsart & zeitlicher Stand der Operation
A nästhesieverfahren	Allgemein-, Lokal-/Regionalanästhesie, Analgosedierung	Analgetika, Hypnotika, Muskelrelaxanzien, Prophylaxen (Antibiotika, PONV)
& Anästhesieverlauf	A temweg	Schweregrad, Tubustiefe, LM-Leck, Spontanatmung
	B eatmung	
	C irculation	Kreislaufstabilität, Ein- & Ausfuhr, Zugänge & Ableitungen
	D efizite	Vigilanzminderung, Hemiparese Pupillen- & Hautstatus
	E nvironment & Equipe	Wärmemanagement, Zuständiges Personal (Anästhesie & Lagerung)
	F ragen	& Beobachtungen
	L abor	BGA, Gerinnung, T&S
E mpfehlungen	& Verordnungen	Repetitionsgabe Medikamente, postoperativer Plan, weitere Besonderheiten

Abbildung 5, Michel Wespe (2018), modifizierte «IDEALE-Übergabe»

Dieses angepasste Modell wird im Sinne eines Leitfadens ausgedruckt und als Taschenkarte laminiert. Es soll dabei als Hilfsmittel zur Anwendung kommen um einen intraoperativen Patientenübergaberapport strukturiert durchführen zu können.

Im folgenden Teil der Arbeit wird auf die praktische Anwendung von solchen Modellen, welche zur Erhöhung der Patientensicherheit beitragen, Bezug genommen. Wie gestaltet sich die Implementierung und mit welchen Problemen sind sie konfrontiert?

5.2 Implementierung und Grenzen der Modelle

Hecht (2016) fasste neben der fehlenden Standardisierung einige Störfaktoren vor, welche die Kommunikation während einer Patientenübergabe negativ beeinflusst. Zunehmender Zeitdruck, Arbeitsunterbrechungen und Ablenkungen, hoher Geräuschpegel und mangelnder Blickkontakt sind einige davon, welche auf die Patientenübergabe im intraoperativen Setting zutreffen können. Ausserdem solle die professionelle Patientenübergabe ausschliesslich patientenspezifisch sein, was die Absenz von Privatgesprächen erfordere.

Weitere Störfaktoren könnten z.B. auch durch das Tragen der Gesichtsmaske entstehen. Wird ein Patientenübergabemodell mit einer physischen Erinnerungsstütze angewendet, könnte dies zusätzlich den Blickkontakt minimieren. Laut Hecht (2016) gibt es noch weitere Faktoren, welche erfüllt sein sollten, damit die Kommunikation bei einer Patientenübergabe gelingt. Dazu gehöre u.a. die Bereitschaft von Sender und Empfänger und das Fehlen interpersoneller Konflikte. Um diese Umgebungsfaktoren günstig zu beeinflussen, scheinen weitere Kompetenzen notwendig zu sein. Modelle stossen hier an ihre Grenzen.

Manser, Berning & Huckels-Baumgart (2016) schreiben, dass internationalen Studien zufolge die Compliance beim Einsatz von der WHO empfohlenen perioperativen Checklisten im Mittel 75% beträgt. Diese Rate kann laut Rosenthal et al. (2013) als positiv bewertet werden. Gemäss den Autoren reichen 60-70% einer Implementierungsrate aus um einen nachhaltigen Effekt im Rahmen der Qualitätssicherung zu erzielen. Diese hoch bewertete Implementierungsrate ist das Resultat einer jahrelangen international angelegten Implementierungsstrategie im Rahmen des «High-5s-Projektes» (Manser et al., 2016).

Es liegt auf der Hand, dass Modelle nur einen Nutzen haben, wenn sie auch konsequent umgesetzt werden. Die Autoren von Manser et al. (2016) stellen fest, dass das reine Abhaken von Checklisten keinen oder bestenfalls einen sehr eingeschränkten Nutzen für die Patientensicherheit biete. Um eine nachhaltige Einführung einer perioperativen Checkliste durchzuführen, brauche es eine Änderung etablierter Routinen. Um dies zu erreichen seien spezifische Massnahmen erforderlich, welche laut Rosenthal et al. (2013) mit einem Bedarf an personellen und finanziellen Ressourcen verbunden sind.

Ausschlaggebend seien gemäss Manser et al. (2016) Massnahmen, welche die Einbindung des Personals miteinbeziehen. Dabei sollen nicht nur die Gründe für die Einführung und das Vorgehen bei der Verwendung des Konzeptes kommuniziert werden, sondern auch die inhaltliche Gestaltung bzw. Anpassungen unter Einbezug aller beteiligten Berufsgruppen durchgeführt werden. Merkel et al. (2017) schlagen für dieses Vorgehen eine Arbeitsgruppe aus Teammitgliedern vor, welche die Möglichkeit haben, die Checkliste während einer Testphase zeitnah zu modifizieren. Wichtig sei auch vorerst festzulegen, was überhaupt als «wichtig» definiert wird bei einer Patientenübergabe.

Hölz et al. (2017) schreiben, dass für sie neben den Schulungen und der Bereitstellung von Plakaten der entscheidende Erfolgsfaktor bei der Implementierung das Vorleben des Konzeptes durch die entsprechenden Berufsgruppen gewesen war.

Ein Modell für die Patientenübergabe lässt sich demzufolge nicht so leicht einführen. Grosse Herausforderungen seien gemäss Manser et al. (2016) dabei der Widerstand von Mitarbeitern gegenüber der Veränderung, ein Mangel an Ressourcen und Kommunikationsschwierigkeiten. Die Autoren fassen weiter zusammen, dass es viel mehr brauche, als das reine Verteilen einer neuen Checkliste.

Diese Argumente aus der Fachliteratur veranschaulichen die Grenzen der Modelle. Eine Implementierung in den klinischen Alltag ist mit Schwierigkeiten verbunden und erfordert Ressourcen auf unterschiedlichen Ebenen. Eine erfolgreiche Implementierung der modifizierten «IDEALE-Übergabe» an der Klinik Hirslanden liesse sich nur in einer grösseren Projektarbeit realisieren.

6 Schlussfolgerung

6.1 Zielsetzungen und Konsequenzen für die Praxis

Die unterschiedlichen Inhalte der vorgestellten Modelle zeigen die Problematik, dass es schwierig ist einen Konsens darüber zu finden, was bei einer Patientenübergabe als prioritär angesehen wird. Um ein Patientenübergabemodell in der Anästhesie an der Klinik Hirslanden zu implementieren müsste vorgängig das Anästhesieteam involviert werden um die inhaltliche Gestaltung festzulegen. Ferner müssten weitere Strategien angewendet werden wie z.B. eine Testphase, Schulungen und die Bereitstellung von Plakaten.

Als Praxistransfer habe ich mir ursprünglich vorgestellt, eine physische Taschenkarte für die Patientenübergabe zu gestalten, welche ich innerhalb des Anästhesieteam aushändigen hätte können. Erst bei der Vertiefung des Themas wurde mir bewusst, wie schwierig sich eine Implementierung eines neuen Instrumentes in den Praxisalltag gestaltet. Deshalb habe ich mir das Ziel gesetzt, ein modifiziertes Patientenübergabemodell als Leitfaden zu gestalten, welches ich nun in der Praxis anwenden kann. Als Konsequenz für die Praxis möchte ich in Zukunft intraoperative Patientenübergaben anhand dieses Leitfades strukturiert und vollständig durchführen.

Das Mitwirken bei der Gestaltung eines Standards für die Patientenübergabe im Sinne eines «Standard Operating Procedure (SOP)» habe ich mir als Fernziel gesteckt. Dies wäre meiner Meinung nach ein erster möglicher Schritt hin zu einem einheitlich durchgeführten strukturierten intraoperativen Patientenübergaberapport an der Klinik Hirslanden.

Indem ich mir mithilfe aktueller Fachliteratur selbst ein Modell erarbeitet habe, welches ich in der Praxis ausprobieren kann, versuche ich evidenzbasiertes Handeln in meine Arbeit zu integrieren. So handle ich gemäss den Standards der Anästhesiepflege Schweiz, welche unter der Rubrik «Forschung» folgendes Ziel für die Experten Anästhesiepflege formuliert hat: «Experten Anästhesiepflege integrieren evidenz-basierte Techniken und Wissen sowie internationale und nationale Richtlinien und Standards in die klinische Praxis» (SIGA - Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege, 2017, S. 6).

Literaturverzeichnis

- Agarwala, A., Firth, P., Albrecht, M., Warren, L., & Musch, G. (2015, January). An Electronic Checklist Improves Transfer and Retention of Critical Information at Intraoperative handoff of Care. *Anesthesia Analgesia*, 120(1), 96-104. Verfügbar unter: https://journals.lww.com/surveyanesthesiology/Citation/2015/08000/An_Electronic_Checklist_Improves_Transfer_and.8.aspx (02.02.18).
- Chevalley, C., Doser, M., Heim, C., Krayner, S., Noser, A., Tramèr, M. & Zehntner, C. (2012). *Standards und Empfehlungen für die Anästhesie*. Verfügbar unter: www.sgar-ssar.ch: http://www.sgar-ssar.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Standards_und_Empfehlungen/St_E_2012_def_d_31.10.2012.pdf (02.02.18).
- Deubs, E., Grundmann, R. & Heilberger, J. (2017). *Good Clinical Practice in der Gefässchirurgie*. Deutschland: Springer-Verlag.
- Dossow, P.-D., & Zwissler, P. (2016). Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase - Das SBAR-Konzept. *Anästhesie und Intensivmedizin*, S. 88 - 90.
- Duden, (2017), Dudenredaktion, «Rapport», Verfügbar unter: <https://www.duden.de/node/702459/revisions/1364080/view> (02.02.18).
- Dutton, R. (2014). Seamless Anesthesia Care. *The American Society of Anesthesiologists*, 121(4), 673-674.
- Hecht, J. (2016). Patientenübergabe - Den Staffelstab sicher weiterreichen. *Aktuelle Urologie*, 47, 456-459.
- Hölz, W., Zinsmeister, T. & Forst, H. (2017, September 15). Die IDEALE-Übergabe. *Der Anaesthesist*, 66(11), 887-888. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00101-017-0362-9> (02.02.18).
- Kitney, P., Raymond, T., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2017). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *ORNAC Journal*, March, 13-26.
- Koch, P. (2016, April 04). DGAI gibt Empfehlungen für bessere Kommunikation und Patientensicherheit, *surgical-tribune.com*. Verfügbar unter: http://www.surgical-tribune.com/articles/news/germany/9722_dgai_gibt_empfehlungen_fuer_bessere_kommunikation_und_patientensicherheit_.html (02.02.18).
- Larsen, R. (2013). *Anästhesie*. München: Urban & Fischer.
- Manser, T., Berning, D. & Huckels-Baumgart, S. (2016). Checklisten & Co.: Instrumente zur Förderung der Patientensicherheit in der Chirurgie. *Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date*, 5, 309-328.
- Merkel, M., Dossow, V. & Zwissler, B. (2017). Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin. *Der Anaesthesist*, 66(6), 396-403.
- Nagpal, K., Abboudi, M., Manchanda, C., Vats, A., Sevdalis, N., Bicknell, C., . . . Moorthy, K. (2013). Improving postoperative handover: a prospective observational study. *The American Journal of Surgery*, 206(4), 494-501.
- Rose, M. & Newman, S. (2016, October). Factors Influencing Patient Safety During Postoperative Handover. *AANA Journal*, 84(5), 329-338. Verfügbar unter: https://www.aana.com/docs/default-source/aana-journal-web-documents-1/factors-influencing-1016-pp329-338.pdf?sfvrsn=9dd448b1_6 (02.02.18).
- Rosenthal, C., Balzer, F., Boemke, W. & Spies, C. (2013). Patientensicherheit in der Anästhesie und Intensivmedizin. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 108(8), 657-665.
- SIGA - Schweizerische Interessengemeinschaft für Anästhesiepflege (2017 Juni 05). *Standards Anästhesiepflege Schweiz*. Verfügbar unter: https://siga-fsia.ch/files/Beruf/Standards/Paper_Standards_D.pdf (02.02.18).

Starmer, A., Spector, N., Srivastava, R., West, D., Rosenbluth, G., Allen, A., . . . Landrigan, C. (2014). Changes in Medical Errors after Implementation of a Handoff Programm. *The New England Journal of Medicine*, 371(6), 1803-1812.
 Stock, C. (2013). Polytrauma - Präklinisches Management vor Ort. *Lege artis*, 3, 156-161.

Abbildungsverzeichnis

Abb.1. Hecht, J. (2016). Patientenübergabe - Den Staffelstab sicher weiterreichen. *Aktuelle Urologie*, 47, 458.
 Abb.2. Selbstgestaltete Darstellung basierend auf folgender Quelle: Deubs, E., Grundmann, R. & Heilberger, J. (2017). *Good Clinical Practice in der Gefässchirurgie*. Deutschland: Springer-Verlag.
 Abb. 3. Hölz, W., Zinsmeister, T. & Forst, H. (2017, September 15). Die IDEALE-Übergabe. *Der Anaesthesist*, 66(11), 887.
 Abb. 4. Michel Wespe (2018). Tabelle Vergleich «SBAR-Konzept» und «IDEALE-Übergabe», Selbstgestaltete Darstellung durch den Autor.
 Abb. 5. Michel Wespe (2018). Angepasste Version «IDEALE-Übergabe», inspiriert von Hölz, Zinsmeister & Forst (2017), Selbstgestaltete Darstellung durch den Autor.

Anhang

Vergleich der inhaltlichen Kriterien der drei vorgestellten Patientenübergabemodelle

Aus den vorgestellten Modellen wurden die Inhalte als Kriterien herausgefiltert und in der folgenden Tabelle dargestellt. Die Häkchen in den rechten Spalten geben an, ob dieses Kriterium in dem entsprechenden Modell zu finden ist. Die Eingefärbten Kriterien visualisieren, dass dieses Inhaltskriterium bei allen drei Modellen vorkommen.

Kriterien	«SBAR»	«IDEALE»	Checkliste
Datum			✓
Uhrzeit			✓
Operationssaal			✓
Namen der an der Übergabe beteiligten			✓
Name Patient	✓	✓	
Alter	✓	✓	✓
Geschlecht	✓		✓
Gewicht			✓
Diagnose	✓	✓	
Komorbiditäten/Medizinische Probleme	✓	✓	✓
Operativer Eingriff	✓	✓	✓
Anästhesieverfahren/Anästhetika	✓	✓	✓
Medikation bei der Einleitung			✓
Atemweg/Management der Luftwege	✓	✓	✓
Beatmungsprobleme		✓	
Wertsachen	✓		
Allergien	✓	✓	✓
Präoperativer Hautzustand/Dekubitus	✓	✓	
Präoperative Medikamente	✓		✓

Präoperative Diagnostik	✓		
Präoperative Vigilanzminderung/Hemiparese		✓	
Intraoperative Ereignisse/Probleme operativer	✓	✓	✓
Monitoring	✓		
Lagerung/Schiene	✓	✓	
Wärmemanagement/Temperatur	✓	✓	
Zugänge	✓	✓	✓
Drainagen	✓	✓	
Ort für Applikation Notfallmedikamente	✓		
Perfusoren	✓	✓	
Volumentherapie/Volumenstatus/Flüssigkeitzufuhr	✓	✓	✓
Ein- und Ausfuhr	✓		
Urinausscheidung			✓
Blutverlust	✓	✓	✓
Bluttransfusion/Blutprodukte	✓	✓	
Gerinnung/Gerinnungsprodukte	✓	✓	
Aktueller Stand der Operation	✓		
Laborwerte/Mikrobiologische Befunde	✓	✓	
Antibiotika	✓	✓	✓
Muskelrelaxanz	✓	✓	✓
Opioide/Schmerzmittel	✓		✓
Anästhetika/Hypnotika			✓
Pressoren			✓
Antiemetika			✓
Potentielle Besorgnisse			✓
Ausstehende Medikamente/Repetitionsgabe	✓		✓
Anordnungen/Empfehlungen Operateur	✓	✓	
Extubation/Nachbeatmung	✓		
Verlängerte Überwachung/WAR, IMCU, ICU	✓	✓	
Postoperativer Plan/Schmerztherapie/PCA	✓	✓	✓
Vorstellung des Ablösenden beim Operationsteam			✓
Antagonisierung		✓	

Selbständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass diese Diplom-/ Projektarbeit von mir selbständig erstellt wurde. Das bedeutet, dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel beigezogen und keine fremden Texte als eigene ausgegeben habe. Alle Textpassagen in der Diplom-/ Projektarbeit, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.

Datum: 21.02.2018

Unterschrift:



Veröffentlichung und Verfügungsrecht

Die Z-INA verpflichtet sich, die Diplom-/ Projektarbeit gemäss den untenstehenden Verfügungen jederzeit vertraulich zu behandeln.

Bitte wählen Sie die Art der vertraulichen Behandlung:

<input checked="" type="checkbox"/>	Veröffentlichung ohne Vorbehalte
<input type="checkbox"/>	Keine Veröffentlichung

Datum: 21.02.2018

Unterschrift:



Bei Paararbeit Unterschrift der 2. Autorin/ des Autors:

Von der Z-INA auszufüllen:

Die Z-INA behält sich vor, eine Diplom-/ Projektarbeit nicht zur Veröffentlichung frei zu geben.

<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA veröffentlicht werden
<input type="checkbox"/>	Die Diplom-/ Projektarbeit kann seitens Z-INA nicht veröffentlicht werden

Datum:

Unterschrift der Studiengangsleitung: