

## Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin: Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase – das SBAR-Konzept

27.03.2022

### 1. Ausgangsbasis und Problemstellung

Gute Kommunikation ist elementar für funktionierende Teams. [1] Die Zusammenarbeit im Operationssaal und auf der Intensivstation erfordert einen klaren und konsequenten Austausch von Informationen, sodass alle Beteiligten die Patientenversorgung aktiv gestalten können. Übergaben in der perioperativen Phase sind in diesem Sinne besonders wichtig, da sie Zäsuren in der Betreuung von potenziell kritischen Patienten in einer besonders vulnerablen Phase darstellen. Das Antizipieren von Dynamiken ist essenzieller Teil eines vorausschauenden Managements und kritisch von einer guten Informationslage abhängig. Die sich daraus ergebende zentrale Rolle von Patientenübergaben in der perioperativen Medizin ist allerdings nur bei entsprechender Qualität solcher Übergaben zu erfüllen. Insbesondere in dieser Phase, die für das Behandlungsteam eine hohe Arbeitsbelastung bedeutet, kommt es regelmäßig zu Einschränkungen in der Kommunikation, [2]–[4] deren Folgen sich quantifizieren lassen: Ungenügende Kommunikation wird in bis zu 65 % von Behandlungsfehlern als Ursache identifiziert [5], und auch in Kunstfehlerprozessen mit Bezug auf anästhesiologische Leistungen spielt ungenügende Kommunikation eine große Rolle. [6] Organisatorische Faktoren, die nicht selten einem ökonomisch motivierten Effizienzdruck entspringen, tragen dazu bei. Das parallele Abarbeiten von beispielsweise dem physischen Patiententransfer und der Etablierung des neuen Monitorings hat einen negativen Einfluss auf die kommunikative Qualität. [7] Besonders häufig hiervon betroffen sind Pflegekräfte mit der Folge, dass trotz physischer Anwesenheit das eigentliche Ziel der interprofessionellen Zusammenarbeit nicht erreicht wird. [8] Dies hat negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit, (wegfallende Redundanz, vgl. Schweizer-Käse-Modell [9]), wirkt sich aber auch negativ auf die Teamwahrnehmung aus. Letzteres hat langfristige Implikationen, die über die einzelne Situation hinausgehen [10, 11]. Kommunikationsfehler werden als einer der Hauptgründe für eine Patientengefährdung verantwortlich gemacht. Neben der fehlenden Überwachung der Vitalparameter und dem Nicht-Erkennen einer klinischen Verschlechterung kommt es häufig zu einer Verzögerung der Informationsweitergabe; zudem ist der Informationsgehalt innerhalb der Pflege-Arzt-Kommunikation nicht selten unzureichend. **Tabelle 1** zeigt weitere Faktoren und Beispiele, die eine strukturierte Übergabe maßgeblich negativ beeinflussen können.

**Tabelle 1: Negative Einflussfaktoren für eine effektive Patientenübergabe**

Faktor	Beispiel
Zunehmender Zeitdruck	Zeitkritischer Notfall, dringlicher Handlungsbedarf Nächste Aufgabe/Patient wartet
Arbeitsunterbrechungen und Ablenkungen, v. a. bei Belastungsspitzen	OP-Bereich, Intensivstation, Station überfüllt/ Verantwortung für mehrere Bereiche
Hoher Geräuschpegel	Intensivstation, Kreißsaal, Notaufnahme
Mangelnder Blickkontakt	Telefonische Übergabe
Fehlende Standardisierung der Übergabe	Übergabekonzept nicht etabliert
Steil-hierarchische Systeme	Gelebte Top-Down Führungsstile mit mangelnder Einbindung untergeordneter MitarbeiterInnen
Angst / Drohungen behindern das Gefühl, frei sprechen zu können	Vorbestehende Konflikte auf persönlicher/arbeitsrechtlicher Ebene
Sprachliche Barrieren	Mangelnde Deutschkenntnisse bei Sender oder Empfänger der Übergabe
Unzureichende Einarbeitung	Berufsstart/ Stellenwechsel einer/s Beteiligten
Fehlendes Verständnis für Fachtermini und Fremdworte	Berufsanfänger, Wissenslücken, neuartige Therapien/Medikamente

In Synopse stützen diese Umstände die Einschätzung, dass die Patientenübergabe als Schnittstelle zwischen Verantwortungsbereichen ein grundsätzlich standardisierungswürdiger Vorgang ist. Zu dieser Einschätzung kommen sowohl national als auch international eine ganze Reihe von Fachgesellschaften, die amerikanische Akkreditierungsorganisation „The Joint Commission“ und nicht zuletzt auch die WHO. [12]–[15]. Das Erkennen dieser wichtigen Faktoren und vor allem das Erkennen der Notwendigkeit, die Teamkommunikation zu verbessern, kann die Patientensicherheit positiv beeinflussen. Eine Standardisierung erhöht die Qualität der Übergabe und erzeugt damit mehr Kontinuität in der Behandlung. Der konstruktive Diskurs über bestehende und antizipierte Versorgungsprioritäten und die gemeinsame Reflexion von Zielsetzung und Strategien schafft Stringenz. Zusätzlich birgt das anlassbezogene Fachgespräch auch Mehrwert im Sinne des professionellen Austausches. Der Diskurs ist eine grundlegende Voraussetzung für die persönliche fachliche Weiterentwicklung. In einer Übergabesituation kann dieser Diskurs im Idealfall interdisziplinär geschehen und stärkt so auch langfristig eine wertschätzende Gesprächskultur, wie sie einem gemeinsamen Sicherheitsbewusstsein und einem konstruktiven Umgang mit Fehlern zu Grunde liegt.

## 2. Das SBAR Konzept- vier Säulen

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) empfiehlt bereits seit 2016 das SBAR-Konzept als Schema zur Strukturierung der Patientenübergabe [12].

Hierbei wird eine definierte, thematisch geordnete Reihenfolge für die Übermittlung von Informationen gemäß folgender Sequenz festgelegt:

- S** "Situation" (Situation)
- B** "Background" (Hintergrund)
- A** "Assessment" (Zustand)
- R** "Recommendation" (Empfehlung)

### 2.1. Ursprung und wissenschaftlicher Hintergrund

Standardisierte Übergabekonzepte wurden ursprünglich für Hochrisikobereiche und Organisationen wie die Luft- und Raumfahrtindustrie konzipiert. Sie geben eine strukturierte Vorgabe des Inhalts und wie dieser Inhalt kommuniziert wird. Eine Vielzahl an Studien belegt, dass die Implementierung eines strukturierten Übergabekonzeptes auch in Hochrisikobereichen der Medizin (z.B. Geburtshilfe, Operationssaal, postoperativer Aufwachraum, Intensivstationen, Notfallmedizin/Schockraum) die Zufriedenheit der Teammitglieder und der Patienten, aber auch die Sicherheitskultur im Patientenmanagement deutlich verbessert.[8-10] Das SBAR-Schema ist international erprobt und eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit und Kommunikation belegt, ebenso ein positiver Effekt auf die Sicherheitskultur [17]–[19], [21], [22]. Eine rückläufige Anzahl an Zwischenfallberichten aufgrund von Kommunikationsfehlern zeigte einen konkreten Einfluss auf die Patientensicherheit [2]. De Meester et al. [16] fanden eine signifikante Reduktion unerwarteter Todesfälle und konnten damit die Verbesserung eines für Patienten relevanten Endpunktes zeigen.

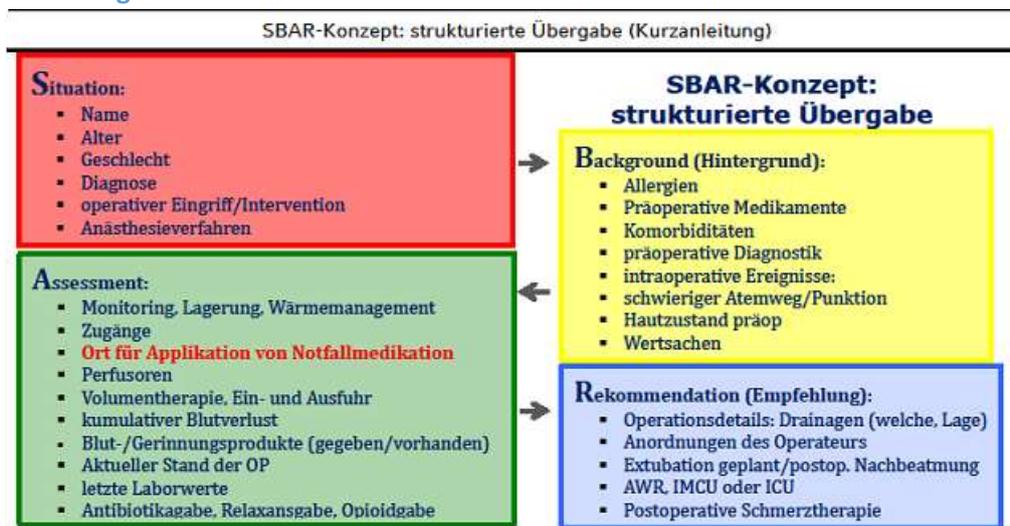
### 2.2. Anwendung

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

Das SBAR-Konzept ist sehr flexibel an unterschiedliche Rahmenbedingungen anpassbar und inhaltlich frei gestaltbar. Jede Einrichtung kann für sich definieren, welche Inhalte unter den 4 Säulen des Konzepts hinterlegt werden. Sind Inhalte allerdings definiert, so gelten sie als verpflichtend für Alle.

Die Abbildung 1 zeigt Inhalte und Sequenz der strukturierten Patientenübergabe nach dem SBAR-Konzept am Beispiel aus der Klinik für Anaesthesiologie der LMU München. Die intra- und postoperative Patientenübergabe erfolgt nach dem vorgegebenen Konzept. In den Operationssälen und im Aufwachraum ist das SBAR-Konzept als Übergabehilfe an den Computern bzw. am Patientenbett ausgelegt. Im Rahmen der Implementierung erhalten alle Ärzte und das Pflegepersonal eine Schulung zur klinischen Relevanz und Anwendung des SBAR-Konzepts sowie eine mehrmalige Supervision der Übergabe durch geschulte Multiplikatoren.

Abbildung 1



### 2.3. Strategien für eine effektive Umsetzung des SBAR-Konzepts

Die Übergabe ist ein obligatorischer und sicherheitsrelevanter Prozess der täglichen Arbeit. Als sicherheitsrelevanter Prozess soll die Übergabe standardisiert und trainiert werden. Als Bestandteil der täglichen Arbeit soll die Übergabe obligat stattfinden, der entsprechende Zeitaufwand muss bei der Arbeitsplanung berücksichtigt werden. **Die Übergabe soll in einer wertschätzenden Atmosphäre stattfinden.** Inhalte sollen fachlich diskutiert werden, Beiträge grundsätzlich willkommen geheißen werden. Zum wertschätzenden Umgang gehört auch das gegenseitige Vorstellen neuer Teammitglieder. Tabelle 2 zeigt Strategien, die eine Übergabe maßgeblich positiv beeinflussen (modifiziert nach Segall et al. [23])

Tabelle 2

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

**Die Übergabe soll multimodal stattfinden und kann durch digitale Technologien gestützt werden.** Das schriftliche Vorbereiten einer Übergabe in Adhärenz zum gegebenen Schema kann helfen, die relevanten Punkte in der Akutsituation schemagerecht zu erinnern. Die Verschriftlichung kann als Dokumentation auch nach der Übergabesituation noch konsultiert werden. Eine digitale Umsetzung ermöglicht sogar die vorbereitende Übersendung und kann die verbale Übergabe effizienter machen.

### Fazit

Die Übergabe von Patienten zwischen Versorgungs- und Verantwortungsbereichen ist ein kritischer Zeitpunkt in der Versorgung. Die Übergabesituation ist mit einer Reihe unvorteilhafter Eigenschaften vergesellschaftet, die nicht selten zu einer realen Gefährdung für kritisch kranke Patienten kumulieren. Standardisierte Arbeitsabläufe- und Übergaben wie das SBAR-Konzepts können helfen, das Risiko zu reduzieren. Eine Kultur der Patientensicherheit und gegenseitigen Wertschätzung, sowie die aktive Mitarbeit aller Beteiligten in der Übergabesituation sind weitere Schlüsselfaktoren zu patientenzentrierter und sicherheitsbewusster Kommunikation.

### 3. Literatur

- [1] M. Leonard, S. Graham, and D. Bonacum, "The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care," *Quality and Safety in Health Care*, vol. 13, no. SUPPL. 1, Oct. 2004. doi: 10.1136/qshc.2004.010033.
- [2] M. Randmaa, G. Mårtensson, C. L. Swenne, and M. Engström, "SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study," *BMJ Open*, vol. 4, no. 1, 2014, doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268.
- [3] C. C. Greenberg *et al.*, "Patterns of Communication Breakdowns Resulting in Injury to Surgical Patients," *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 204, no. 4, pp. 533–540, Apr. 2007, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.01.010.
- [4] L. Lingard *et al.*, "Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects," *Quality and Safety in Health Care*, vol. 13, no. 5, pp. 330–334, Oct. 2004, doi: 10.1136/qshc.2003.008425.
- [5] Joint Commission, "Improving America's hospitals: the Joint Commission's annual report on quality and safety. 2007," *Washington, DC: The Joint Commission*, 2007.
- [6] A. F. Merry and J. M. Weller, "Communication and team function affect patient outcomes in anaesthesia: getting the message across," *British Journal of Anaesthesia*, vol. 127, no. 3, Elsevier Ltd, pp. 349–352, Sep. 01, 2021. doi: 10.1016/j.bja.2021.06.033.
- [7] E. L. J. van Rensen *et al.*, "Multitasking during patient handover in the recovery room," *Anesthesia and Analgesia*, vol. 115, no. 5, pp. 1183–1187, Nov. 2012, doi: 10.1213/ANE.0b013e31826996a2.
- [8] K. Nagpal *et al.*, "Information Transfer and Communication in Surgery," *Annals of Surgery*, vol. 252, no. 2, pp. 225–239, Aug. 2010, doi: 10.1097/SLA.0b013e3181e495c2.
- [9] J. Reason, "Managing the Risks of Organizational Accidents, 1er éd." Ashgate Publishing Company, 1997.
- [10] C. Ogbonnaya, C. J. Tillman, and K. Gonzalez, "Perceived Organizational Support in Health Care: The Importance of Teamwork and Training for Employee Well-Being and Patient Satisfaction," *Group and Organization Management*, vol. 43, no. 3, pp. 475–503, Jun. 2018, doi: 10.1177/1059601118767244.
- [11] M. A. Rosen *et al.*, "Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care," *American Psychologist*, vol. 73, no. 4, pp. 433–450, May 2018, doi: 10.1037/amp0000298.
- [12] V. von Dossow and B. Zwißler, "DGAInfo Empfehlung Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase-Das SBAR-Konzept\*," *AnästH Intensivmed*, vol. 57, pp. 88–90, 2016, [Online]. Available: [www.jointcommission.org/assets/](http://www.jointcommission.org/assets/)
- [13] I. Gräff *et al.*, "Recommendations for a structured handover process in the emergency department: Consensus paper from DGINA, DIVI, BAND, BV-AELRD, VDF, AGBF, DBRD, DRK, MHD, JUH, ASB, FALCK, APS, ABNP, DRF, ADAC," *Notfall und Rettungsmedizin*. Springer Medizin, 2020. doi: 10.1007/s10049-020-00810-8.
- [14] B. Preckel *et al.*, "Ten years of the Helsinki Declaration on patient safety in anaesthesiology An expert opinion on peri-operative safety aspects," *European Journal of Anaesthesiology*, vol. 37, no. 7, Lippincott Williams and Wilkins, pp. 521–610, Jul. 01, 2020. doi: 10.1097/EJA.0000000000001244.
- [15] P. S. Solutions, "Communication during patient hand-overs," *World Health Organization*, 2007.
- [16] K. de Meester, M. Verspuy, K. G. Monsieurs, and P. van Bogaert, "SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study," *Resuscitation*, vol. 84, no. 9, pp. 1192–1196, Sep. 2013, doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016.
- [17] K. Velji *et al.*, "Effectiveness of an Adapted SBAR Communication Tool for a Rehabilitation Setting.," *Healthcare quarterly (Toronto, Ont.)*, vol. 11, no. 3 Spec No., pp. 72–79, 2008, doi: 10.12927/hcq.2008.19653.
- [18] J. Compton *et al.*, "Implementing SBAR across a large multihospital health system," *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, vol. 38, no. 6, pp. 261–268, 2012, doi: 10.1016/S1553-7250(12)38033-1.
- [19] S. M. Renz, M. P. Boltz, L. M. Wagner, E. A. Capezuti, and T. E. Lawrence, "Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care," *Geriatric Nursing*, vol. 34, no. 4, pp. 295–301, Jul. 2013, doi: 10.1016/j.gerinurse.2013.04.010.
- [20] M. Müller, J. Jürgens, M. Redaelli, K. Klingberg, W. E. Hautz, and S. Stock, "Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review," *BMJ Open*, vol. 8, no. 8, BMJ Publishing Group, Aug. 01, 2018. doi: 10.1136/bmjopen-2018-022202.
- [21] N. J. Cunningham, T. J. Weiland, J. van Dijk, P. Paddle, N. Shilkofski, and N. Y. Cunningham, "Telephone referrals by junior doctors: A randomised controlled trial assessing the impact of SBAR in a simulated setting," *Postgraduate Medical Journal*, vol. 88, no. 1045, pp. 619–626, Nov. 2012, doi: 10.1136/postgradmedj-2011-130719.

- [22] D. A. Telem, K. E. Buch, S. Ellis, B. Coakley, and C. M. Divino, "Integration of a Formalized Handoff System Into the Surgical Curriculum Resident Perspectives and Early Results," 2011.
- [23] N. Segall *et al.*, "Can we make postoperative patient handovers safer? a systematic review of the literature," *Anesthesia and Analgesia*, vol. 115, no. 1. pp. 102–115, Jul. 2012. doi: 10.1213/ANE.0b013e318253af4b.
- [31] E. G. van Eaton, K. D. Horvath, W. B. Lober, A. J. Rossini, and C. A. Pellegrini, "A randomized, controlled trial evaluating the impact of a computerized

## Autoren

Univ.-Prof. Dr. Vera von Dossow ([vondossow@hdz-nrw.de](mailto:vondossow@hdz-nrw.de))

Institut für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Herz- und Diabeteszentrum Bad Oeynhausen, Ruhr  
Universität Bochum

Georgstrasse 11, 32545 Bad Oeynhausen

Univ.-Prof. Dr. Bernhard Zwißler ([bernhard.Zwissler@med.lmu.de](mailto:bernhard.Zwissler@med.lmu.de))

Klinik für Anaesthesiologie der LMU München

Marchioninistrasse 15, 81377 München

Gesamtumfang: max. 25.000 (incl. Literatur, Tabellen, Abbildungslegenden)

Beitragsuntertitel: Die strukturierte Patientenübergabe - Implementierung in den klinischen Alltag