

Patientenhandover

Der postoperative Übergaberapport an der Schnittstelle zwischen Anästhesie und Aufwachraum

Michael Aeberhard

NDS HF Anästhesiepflege

Kurs F 18

Kantonsspital Graubünden, Chur, Institut für Anästhesiologie

Datum: 21.08.2019

Zusammenfassung

Jede Schnittstelle, jeder Übergaberapport zwischen verschiedenen Abteilungen, Berufsgruppen und ganz allgemein zwischen Personen, stellt die Patientensicherheit in Frage. Der Prozess eines Übergaberapportes ist innerklinisch den meisten Mitarbeitern bekannt. Aber nicht jede Abteilung, wie nicht jede Disziplin, benötigen dieselben Informationen über den Patienten.

Während dem Schreiben meiner Diplomarbeit, lernte ich, viele auf die unterschiedlichsten Situationen angepasste Schemen für einen prägnanten Übergaberapport, kennen. Das Beste auf eine Situation zugeschnittene Übergabeschema ist jedoch nicht zielführend, wenn die anwesenden Personen das Schema, die Crisis Resource Management (CRM) Leitlinien sowie das persönliche Verhalten während einer Übergabe nicht berücksichtigen und anwenden. Die Akzeptanz, wie auch das Wissen über die Bedeutung dieser Übergaben, muss bei allen beteiligten Personen vorhanden sein.

Ein klar strukturiertes Schema für einen Übergaberapport, welches von allen Disziplinen akzeptiert, wie auch angewendet wird, verbessert die Patientensicherheit deutlich. Dies hat De Meester K. et al. (2013) in seiner Studie deutlich bewiesen, indem seit der Einführung des ISBAR Schema die unerwarteten Todesfälle abgenommen haben. (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017)

70% aller in der Medizin vorkommenden Fehler, sind auf den Faktor Mensch zurückzuführen. Dieser Prozentsatz kann mittels einhalten von Schemen, sowie standardisiertem Vorgehen nach unten, korrigiert werden. (Breuer & St. Pierre, 2013)

Am Ende der Arbeit kann die Aussage getroffen werden, dass die Implementierung eines standardisierten Vorgehens für den Übergarapport postoperativ an den Aufwachraum (AWR) deutlich zu empfehlen ist. Für eine bessere Erfolgsquote, wie auch für eine bessere Akzeptanz, bedarf es jedoch einer strukturierten Einführung. So muss das Personal in der Handhabung der neuen Struktur geschult werden. Weiter sind visuelle Gedächtnisstützen zur Verinnerlichung des Vorgehens eine Möglichkeit zur besseren Umsetzung.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1

 1.1 Ausgangslage 1

 1.2 Fragestellung 1

 1.3 Abgrenzung..... 1

2 Patientenhandover - Die unterschätzte Gefahr?2

 2.1 Das Schweizer-Käse-Modell 2

 2.2 Definition / Beschreibung Patientenübergabe..... 3

 2.3 Definition Patientensicherheit 3

3 Crisis Resource Management3

 3.1 Habe Zweifel und überprüfe genau 3

 3.2 Kommuniziere sicher und effektiv 4

 3.3 Re-evaluiere die Situation immer wieder 4

4 Überwachung nach der Anästhesie im Aufwachraum4

5 Verschiedene Schemen zur strukturierten Patientenübergabe4

 5.1 Das ABCDE Schema 4

 5.1.1 Pro & Contra für das ABCDE Schema6

 5.2 Das MIST und De-MIST Schema 6

 5.2.1 Pro & Contra für das MIST / De-MIST Schema7

 5.3 Das BAUM Schema..... 7

 5.3.1 Pro & Contra für das BAUM Schema8

 5.4 Das IMIST-AMBO Schema 8

 5.4.1 Pro & Contra für das IMIST-AMBO Schema9

 5.5 Das SBAR / ISBAR Schema 9

 5.5.1 Pro & Contra für das SABR / ISBAR Schema 10

6 Rahmenbedingungen für eine Übergabe..... 11

 6.1 Kommunikation11

 6.2 Personelle Strukturen11

 6.3 Umgebungsfaktoren12

7 Schlussfolgerung 12

 7.1 Praxistransfer14

8 Literaturverzeichnis..... I

9 Abbildungsverzeichnis II

10 Anhang II

 10.1 Die CRM Leitsätze II

 10.2 Weiterführende Befragung III

11 Glossar III

12 Selbständigkeitserklärung 1

13 Veröffentlichung und Verfügungsrecht1

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Im Rahmen meines Nachdiplomstudienganges zum diplomierten Experten Anästhesiepflege arbeitete ich zuvor 8 Monate im AWR. In dieser Zeit intensivierte sich der Kontakt mit Übergaberapporten, wobei andere und teils auch neue zentrale Punkte in den Vordergrund traten. Die dabei erlebten Übergaben wichen meist stark voneinander ab, wobei kein einheitliches Vorgehen ersichtlich war. Oft wurde gerade bei kurzen, sowie häufig durchgeführten Operationen, die Übergabe kurz mit den Worten „nichts Spezielles, wie immer“ begonnen oder gar durchgeführt. Auf den Patienten, respektive (resp.) dessen wichtigen Eckdaten, wurde oft nicht oder nur lückenhaft eingegangen.

Nach meinem Wechsel in die Anästhesie, lernte ich die Übergabe von einer weiteren Seite kennen. In dieser neuen Situation hatte ich anfangs Mühe, einen strukturierten und prägnanten Übergaberapport durchzuführen. Weiter nahm und nehme ich bis zum heutigen Tag immer wieder Störfaktoren unterschiedlicher Art wahr. Diese beeinträchtigen eine fokussierte Übergabe. Ebenso wird der Übergaberapport an das AWR-Personal nicht nach einem einheitlichen Verfahren / Standard seitens des Anästhesiepersonals durchgeführt.

1.2 Fragestellung

Folgende Fragen möchte ich mit dem Schreiben meiner Diplomarbeit bearbeiten:

- Welche Hilfsmittel gibt es für einen aussagekräftigen sowie prägnanten Übergaberapport, und wie setze ich diese optimal ein?
- Welche Faktoren beeinflussen einen strukturierten, prägnanten Übergaberapport positiv oder negativ?

1.3 Abgrenzung

Das Kantonsspital Graubünden verfügt über drei eigenständige Standorte. Das Kantonsspital, das Kreuzspital und das Fontana. Alle drei verfügen über einen eigenen Operationstrakt sowie einen eigenen AWR. Die Abläufe und Strukturen sind jedoch an allen drei Standorten gleich. Daher werde ich meine Diplomarbeit auf alle drei Standorte beziehen.

Der Fokus der Arbeit liegt auf dem postoperativen Übergaberapport an den AWR von erwachsenen, elektiv eingetretenen Patienten. Die Übergabe von Kindern, welche auf der pädiatrischen Pflegeabteilung stationär behandelt werden, grenze ich für meine Arbeit aus.

Weitere innerklinische Übergaberapporte oder Schnittstellen, wie zum Beispiel (z. B.) der Übergaberapport des AWR an die Pflegeabteilung, werden in meiner Arbeit ebenfalls ausgegrenzt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten somit für beide Geschlechter.

2 Patientenhandover - Die unterschätzte Gefahr?

Übergaberapporte, und die damit verbundene Weitergabe der Verantwortung für einen Patienten an eine neue zuständige Fachperson, sind im Klinikalltag allgegenwärtig. Dies sowohl auf den Pflegestationen zwischen den einzelnen Arbeitsschichten als auch in spezialisierten Therapie- und oder Behandlungsbereichen. Besonders in jenen spezialisierten Behandlungsbereichen, wie hier in dieser Diplomarbeit der Operations- und Anästhesiebereich, sind mehrere Übergaberapporte für einen Patienten keine Seltenheit. Somit sind diese Übergaben im Alltag zwar Routine, bergen aber dennoch eine grosse Gefahr. Das Risiko des Informationsverlustes ist dabei jeweils allgegenwärtig.

In mehreren Studien wurde dieser Informationsverlust bereits untersucht. Obwohl bei einigen Übergaben ein grundlegendes und leitendes Raster zur Unterstützung vorhanden war, blieb der Informationsverlust vorhanden. Aus einer Studie von Sexton et al. aus dem Jahr 2004 geht hervor, dass 84.6% der mündlich übergebenen Daten auch schriftlich in der Dokumentation zu finden sind. Somit drängt sich die Frage auf, in welcher Form ein Übergaberapport abgehalten werden muss. Welche Informationen, über den Patienten und die durchgeführte Operation, müssen mündlich weitergeleitet werden und welche Informationen sind bei Bedarf aus der Dokumentation ersichtlich.

Die schnelle Flut von vielen relevanten Informationen über den Patienten, die durchgeführte Operation, sowie die nachfolgende Weiterbehandlung bedingt eine schnelle Auffassungsgabe und Konzentration von allen an der Übergabe beteiligten Personen. Auch sehr routinierte Personen gelingt es dabei nicht, alle Informationen zu erfassen und zu verarbeiten. 2004 stellten Parthum und Weinzierl fest, dass bis zu 42% aller Informationen nach einem Übergaberapport von der entgegennehmenden Person nicht mehr wiedergegeben werden können. (Busch & Trierweiler-Hauke, 2016)

2.1 Das Schweizer-Käse-Modell

Übergabeprozesse stellen, bei nicht sachgemässer Anwendung von Schemen, standardisierten Strukturen und ungenügender Kenntnis über deren Bedeutung, eine grosse Fehlerquelle dar. Fehler entstehen auf allen Ebenen einer Klinik. Nur selten ist dabei die Ursache auf nur ein negatives resp. unerwünschtes Ereignis zurückzuführen. Oft ist es eine Verkettung von verschiedenen kleinen Ereignissen. Diese unerwünschten Ereignisse bleiben bei unterschiedlichen Sicherheitsbarrieren unentdeckt, was am Ende zum Schaden für den Patienten führen kann.

Das 1990 von James Reason entwickelte Schweizer-Käse-Modell veranschaulicht, wie solche unerwünschten Ereignisse durch verschiedene Sicherheitsbarrieren, wie z.B. Checklisten, gelangen. Somit wird sichtbar, dass durch mehrere Instanzen unerwünschte Ereignisse hätten verhindert werden können. (Hannawa & Postel, 2018)

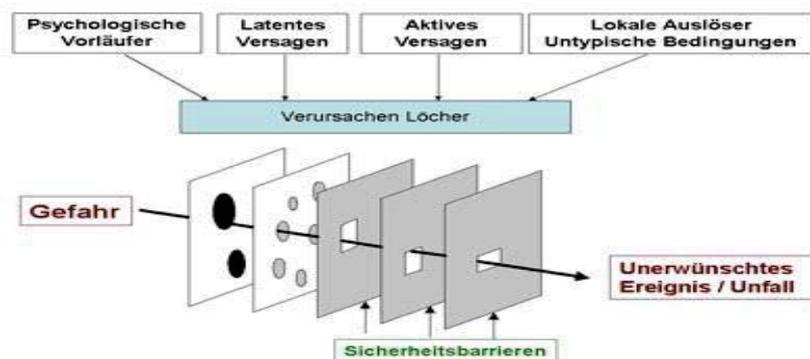


Abb. 1. Schweizer-Käse-Modell nach Reason 1990, <https://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie>

2.2 Definition / Beschreibung Patientenübergabe

In ihrem Buch «Dienstübergabe in der Pflege» beschreiben Andreas Blank und Nicole Zittlau (2017) die Patientenübergabe folgendermassen (Seite 10):

„Die Übergabe kann deshalb auch als Informationsinstrument bezeichnet werden. Sie dient dem Austausch zwischen den Arbeitsbereichen innerhalb der Klinik bzw. auch dem Austausch zwischen den Schichten in anderen Pflegeeinrichtungen. Ein übergeordnetes Ziel der Übergabe besteht darin, die pflegerische Versorgung kontinuierlich und lückenlos sicherzustellen.“ (Blank & Zittlau, 2017)

2.3 Definition Patientensicherheit

Die Sicherheit der Patienten während ihrem Aufenthalt in einer Klinik und besonders im eigenen innerklinischen Arbeitsfeld sollte jedem ein Anliegen sein. Checklisten sind dabei ein probates Mittel zur Verbesserung der Sicherheit. Nachfolgend eine Definition von Patientensicherheit, erschienen in der Schriftreihe Nummer vier der Patientensicherheit Schweiz aus dem Jahr 2012 (Seite 13):

„Die Vermeidung, Prävention und Verbesserung von unerwünschten Ereignissen oder Schädigungen, die sich aus dem Behandlungsprozess ergeben.“ (Vincent, 2012)

3 Crisis Resource Management

Der Begriff «Human Factors» hat sich in der Medizin mittlerweile etabliert. Er umfasst und bezeichnet den Faktor Mensch. Damit gemeint ist die menschliche Leistungsfähigkeit im physischen wie auch im psychischen Aspekt.

Gerade im klinischen Alltag, bei welchem diverse verschiedene Personen bei der Pflege, Versorgung und Betreuung eines Patienten involviert sind, ist der «Human Factor», also der Faktor Mensch, allgegenwärtig. Von allen Fehlern, welche in der Medizin vorkommen, lassen sich bis zu 70% auf den Faktor Mensch zurückführen. Dabei steht die Kommunikation zwischen den einzelnen Personen sowie Disziplinen im Zentrum.

Insgesamt umfasst das CRM 15 Leitsätze, welche alle im Anhang ersichtlich sind. Alle Leitsätze sind vor allem in hektischen sowie unübersichtlichen Situationen, in welchen viele Personen gleichzeitig involviert sind, von grossem Nutzen. Bei der Patientenübergabe postoperativ herrschen jedoch andere Umgebungsfaktoren. Daher sind vor allem folgende Leitsätze für eine prägnante Übergabe zentral:

- Habe Zweifel und überprüfe genau
- Kommuniziere sicher und effektiv
- Re-evaluiere die Situation immer wieder (Breuer & St. Pierre, 2013)

3.1 Habe Zweifel und überprüfe genau

Einen weiteren Check durch die Pflegefachperson im AWR verhindert nachhaltig Fehler. Annahmen und Vermutungen sollen aktiv durch einen «Double Check» evaluiert werden. Entsprechen die dabei festgestellten Tatsachen nicht den Erwartungen, oder dem Rapport, so ist ein «Speak up» angezeigt. Dadurch wird die festgestellte Diskrepanz überprüft, und eine Nachfrage findet statt. Optimalerweise kann die Unstimmigkeit geklärt werden. Bei der Patientenübergabe kann dies z. B. bei einem noch verschlossenen Redon der Fall sein. (Breuer & St. Pierre, 2013)

3.2 Kommuniziere sicher und effektiv

Um eine möglichst effektive Kommunikation zu erreichen, müssen sich alle Beteiligten auf die Situation einlassen. Dabei soll die Kommunikation strukturiert sowie einfach gehalten werden. Es soll nicht davon ausgegangen werden, dass der Empfänger das Gesagte vom Sender auch gleich verstanden hat. Daher ist die Kommunikation im «close the loop» Stil von Vorteil. Dabei wiederholt der Empfänger die Informationen, den Folgeauftrag oder z. B. die Allergien eines Patienten. (Breuer & St. Pierre, 2013)

3.3 Re–evaluiere die Situation immer wieder

Bei einer dynamischen, sich immer wieder schnell verändernden Situation in einem Schockraum, umschreibt dieser Leitsatz die immer wiederkehrende Überprüfung von Parameter, Einstellungen und Fakten. Da in solchen Situationen nie immer alle beteiligten Personen denselben Wissensstand besitzen, ist hier ein «10 Sekunden für 10 Minuten» angezeigt. Während der Durchführung dieses «10 für 10», arbeitet niemand weiter. Alle schenken ihre Aufmerksamkeit dem Teamleader, oder bringen die eigenen neu gewonnen Informationen ein. Dies wird auch als «hands off – eyes on» bezeichnet.

Dasselbe gilt auch bei einem Übergaberapport. Alle Personen sollen sich auf die Übergabe fokussieren und einlassen. So soll z. B. kein Redon auf den Sog kontrolliert werden, während sich der Rapport bei den allfälligen Allergien des Patienten befindet. (Breuer & St. Pierre, 2013; Glien, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

4 Überwachung nach der Anästhesie im Aufwachraum

Der Anspruch an den AWR nach der Operation ist hoch. Ist jeder Patient während seiner Narkose konstant lückenlos durch die Anästhesie überwacht, so ist im AWR eine Person für mehrere Patienten zuständig. Die Überwachung im AWR ist umfassend und beinhaltet viele unterschiedliche Parameter. Es werden sowohl Vitalparameter wie Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Blutdruck, Temperatur, wie auch die Diurese sowie der Schmerz überwacht und dokumentiert. Zusätzlich liegt ein weiteres Augenmerk auf den chirurgischen Gegebenheiten nach der Operation. So müssen weiter Redons, Schwellungen, Nachblutungen oder Nervenläsionen zuverlässig und fortlaufend überwacht werden.

Jeder einzelne Patient muss so lange im AWR überwacht werden, bis alle die oben genannten Parameter den Erwartungen entsprechen, oder mit den Ausgangswerten einhergehen. Fehlen Informationen, über den präoperativen sowie intraoperativen Zustand oder relevante chirurgische Aspekte, kann sich daher die Liegedauer massiv verlängern oder gar zu Schäden am Patienten führen. (Wilhelm, 2018; Bujard & Michler, 2017)

5 Verschiedene Schemen zur strukturierten Patientenübergabe

In Arbeitsfeldern mit vielen Disziplinen, Personen und Schnittstellen zwischen den einzelnen Bereichen, erhöhen standardisierte Strukturen die Sicherheit und Effektivität. So gibt es auch in der Medizin unterschiedliche Modelle und Strukturen für eine Patientenübergabe. Nachfolgend sind einige dieser strukturierenden Vorgehensweisen erläutert.

5.1 Das ABCDE Schema

Das strukturierte Arbeiten sowie das Vorgehen nach ABCDE ist vielseitig einsetzbar. Dabei umfasst es die aktuelle Situation des Patienten von den grundlegenden Vitalfunktionen her. Primär kommt diese Vorgehensweise aus dem präklinischen Bereich, findet jedoch auch im Primary Survey Verwendung. Wird bei der Überprüfung der Vitalfunktionen ein Problem festgestellt, so wird dieses zuerst gelöst. Erst danach wird mit der Überprüfung der nachfolgenden Vitalfunktionen fortgefahren. Begonnen wird dabei immer beim Airway.

Beurteilungskriterien des ABCDE Schema		
A	Airway	Überprüfen und freihalten der Atemwege
B	Breathing	Überprüfen der Beatmung und ausreichende Sauerstoffzufuhr
C	Circulation	Kreislaufzustand erfassen
D	Disability	Neurologischer Status
E	Environment	Wärmeerhalt, Patient entkleiden

Abb. 2. Das ABCDE Schema (Hexmann, 2018)

Die einzelnen Punkte dieses Schema sind grundsätzlich auf Notfallsituationen angepasst. Die Überordnung, also der zentrale Punkt, bleibt bei einer Übergabe derselbe, wird aber mit anderen Informationen verbunden. So kann dieses Schema ebenso im klinischen, wie auch im präklinischen Alltag verwendet werden. Folgende Informationen können z. B. unter den einzelnen Punkten bei einer Übergabe postoperativ erwähnt werden. (Schäfer & Söding, 2015)

- A. Airway
 - Wie war der Atemweg während der Operation gesichert.
 - Sind Anomalien des Atemweges bekannt.
 - War die Atemwegsicherung problemlos und atraumatisch.
 - War eine problemlose Extubation möglich → schlafend oder wach.
- B. Breathing
 - Sind beim Patienten einschränkende Erkrankungen wie COPD bekannt.
 - Gab es intraoperativ Beatmungsprobleme.
 - Benötigte der Patient nach der Extubation zusätzlichen Sauerstoff über eine Maske oder weitere Hilfsmittel wie z. B. einen Güdel.
- C. Circulation
 - Was sind die Ausgangswerte des Patienten auf der Abteilung oder vor der Einleitung von Blutdruck und Herzfrequenz.
 - Gab es intraoperativ Probleme, welche medikamentös oder mit Volumen gelöst werden mussten.
 - Wie viel Blutvolumen ging durch die Operation verloren, und wie viel Flüssigkeit wurde durch die Anästhesie ersetzt.
- D. Disability
 - War der Patient vor der Einleitung bereits verwirrt oder ist eine Demenz bekannt.
 - Zeigte der Patient bereits vor der Operation Auffälligkeiten, wie das Fehlen von Sensorik und Motorik in bestimmten Arealen oder Körperregionen.
- E. Environment
 - War der Wärmeerhalt während der Operation gewährleistet.
 - Verbände und allfällige Redons gemeinsam kontrollieren.
 - Sind weitere Nebenerkrankungen bekannt.

Das konsequente Vorgehen anhand von lebenswichtigen Parametern ist das hervorstechendste Merkmal dieses Schemas. Wird es konsequent durchgegangen, sind die Informationen zielgerichtet und strukturiert, wobei jeder im Bild ist, über welches Thema aktuell gesprochen wird. Wird ein Übergaberapport nur anhand dieses ABCDE Schemas durchgeführt, so fehlen aber gerade im stationären und ambulanten Klinikbereich wesentliche Informationen über den Patienten. Folgende Punkte werden bei diesem Schema nicht berücksichtigt:

- Identifikation des Patienten
- Allergien
- Durchgeführte Operation
- Weiterführende Behandlungs- sowie Beobachtungsschwerpunkte

5.1.1 Pro & Contra für das ABCDE Schema

Es sprechen einige Fakten dafür, dass dieses Schema eine geeignete Struktur für einen Übergaberapport bietet. So ist dieses Schema den meisten Personen bekannt, auch wenn diese nicht direkten Kontakt mit Notfallversorgungen oder dem Primary Survey haben. Dies fördert die Akzeptanz, und die Personen sprechen die gleiche Sprache in Bezug auf das Vorgehen beim Übergaberapport. Weiter folgt es einer logischen, sowie gut nachvollziehbaren Struktur. Dadurch werden, wie oben beschrieben, die grundlegenden Vitalfunktionen und Informationen über den Ist-Zustand sowie durchgeführten Interventionen weitergegeben.

Der Vorteil, dass der aktuelle Ist-Zustand und allfällig durchgeführte Interventionen sehr prägnant sowie strukturiert durchgegangen werden, ist gleichzeitig auch der Nachteil dieses Schemas. So werden grundlegende Informationen über den Patienten vorerst aussen vorgelassen. Diese Informationen über den Patienten wie dessen Identifikation, Allergien, Medikamente und so weiter haben keinen fix zugewiesenen Platz. Daher müssen diese Angaben entweder vor oder aber nach der Übergabe als Zusatz angebracht werden. Dabei besteht die Gefahr, dass einige dieser Informationen vergessen gehen, da sie nicht strukturiert in den Übergabeprozess eingegliedert sind.

5.2 Das MIST und De-MIST Schema

Das MIST Schema wurde 1977 durch den Militärmediziner Tim Hudgetts entworfen. Das Schema stellt eine Merkhilfe für die Übergabe von Traumapatienten an die nachbehandelnde Stelle dar.

Das MIST Schema		
M	Mechanism of injury	Verletzungsmechanismus
I	Injuries (or illness) found and suspected	Bestehende oder vermutete Verletzung oder Erkrankung
S	Symptoms and vital signs	Symptome und Vitalparameter
T	Treatment given	Erhaltene Therapie, Medikamente, Torniquetanlage mit Uhrzeit, et cetera

Abb. 3. Das MIST Schema (Gliem, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

Auch dieses Schema berücksichtigt die allgemeinen Patientendaten nicht. Es ist kurz, bündig und prägnant auf die Herkunft der Verletzung, die damit in Verbindung stehenden therapeutischen Massnahmen und Symptome begrenzt. In einer britischen Studie wurde daher dieses Schema evaluiert, um auf Notfallabteilungen ein umfassenderes Bild der Patienten zu bekommen.

Aus dieser Evaluation ging schliesslich die Ergänzung des MIST Schema durch die Buchstaben «De» hervor. Dabei umfasst das De-MIST Schema neu zusätzlich auch die «demographics» des Patienten. Damit sind weitere Informationen über den Patienten wie dessen Identität sowie andere bereits in Erfahrung gebrachte Daten gemeint. (Gliem, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

Das MIST sowie das De-MIST Schema finden in der modernen Medizin heute keinen Einfluss mehr in den Übergabeprozess. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es immer neue Studien sowie Konzepte zum Thema Patientenübergaben gibt. Diese neuen Konzepte sind jeweils strukturierter und detaillierter zu den einzelnen Inhalten des Übergaberapportes. Dennoch ist das MIST sowie De-MIST Schema ein Vorreiter und ein wegweisendes Hilfsmittel in Bezug auf die aktuellsten Schemen zur Patientenübergabe.

5.2.1 Pro & Contra für das MIST / De-MIST Schema

Für innerklinische Übergaberapporte bietet das De-MIST Schema zwei positive Aspekte. Dies ist zum einen, die direkte Identifikation des Patienten und zum anderen die Integration der erhaltenen Therapie bis zum jetzigen Zeitpunkt. Beide Punkte sind direkt in die Struktur der wiedergegebenen Informationen eingegliedert. Obwohl auch die Vitalparameter grundsätzlich eine Erwähnung in diesem Schema haben, sind die restlichen Informationen für den innerklinischen Alltag bedeutungslos. Das MIST sowie De-MIST Schema ist eine militärische Entwicklung. Das Schema mag im militärischen Umfeld alle relevanten Angaben für eine weiterführende Notfallversorgung beinhalten, ist für einen Übergaberapport in der Klinik jedoch zu wenig differenziert.

5.3 Das BAUM Schema

Das BAUM-Schema entstand 2009 im Rahmen einer Doktorarbeit zum Thema Kommunikation und Patientenübergabemanagement. Dabei wurden die Auswirkungen der Verwendung einer Merkhilfe auf den Übergaberapport evaluiert. (Glien, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

Das BAUM Schema		
B	Bestand	Angaben zur Person des Patienten und dessen Leitsymptome
A	Anamnese	Vorgeschichte oder Unfallhergang, Vorerkrankungen, Voroperationen, Noxen oder Medikamente
U	Untersuchung	Vitalparameter, Blutzucker, Bewusstsein, Body-Check und weitere Parameter des Patienten
M	Massnahmen	Erhaltene Medikamente, Zugänge, Immobilisation sowie alle weiteren bereits getroffenen oder durchgeführten Massnahmen

Abb. 4. Das BAUM Schema (Ackermann, et al., 2010)

In der Zeitschrift «Notfall + Rettungsdienst» wurde 2010 ein Artikel publiziert, welcher sich mit der Verbesserung der Kommunikation und Patientenübergaben durch eine Schulung des Personals im BAUM Schema befasst. Dabei wurden in speziell entwickelten Simulationen die Kommunikation sowie die Inhalte der Übergaberapporte analysiert. Das Vorgehen bestand darin, eine Kontrollgruppe von 40 Rettungsassistenten ohne Schulung, sowie 40 Rettungsassistenten nach einer Schulung über das BAUM Schema dieselben Szenarien durchspielen zu lassen. Die Schulung gliederte sich in je 45 Minuten über die folgenden Themen:

- Einführung und Projektvorstellung
- Kommunikation während eines Notfalleinsatzes
- Patientenübergabegespräch

Als Grundlage zur Analyse der Kommunikation diente das psychologische Modell der zwischenmenschlichen Kommunikation von Schulz von Thun. (Ackermann, et al., 2010)

Schulz von Thun besagt in seinem psychologischen Modell, dass sich Kommunikationsprobleme häufig auf Sender – Empfänger Probleme zurückführen lassen. Dabei beschreibt er vier Ohren resp. Ebenen auf welchen eine Aussage oder Information gesagt aber auch verstanden werden kann. Eine unterschiedliche Wahrnehmung von Aussagen auf unterschiedlichen Ebenen von Sender und Empfänger kann daher in der Folge zu Missverständnissen führen. (Menche, 2007)

Schulz von Thun	
Die vier Ebenen der Kommunikation nach Schulz von Thun	Sachebene
	Selbstoffenbarungsebene
	Beziehungsebene
	Appell

Abb. 5. Schulz von Thun (Menche, 2007)

Basierend auf diesem Modell wurde die Analyse von negativen Kommunikationsereignissen möglich. Als solche zählen unter anderem:

- Unklare oder missverständliche Kommunikation
- Unterdrücken von Kritik und Bedenken
- Informationen ohne Adressaten
- Durcheinanderreden

Nach dem Abschluss und der Analyse aller gewonnenen Daten konnte eine Steigerung der Informationsrate verzeichnet werden. Dadurch wird eine bessere sowie schnellere Nachbehandlung grundsätzlich ermöglicht. PD Dr. R. Breitzkreutz nennt hierzu eine durchschnittliche Steigerung der weitergeleiteten Informationen von 53.7% auf 61.7%. Eine weitere Verbesserung konnte im Bereich der negativen Kommunikationsereignisse verzeichnet werden. Waren es vor der Schulung durchschnittlich 3.9 negative Kommunikationsereignisse, so waren es nach der Schulung noch 1.8 Ereignisse pro Szenario. (Ackermann, et al., 2010)

5.3.1 Pro & Contra für das BAUM Schema

Durch die oben erwähnte Studie ist das BAUM Schema bereits gut analysiert. Es konnten dabei auch schon positive Verbesserungen im Bereich der Kommunikation und Informationswiedergabe aufgezeigt werden. Dabei verfolgt das BAUM Schema eine klare Struktur und verfügt über eine logische Abfolge der Informationen. Zu Beginn werden alle anwesenden Personen ausführlich über die zu behandelnde Person informiert. Hierbei findet eine klare Unterteilung zwischen der Identifikation mit den Leitsymptomen und der weiteren Anamnese des Patienten statt. Erst nach diesen Informationen wird das Hauptaugenmerk wieder auf den aktuellen Ist-Zustand sowie die bereits durchgeführten Massnahmen und Behandlungen gelenkt.

Sind die Punkte «B» und «A» sehr ausführlich und strukturiert, so fehlt unter dem Punkt «U» eine weitere klare Struktur als Merkhilfe, damit alle Vitalparameter zuverlässig weitergeleitet werden. Für die Verwendung postoperativ fehlen zudem Punkte wie die angedachte resp. verordnete Weiterbehandlung oder allfällige Allergien.

5.4 Das IMIST-AMBO Schema

Diese strukturierte Merkhilfe für einen Übergaberapport wurde von der australischen Rettungsdienstmitarbeiterin Jacinta Young erarbeitet. Das Schema wird vorwiegend in Australien und in Neuseeland angewendet. Es findet dort vor allem Verwendung bei der Übergabe in der Notfallaufnahme. (Glien, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

Als Basis diente diesem Schema das MIST resp. De-MIST Schema. Dabei handelt es sich beim IMIST-AMBO Schema um die ausführlichste Variante. Es ist in zwei unabhängige Teile gegliedert, welche beide für sich einen spezifischen Bereich der Informationen abdecken. Durch diese grundlegende Trennung der Informationen wird eine doppelte Nachfragemöglichkeit geschaffen. So ist es im Sinne der Erfinderin, jeweils die Möglichkeit zur Fragenklärung nach jedem spezifischen Teil des Übergaberapportes zu gewähren. Zum einen ist dies nach «Sings» also IMIST und zum anderen am Ende der Übergabe, also nach «Other information» resp. AMBO der Fall. (Glien, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018; Rossi R., 2019)

Das IMIST-AMBO Schema		
I	Identification	Identifizierung des Patienten
M	Mechanism / Medical complaint	Unfallmechanismus sowie führende Beschwerden
I	Injuries	Verletzungen, Symptome, Dauer der Beschwerden
S	Sings	Vitalparameter
T	Treatment and Trends	Bisherige Behandlungen und dessen Auswirkungen auf den Zustand des Patienten
A	Allergies	Alle bekannten Allergien des Patienten
M	Medication	Bestehende Medikation des Patienten
B	Background history	Medizinische Vorgeschichte
O	Other information	Jegliche weitere Information, wie sozialer Hintergrund, Informationen vom Einsatzort, et cetera

Abb. 6. Das IMIST-AMBO Schema (Glien, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

5.4.1 Pro & Contra für das IMIST-AMBO Schema

Dieses Schema ist sehr strukturiert und aussagekräftig aufgebaut. Dabei verfolgt es eine logische Abfolge der Informationen. Es umfasst die aktuelle Ist-Situation des Patienten, wie auch wichtige allgemeine Informationen. Diese müssen dabei nicht zwingend mit der aktuellen Situation zusammenhängen.

Der Ablauf ist dabei klar auf eine Übergabe im Setting einer Notfallstation oder eines Schockraumes ausgelegt. So kommen die hierfür prioritären Informationen direkt nach der Identifikation. Weitere ebenfalls wichtige Informationen, wie Allergien oder der Background, welche aktuell nicht zu priorisieren sind, kommen erst im Anschluss wie auch nach der ersten Möglichkeit des Nachfragens.

In der postoperativen Übergabe sind ebenfalls Informationen von Bedeutung, welche auch in einem Schockraum zentral sind. Jedoch ist die Abfolge der Informationen eine andere. Zusätzlich hinzu kommt der Faktor, dass die Informationen bei stationären Patienten schon länger und dementsprechend ausführlicher sowie genauer erfasst werden konnten. So sind Allergien sowie allfällige Nebenerkrankungen von zentraler Bedeutung für die postoperative Versorgung. Verletzungsmuster und oder Unfallhergang sind hier nicht mehr zentral und zwingend wissenswert für die nachfolgend betreuende Person des AWR.

Somit kann die Aussage getätigt werden, dass das IMIST-AMBO Schema sehr prägnant und treffend für eine Notfallsituation ist. Im postoperativen, innerklinischen Setting sind die Prioritäten jedoch nicht mehr mit der Gewichtung der Informationen übereinstimmend.

5.5 Das SBAR / ISBAR Schema

Mit diesem Schema ist eine allgemein formulierte Merkhilfe für strukturierte Übergaben beschrieben. Der Ursprung dieses Schemas stammt aus dem Bereich des Militärs. Dabei handelt es sich um ein Kommunikationsmodell, welches die US Navy für eine strukturierte, informative wie auch prägnante Kommunikation entwickelt hat.

Da dieses Schema einfach und dennoch umfassend ist, wurde es nach und nach auch von weiteren Bereichen wie der Medizin verwendet. (Glien, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

Das SBAR Schema		
S	Situation	Diagnose, Operation oder Intervention, Anästhesieverfahren
B	Background	Vorerkrankungen, vorbestehende Medikation, Allergien
A	Assessment	Vitalparameter, bisherige Therapien oder Massnahmen
R	Recommendation	Empfehlungen zu den weiteren Therapien, Schwerpunkte benennen sowie darauf aufmerksam machen

Abb. 7. Das SABR Schema (Glien, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018) (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017)

Grundsätzlich ist unter dem Punkt «S» neben der Diagnose sowie den Interventionen auch die namentliche Nennung des Patienten fixiert. Da diese Identifikation des Patienten jedoch äusserst zentral ist, wurde das SBAR Schema um den Buchstaben «I», welcher für «identify» steht, erweitert. Es entstand durch die «Australien Commission on Safety and Quality in Health Care» das ISBAR Schema. Somit ist die Identifikation als einzelner Punkt zu nennen, was seine besonders zentrale Stellung gleich zu Beginn des Schemas, resp. zu Beginn und Einleitung der Übergabe, unterstreicht.

Da weder das SBAR noch das ISBAR Schema sich auf eine bestimmte Situation wie z. B. den Schockraum beziehen, sind sie als Kommunikationsmodelle universell einsetzbar. Zudem vereinheitlichen sie die Sprache sowie den Ablauf der Übergabe, was zu einer Verbesserung der Kommunikation zwischen verschiedenen Disziplinen wie Ärzten und Pflegenden führt. Dies wurde in verschiedenen Ländern wie Belgien, den USA, dem vereinigten Königreich oder der Niederlande erprobt, sowie festgestellt. In diesen Ländern sind diese Schemen bereits gut in der Medizin implementiert. So nutzen etwa 60% der Pflegenden bereits diese Schemen für ihre Patientenübergaben. Zudem wurde in einer von De Meester K. et al. (2013) durchgeführten Studie festgestellt, dass das SBAR Schema einen signifikanten Einfluss auf die Patientensicherheit hat. So wurde eine überraschende, aber deutliche Reduktion bei den unerwarteten Todesfällen beobachtet. Damit kann die Aussage getroffen werden, dass die Patientensicherheit direkt auch mit dem Outcome der Patienten zusammenhängt.

Die Welt Gesundheits Organisation (WHO), sowie seit 2016 auch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), empfehlen das SBAR Schema als Standard für Patientenübergaben. (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017; Rossi R. , 2019; Präsidiums der DGAI, 2016)

5.5.1 Pro & Contra für das SABR / ISBAR Schema

Da dieses Schema den allgemeinen Informationsfluss bei Übergaben strukturiert und nicht auf eine spezifische Situation zugeschnitten ist, kann es vielseitig eingesetzt werden. Dies bringt den Vorteil mit sich, dass verschiedene Disziplinen mit dem Schema vertraut sind. Es ist daher anwenderfreundlich, was die Akzeptanz des Schemas bei den verschiedenen Disziplinen fördert. Weiter ist dieses Schema kurzgehalten, was eine gute Vorbereitung sowie effektive Übergabe ermöglicht. Auch durch die Erweiterung der «Identifikation» verlängert sich das Schema nicht. Es wird viel mehr die Patientensicherheit hervorgehoben. Die Tatsache, dass in der Untersuchung von De Meester et al. 2013 eine Reduktion der unerwarteten Todesfälle beobachtet werden konnte, widerspiegelt die Wirksamkeit dieses Schemas am deutlichsten.

Dennoch fehlt, wohl gerade für den postoperativen Blick auf einen Patienten, einen eindeutigen Platz für die Vitalfunktionen. So kurz, prägnant und einfach dieses ISABR Schema aufgebaut ist, so birgt es doch die Gefahr, dass gewisse Informationen weggelassen werden. (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017)

Hierzu müsste eine weitere, eventuell innerklinisch getroffene Definition, angebracht werden. Diese müsste festhalten, welche Parameter unter welchen Punkten für die einzelnen Disziplinen oder Übergaberapporte zentral sind.

6 Rahmenbedingungen für eine Übergabe

Neben einem geeigneten Schema benötigt es passende personelle wie auch umgebungsbezogene Strukturen für einen prägnanten, zielgerichteten und qualitativ hochwertigen Übergaberapport. In diese Strukturen gehört die Kommunikation als eigenes zusätzliches Thema. So existieren diverse potenzielle Störfaktoren, welche einen negativen Einfluss auf die Übergabe haben können. Alle Beteiligten sollten auf diese Störfaktoren sensibilisiert sein, damit diese vor Beginn des Rapportes weitestgehend eliminiert werden können.

6.1 Kommunikation

Die Kommunikation muss genau so wie der Umgang und die Handhabung mit den verschiedenen Schemen zur Übergabe erlernt, wie auch verinnerlicht werden. Zwischenmenschliche Faktoren dürfen keinen Einfluss auf die Übergabe nehmen. Es soll kurz, prägnant und deutlich gesprochen werden, damit der Übergabeprozess in einem angemessenen Zeitrahmen abgehandelt werden kann. Eine sogenannte latente Kommunikation, also eine Kommunikation durch verschiedene Personen hindurch, wirkt sich negativ auf die Qualität der Informationen aus. Dies da jede einzelne Person die Informationen filtert, verarbeitet und allfällig andere Prioritäten setzt. Hier lautet das Kredo «mit anderen» anstatt «durch andere» zu Kommunizieren. (Hannawa & Postel, 2018)

6.2 Personelle Strukturen

Das Kantonsspital Graubünden verfügt über drei Standorte. Das Kantonsspital selbst als Hauptstandort, das Kreuzspital und das Fontana als Aussenstandorte. Alle diese drei Standorte verfügen über einen eigenen Operationstrakt sowie einen angrenzenden AWR. Aufgrund der unterschiedlichen Anzahl und Auslastung der Operationssäle sind auch die personellen Ressourcen standortabhängig angepasst. Dies ist gerade bei den beiden kleineren Aussenstandorten Fontana und Kreuzspital teils ein limitierender Faktor. So ist die Pflegefachperson im AWR öfters allein, obwohl mehrere Patienten gleichzeitig weiter auf die Pflegeabteilung verlegt oder von der Anästhesie postoperativ übernommen werden müssten.

In solchen Stosszeiten, in welchen der Informationsfluss zusätzlich erhöht ist, ist die Strukturierung, Koordination und Zusammenarbeit zentral. Ist dies nicht der Fall, so ist der potenzielle Informationsverlust erhöht.

Langjährige und somit auch routinierte Mitarbeiter verfügen über viel Erfahrung. Diese Erfahrung resp. Routine kann bei Übergaberapporten aber zur Gefahr werden. So können aufgrund von Routine und standardisierter Pflege wichtige Informationen wegen eines verkürzten des Übergaberapportes wegfallen und zu einem Sicherheitsrisiko werden. Bei Berufsanfänger steckt das Fehlerpotential in der mangelnden Erfahrung und der fehlenden Vorbereitung auf diese Prozesse durch das Studium resp. die Ausbildung. (Balzer, Boemke, Rosenthal, & Spies, 2012; Höfling, 2019)

Eine weitere, dennoch nicht unerhebliche personelle Struktur, sind die unterschiedlichen Disziplinen, welche bei einem Übergaberapport aufeinandertreffen. So betont die amerikanische Akkreditierungsorganisation «The Joint Commission», dass Ärzte eine kurze und prägnante Übergabe bevorzugen. Die Pflegefachkräfte aber längere und detailliertere Übergaben praktizieren. (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017)

6.3 Umgebungsfaktoren

Die Umgebung spielt bei der Übergabe eine weitere wichtige und zentrale Rolle. Vor allem am Hauptstandort des Kantonsspital Graubünden kommen oft mehrere Patienten mit den zugehörigen Anästhesieteams gleichzeitig im AWR an. In solchen Situationen steigt jeweils auch die Lautstärke durch die Kommunikation der Übergabe, aber auch durch die Überwachungsgeräte mit akustischen Signalen zu Alarmen und Herzfrequenz. In diesen Situationen mit vielen, von aussen einwirkenden Reizen, ist es zusätzlich erschwerend, sich auf die Übergabe zu fokussieren, ohne eine Ablenkung zuzulassen. (Forst, Hölz, & Zinsmeister, 2017)

Kommt zu diesen Umgebungsfaktoren noch der Faktor Zeit, ein weiterer Patient, eine dringende Tätigkeit bei einem weiteren Patienten hinzu, steigt der Stress. Damit einhergehend ist der entsprechende Informationsverlust. Dies durch Weglassen oder Verkürzen der Inhalte des Übergaberapportes oder durch die fehlende Fokussierung auf die Übergabe. (Bosse, Föhre, Keller, König, & Spies, 2016)

7 Schlussfolgerung

Im Bereich von Schnittstellen ist die zuverlässige Durchführung eines Übergaberapportes ein äusserst zentraler Kernpunkt. Werden bei diesen Übergaben Merkhilfen oder standardisierte Abläufe angewendet, so wird die Qualität verbessert. Es können grössere Mengen an Informationen in geordneter Reihenfolge zielgerichtet weitergegeben werden.

In der Literatur wurden unterschiedliche Standards und Merkhilfen gefunden. Alle verfolgen dabei dieselben Ziele. Diese Merkhilfen und oder Standards sollen:

- Den Informationsfluss verbessern
- Die Informationen geordnet und in logischer Reihenfolge wiedergeben
- Den Informationsverlust minimieren
- Dem Sender wie auch dem Empfänger bekannt sein

Das damit einhergehende, übergeordnete Ziel ist die Verbesserung der Patientensicherheit. Wird eine solche Verbesserung erreicht, steht diese, wie es De Meester K. et al. (2013) beschrieben hat, im direkten Zusammenhang mit dem Outcome der Patienten. (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017)

Innerklinische Schnittstellen sind täglich allgegenwärtig und unterscheiden sich in der Art und Menge der Informationen, welche weitergegeben werden müssen. So besteht eine deutliche Diskrepanz, was den Informationsbedarf angeht, z. B. in einem postoperativen Übergaberapport von der Anästhesie an den AWR oder einer Patientenübergabe vom AWR an die Pflegeabteilung. Aufgrund dieser teils deutlichen Diskrepanz der benötigten Informationen bei Übergaben, sind die einzelnen Schemen meist auf ein spezielles Setting zugeschnitten. Ein Schema, welches für alle Bereiche und Schnittstellen Gültigkeit hat, ist im Alltag nicht praktikabel anzuwenden. So würde ein solches, allgemeingültiges Schema bereichsabhängig dem Bedarf der benötigten Informationen nicht gerecht werden. Für eine hohe Qualität der Übergabe an den AWR haben sich dabei folgende übergeordnete Bestandteile herauskristallisiert:

- Die Identifikation des Patienten
- Hintergrundinformationen über den Patienten
- Informationen zu der erhaltenen Therapie und getroffenen Massnahmen
- Informationen zur weiterführenden Therapie und / oder Behandlung
- Strukturierter Ablauf

Anhand von diesen fünf übergeordneten Bestandteilen wurden nun die in der Literatur gefundenen Schemen auf die Anwendbarkeit im AWR überprüft. Diese Überprüfung wurde in der untenstehenden Abbildung visualisiert.

Visualisierung der einzelnen Schemen					
Schema	Identifikation	Hintergrundinformationen	Massnahmen / Therapien	Weiterführende Behandlung	Struktur
ABCDE	Nein	Nein	Ja	Nein	Ja
De – MIST	Ja	Teils	Ja	Nein	Ja
IMIST – AMBO	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
BAUM	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
ISBAR	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Abb. 8. Visualisierung der einzelnen Schemen

Bei der Betrachtung dieser Visualisierung der im oberen Teil beschriebenen Schemen fallen zwei Dinge auf. Zum einen existiert mit dem ISBAR Schema bereits ein gut funktionierendes Schema, welches alle fünf relevanten Bestandteile abdeckt. Zum anderen fällt das ABCDE Schema in dieser Visualisierung am deutlichsten von den übergeordneten Bestandteilen ab. Dies ist daher verwunderlich, da das ABCDE Schema oft angewendet wird und somit eine grosse Bekanntheit hat. Seine Stärke in der Anwendung ist die Strukturierung von lebenswichtigen Vitalfunktionen, die einen prägnanten Leitfaden für einen Übergaberapport bieten.

Bei den drei weiteren Schemen, De–MIST, IMIST–AMBO und BAUM, kann festgehalten werden, dass diese mehrheitlich den übergeordneten Bestandteilen entsprechen würden. Die weiterführende Behandlung deckt jedoch keines dieser Schemen ab. Diese Tatsache ist darauf zurückzuführen, dass diese Schemen für ein Notfallsetting und nicht für eine postoperative Übergabe entwickelt worden sind. So geht es im Setting eines Übergaberapportes in einem Schockraum oder einer Notfallsituation um die Weitergabe aller relevanten Informationen, welche bis zum Zeitpunkt der Übergabe gesammelt werden konnten.

Ein Schema, ein Standard oder eine geordnete Abfolge von prägnant gegebenen Informationen ist nicht zielführend, wenn menschliche Faktoren einen negativen Einfluss auf die Qualität der Übergabe nehmen. Es ist ein Muss, dass jede an einem Übergaberapport beteiligte Person sich voll und ganz auf diese Übergabe einlässt. Damit dieses Einlassen auf die Übergabe möglich ist, bedarf es drei grundsätzliche Bedingungen, die jede Person der Übergabe entgegenbringen muss.

- Jeder Person muss die Wichtigkeit und die Bedeutung dieser Weitergabe von Informationen bewusst sein.
- Jeder Person soll das jeweils verwendete Schema bekannt sein.
- Als dritter Punkt kann hier aktives Zuhören aufgelistet werden. Dies bedeutet, dass sich der Fokus nur auf die Übergabe richtet. Es sollen also zur besseren Fokussierung keine weiteren Tätigkeiten nebenher am Patienten oder allgemein durchgeführt werden. Vorgehen nach «hands off – eyes on». (Gliem, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018; Lott, 2016)

Merkblätter, Schemen und Algorithmen sind eine gute Informations- und Gedankenstütze. Jedoch müssen diese auch angewendet werden, was in der Medizin eine oft nicht genügend berücksichtigte Ressource darstellt. Befindet sich ein Merkblatt z. B. gespeichert in einer Datei in einem Computer, ist es in den entsprechenden Situationen nicht schnell verfügbar. Gerade in hektischen, lärmigen oder komplexen Situationen sowie bei Müdigkeit oder weiteren Ablenkungen, erhöhen sie die Sicherheit, Reproduzierbarkeit und Zuverlässigkeit. Ebenso fördert eine immer und immer wieder durchgeführte Visualisierung das abspeichern dieser Methode und erhöht so die Sicherheit im Umgang damit. (Breuer & St. Pierre, 2013; Baubin, Neumayr, & Schinnerl, 2016)

7.1 Praxistransfer

Nach dieser Gegenüberstellung und dem Studieren verschiedenster Literatur ist eine individuell angepasste Struktur für einen Übergaberapport die prägnanteste sowie zielführendste Variante. Jedes Setting benötigt seine ganz eigenen Informationen sowie die eigene Reihenfolge. Kombiniert man ein Schema, welches allen in einer Klinik arbeitenden Person bestens bekannt sein sollte, mit einem Schema, welches alle Informationen, welche für dieses Setting von Bedeutung sind, beinhaltet, entsteht eine zielführende und prägnante Struktur. Konkret würde dies in diesem Fall eine Kombination des ISBAR Schema mit dem bekannten ABCDE Schema sein.

Beide Schemen sind für sich alleine kurz, prägnant und fokussieren sich auf ihr Setting. Eine Kombination eröffnet hier jedoch weitere Möglichkeiten für den Einsatz, ohne dass ein unübersichtliches oder zu langes Schema entsteht.

Es würde eine Kombination aus bekanntem Vorgehen und Empfehlung der WHO in Bezug auf die Kommunikation bei Übergaben entstehen. (Gliem, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018)

Die Umsetzbarkeit eines kombinierten Übergabestandards wurde überprüft, indem eine Struktur erstellt wurde. Diese Struktur könnte im Team der Anästhesie und des AWR folgendermassen angewendet werden:

- Neuen Mitarbeitern der Anästhesie und des AWR des Kantonsspital Graubünden abgegeben werden.
- Als Visualisierung bei den Bettenplätzen im AWR angebracht werden.
- Als Visualisierung an gut einsehbarer Stelle im AWR angebracht werden.

Struktur zum Patientenhandover nach ISBAR und ABCDE		
Identifikation	➤ Name, Alter	
Situation	➤ Diagnose, Operation, Anästhesieverfahren	
Background	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Allergien, Noxen ➤ Relevante Nebenerkrankungen ➤ relevante vorbestehende Medikation 	
Assessment	Airway	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intubation / Larynxmaske ➤ Probleme bei der Atemwegsicherung
	Breathing	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Probleme bei der Beatmung ➤ Sekret / Blut sichtbar bei Extubation ➤ Antagonisierung eines Muskelrelaxans
	Circulation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Blutverlust, Volumenersatz und Volumenstatus ➤ Ausgangswerte vor der Einleitung bei Hyper- oder Hypotonie
	Disability	➤ Auffälligkeiten vor der Einleitung (Demenz, Sensorik, Motorik, Pupillen)
	Environment	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Temperatur, Blutzucker ➤ Dekubiti
Recommendation	➤ Verordnungen Anästhesie / Chirurgie	

Abb. 9. Struktur zum Patientenhandover nach ISBAR und ABCDE

Wird für den Übergaberapport eine solche Struktur, wie in Abbildung Nummer acht beschrieben, verwendet, ist das Vorgehen bei einer Übergabe reproduzierbar. Alle Beteiligten sehen, welche Schritte, welche Punkte abgehandelt werden. Zwischenfragen können so vermieden oder vermindert werden. Weiter kann durch eine solche Struktur der Übergaberapport vereinheitlicht werden, so dass er optimalerweise bei jeder Operation und bei jedem Patienten gleich ist.

Wird innerklinisch die Entscheidung getroffen, eine solche Struktur einzuführen, so bedarf es zusätzlich einen Schulungs- und Implementierungsprozess im Umgang mit dem neuen Vorgehen. So werden die Bedeutung und Notwendigkeit dieser neuen Struktur hervorgehoben. Ebenso steigt durch diesen Implementierungsprozess die Akzeptanz für das neue Vorgehen in allen Disziplinen. (Sopka & Vogt, 2017)

Zur Qualitätssicherung sollte zu einem späteren Zeitpunkt eine Kontrolle des eingeführten Konzeptes stattfinden. Diese Kontrolle könnte in Form einer Umfrage beim Anästhesie- sowie AWR-Personal durchgeführt werden. Auf diese Weise können die einzelnen Bedürfnisse sowie Wünsche der einzelnen Disziplinen, aber auch Anregungen einzelner Personen, aufgenommen werden.

Mit einer Implementierung eines standardisierten Vorgehens und einer später durchgeführten Qualitätskontrolle kann optimalerweise eine langfristige Steigerung der Qualität der Übergaberapporte erreicht werden. Die Autoren Winiger et al. zeigten, dass durch das Einführen von solchen neuen strukturierten Übergaben sich anfänglich die Kommunikation zügig verbesserte. Nachhaltige, deutliche Verbesserungen der Qualität und Struktur der Übergaben konnten in einem Zeitraum von 1.5 Jahren festgestellt werden. (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017)

Eine solche Befragung ist eine längerfristige Aufgabe, welche in Rücksprache mit den leitenden Personen des betreffenden Departements durchgeführt werden muss. Zusätzlich bedarf es einer genauen und fortlaufenden Evaluation, wie auch fortlaufender Information und Feedback an das gesamte Departement.

Eine grobe Planung, wie eine solche Befragung aussehen oder durchgeführt werden könnte, befindet sich im Anhang.

8 Literaturverzeichnis

- Ackermann, H., Breitzkreutz, R., Oberndörfer, D., Wassmer, R., Wilken, V., & Zimmer, M. (Juni 2010). Kann durch eine einfache Schulung das Kommunikations- und Patientenübergabemanagement in der Notfallmedizin verbessert werden? *Notfall + Rettungsmedizin*, S. 37-44.
- Balzer, F., Boemke, W., Rosenthal, C., & Spies, C. (November 2012). Patientensicherheit in der Anästhesie und Intensivmedizin. *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, S. 659-664.
- Baubin, M., Neumayr, A., & Schinnerl, A. (2016). In *Risikomanagement in der prähospitalen Notfallmedizin* (S. 91-101). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Blank, A., & Zittlau, N. (2017). In *Dienstübergabe in der Pflege* (S. 10). Springer-Verlag GmbH Deutschland.
- Bosse, G., Föhre, B., Keller, N., König, S., & Spies, C. (2016). *Strukturierte Patientenübergabe im Aufwachraum*. Thieme.
- Breuer, G., & St. Pierre, M. (2013). In *Simulation in der Medizin* (S. 136-149). Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- Bujard, M., & Michler, M. (2017). *Betriebskonzept Aufwachraum KSGR*. Chur.
- Busch, J., & Trierweiler-Hauke, B. (2016). *Pflegewissen Intermediate Care*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Forst, H., Hölz, W., & Zinsmeister, T. (November 2017). Die IDEALE-Übergabe. *Der Anaesthetist*, S. 887.
- Glien, P., Gräff, I., Kogej, M., & Schacher, S. (Juli 2018). Strukturierte Übergabeprozesse in der Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin*, S. 3-8.
- Hannawa, A. F., & Postel, S. (2018). In *SACCIA - Sichere Kommunikation* (S. 1-108). Berlin / Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Hexmann, M. (2018). Arbeitsblatt Notfallmedizinische Arbeitstechniken und Monitoring . *Das ABCDE Schema*. Stuttgart: Gerog Thieme Verlag .
- Höfling, T. (Mai 2019). *euroakademie.de*. Von <https://www.euroakademie.de/magazin/gefaehrliche-routine-im-job/#prettyPhoto> 07.08.2019 abgerufen
- Lott, C. (2016). *Erweiterte lebensrettende Massnahmen ERC Leitlinien 2015*. Niel, Belgien: European Resuscitation Council .
- Menche, N. (2007). In *Pflege Heute* (S. 186-187). München: Urban & Fischer.
- Merkel, M., von Dossow, V., & Zwissler, B. (Mai 2017). Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Medizin. *Der Anaesthetist*, S. 396-704.
- Präsidiums der DGAI. (2016). Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase - Das SBAR Konzept. *Anästh Intensivmed*, S. 88-90.
- Rossi, R. (Mai 2019). Konzepte für eine strukturierte Patientenübergabe . *Notfall + Rettungsmedizin*.
- Schäfer, R., & Söding, P. (2015). In *Klinikleitfaden Anästhesie* (S. 330-331). Urban und Fischer.
- Sopka, S., & Vogt, L. (6 2017). Patientenversorgung aber sicher. *Der Anaesthetist*, S. 393-394.
- Vincent, C. (Juli 2012). Schriftreihe Nr. 4 Patientensicherheit Schweiz . *Das ABC der Patientensicherheit*, S. 13.
- Wilhelm, W. (2018). In *Praxis der Anästhesiologie* (S. 532-534). Springer-Verlag GmbH Deutschland.

9 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. Schweizer-Käse-Modell nach Reason 1990, <https://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie> 2

Abb. 2. Das ABCDE Schema (Hexmann, 2018) 5

Abb. 3. Das MIST Schema (Gliem, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018) 6

Abb. 4. Das BAUM Schema (Ackermann, et al., 2010) 7

Abb. 5. Schulz von Thun (Menche, 2007) 8

Abb. 6. Das IMIST-AMBO Schema (Gliem, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018) 9

Abb. 7. Das SABR Schema (Gliem, Gräff, Kogej, & Schacher, 2018) (Merkel, von Dossow, & Zwissler, 2017) 10

Abb. 8. Visualisierung der einzelnen Schemen 13

Abb. 9. Struktur zum Patiententandover nach ISBAR und ABCDE 14

Abb. 10. CRM Leitsätze nach Rall M., Gaba 2009 II

Abb. 11. Abkürzungsverzeichnis III

10 Anhang

10.1 Die CRM Leitsätze

Der Ursprung des CRM liegt in der Aviatik. Dort jedoch als Cockpit Resource Management bekannt. Standardisierte Vorgehensweisen und Kommunikationstechniken sind dort schon länger ein fester Bestandteil im Alltag. Ebenfalls werden die Piloten in ihrer Ausbildung intensiv in der Kommunikation und dem Arbeiten nach Standards geschult. Professor Gaba führte 1994 das CRM in Stanford in der Medizin ein, mit dem Ziel der Verbesserung der Teamarbeit wie auch Verminderung von menschlichen Fehlern. (Baubin, Neumayr, & Schinnerl, 2016)

Nachfolgend sind alle 15 CRM Leitsätze nach Rall M. Gaba 2009 aufgelistet.

Die CRM Leitsätze nach Rall M., Gaba 2009	
1	Kenne deine Arbeitsumgebung
2	Antizipiere und plane voraus
3	Fordere Hilfe lieber früh als spät an
4	Übernimm die Führungsrolle oder sei ein gutes Teammitglied mit Beharrlichkeit
5	Verteile die Arbeitsbelastung
6	Mobilisiere alle verfügbaren Ressourcen (Personen und Technik)
7	Kommuniziere sicher und effektiv – sag was dich bewegt
8	Beachte und verwende alle vorhandenen Informationen
9	Verhindere und erkenne Fixierungsfehler
10	Habe Zweifel und überprüfe genau
11	Verwende Merkhilfen und schlage nach
12	Re – evaluiere die Situation immer wieder
13	Achte auf gute Teamarbeit – andere unterstützen und sich koordinieren
14	Lenke deine Aufmerksamkeit bewusst
15	Setze Prioritäten dynamisch

Abb. 10. CRM Leitsätze nach Rall M., Gaba 2009

10.2 Weiterführende Befragung

Nachfolgend aufgelistet sind mögliche Fragen, welche für eine weiterführende Befragung in Betracht gezogen werden könnten.

Das Kantonsspital Graubünden arbeitet innerklinisch mit der «Du – Kultur». Daher sind auch die Fragen für diese mögliche Umfrage, in dieser «Du – Kultur» formuliert.

- In welchem Arbeitsfeld arbeitest du?
 - Aufwachraum, Experte Anästhesiepflege oder Anästhesearzt
- Wie lange arbeitest du bereits in diesem Arbeitsfeld?
 - So kann z. B. detektiert werden, ob und wie sich die Schwerpunkte und oder Störfaktoren mit der Erfahrung der Mitarbeiter verändern.
- Wie empfindest du die Qualität der Übergaben?
 - Skalierung von 0 – 10 zur subjektiven anonymen Einschätzung der Zufriedenheit mit der aktuellen Situation oder Struktur
- Welchen Stellenwert hat die Übergabe für dich?
 - Skalierung von 0 – 10 zur subjektiven anonymen Einschätzung der Akzeptanz dieses Prozesses.
- Ist bei den Übergaben eine einheitliche Struktur ersichtlich?
- Welche Informationen muss eine Übergabe für dich beinhalten?
 - Überprüfung der Vollständigkeit
- Welche Faktoren beeinflussen eine Übergabe positiv?
 - Detektion von positiven Eigenschaften der aktuellen Übergabestruktur
- Welche Faktoren beeinflussen eine Übergabe negativ?
 - Detektion der Störfaktoren
- Fühlst du dich bei der Übergabe von deinem Gegenüber ernst genommen?
 - Evaluation der Akzeptanz und Teamzugehörigkeit Disziplin- sowie Funktionsübergreifend (Hierarchiestufen).

11 Glossar

CRM	Crisis Resource Management
AWR	Aufwachraum
WHO	Welt Gesundheits Organisation
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Abb. 11. Abkürzungsverzeichnis