

Med Klin Intensivmed Notfmed 2024 · 119:253–259
<https://doi.org/10.1007/s00063-024-01127-x>

Eingegangen: 21. November 2023

Angenommen: 9. Februar 2024

Online publiziert: 18. März 2024

© The Author(s), under exclusive licence to
Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
Springer Nature 2024

Redaktion

Uwe Janssens, Eschweiler
Stefanie Lemme, Osnabrück



Übergaben auf der Intensivstation

Eyleen Reifarth · Jan-Hendrik Naendrup · Jorge Garcia Borrega · Lisa Altenrath ·
Alexander Shimabukuro-Vornhagen · Dennis Alexander Eichenauer ·
Matthias Kochanek · Boris Böll

Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Köln, Deutschland

Zusammenfassung

Hintergrund: Eine effektive Übergabe auf der Intensivstation ist ein zentrales Element einer sicheren Patient*innenversorgung.

Ziel: Der Beitrag möchte für die Bedeutung einer strukturierten Übergabe sensibilisieren und macht auf Herausforderungen und Optimierungsmöglichkeiten aufmerksam.

Material und Methoden: Auf Basis der verfügbaren Literatur wird die aktuelle Datenlage zur Übergabe auf Intensivstationen zusammengefasst und werden Handlungsempfehlungen abgeleitet.

Ergebnisse: Die Qualität der Übergabe hat Auswirkungen auf die Patient*innensicherheit. Gleichzeitig ist die Kommunikation auf der Intensivstation durch die Komplexität der Fälle, ein disruptives Setting sowie eine Vielzahl inter- und intraprofessioneller Interaktionen besonders herausfordernd. Hierarchische Teamstrukturen, Mängel in der Feedback- und Fehlerkultur, (fach)sprachliche Kommunikationshürden sowie eine hohe physische und psychische Belastung können die Effektivität der Übergabe negativ beeinflussen. Maßnahmenbündel, wie Checklisten, Akronyme als Merkhilfe und Kommunikationstrainings, können dabei helfen, den Übergabeprozess strukturierter zu gestalten und Kommunikationsfehler zu reduzieren.

Schlussfolgerung: Effektive Übergaben sind die Grundlage für eine qualitativ hochwertige und sichere Patient*innenversorgung, sind auf Intensivstationen jedoch häufig besonderen Herausforderungen ausgesetzt. Interventionelle Maßnahme, wie festgelegte Übergabeschemata und regelmäßige Trainings, können helfen, die Kommunikation und Struktur der Übergabe zu verbessern und die Patient*innensicherheit zu erhöhen.

Schlüsselwörter

Kommunikation · Patient*innensicherheit · Checkliste · Akronyme · Feedback

In diesem Beitrag

- Patient*innensicherheit
- Herausforderungen
Anspruchsvolles Setting · Schnittstelle Intensivstation · Kommunikative Hürden · Hierarchie und Fehlerkultur · Sprachbarriere und Wissensunterschiede · Faktor Mensch · Personaldichte und Zeitdruck
- Strukturierte und standardisierte Übergabe
Akronyme als Merkhilfe für Übergaben · SBAR · I-PASS
- Ausblick

Hintergrund

Die Patient*innenübergabe ist definitionsgemäß die zeitlich begrenzte Übertragung der Zuständigkeit und Verantwortung für einige oder alle Aspekte der Versorgung eines oder mehrerer Patient*innen an eine andere Person oder Berufsgruppe [4]. Auf der Intensivstation müssen Übergaben aufgrund der dynamischen Krankheitsverläufe in einem hochtechnisierten

Umfeld besonderen kommunikativen Ansprüchen gerecht werden [6]. Kommunikationsmängel führen dabei häufig zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen [6, 10, 12, 17]. Die adäquate Durchführung der Übergabe ist somit wichtiger Bestandteil einer verantwortungsvollen Patient*innenversorgung.



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Patient*innensicherheit

Ein effektiver Informationstransfer im Team ist für eine sichere Behandlung der Patient*innen unerlässlich. Die Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) der Vereinigten Staaten von Amerika wies in ihrem Bericht aus dem Jahr 2022 1441 freiwillig gemeldete patient*innengefährdende Zwischenfälle („sentinel events“) aus, die zu einem verlängerten Krankenhausaufenthalt (13 %), zu schweren vorübergehenden Beeinträchtigungen (44 %), zu dauerhaften Beeinträchtigungen (6 %) bis hin zum Tod der Patient*innen führten (20 %; [12]). Als Hauptursache für die berichteten Zwischenfälle nannte die JCAHO eine inadäquate Kommunikation im Behandlungsteam [12].

» Eine inadäquate Kommunikation im Behandlungsteam wurde als Hauptursache für Zwischenfälle benannt

Die Kommunikation während der Patient*innenübergabe ist in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung. Die Übergabe sollte das nachfolgende Team dazu befähigen, die Patient*innenversorgung nahtlos fortzuführen, d. h. so, als wäre das übernehmende Team bei der bisherigen Versorgung anwesend und daran beteiligt gewesen [6]. Häufig werden die zentralen Patient*inneninformationen allerdings nur ungenau oder unvollständig weitergegeben oder sind für die akute Versorgung der Patient*innen irrelevant [6]. Zusätzlich fehlt es regelmäßig an Transparenz hinsichtlich getroffener Entscheidungen und durchgeführter Maßnahmen [2]. Die Frage nach möglichen Ursachen für diese Kommunikationsmängel lässt sich anhand der Herausforderungen, die insbesondere mit der Übergabe auf der Intensivstation einhergehen, beantworten.

Herausforderungen

Dem Anspruch an adäquate Übergaben stehen verschiedene Herausforderungen gegenüber. Die besonderen Rahmenbedingungen auf der Intensivstation, verschiedene kommunikative Hürden sowie

hierarchische und strukturelle Gegebenheiten sind hier als maßgebliche Fallstricke zu nennen.

Anspruchsvolles Setting

Auf der Intensivstation finden Übergaben in einem Umfeld mit Störgeräuschen, Ablenkungen und Unterbrechungen bei gleichzeitig hoher Fallkomplexität und z. T. rasanten Veränderungen des klinischen Zustands der Patient*innen statt. Durchschnittlich 3,8-mal pro Stunde (alle 15,8 min) werden Mediziner*innen auf der Intensivstation in ihrer Tätigkeit unterbrochen; das Pflegepersonal durchschnittlich 3,3-mal pro Stunde (alle 18,3 min; [3]). Unterbrechungen und Ablenkungen können allerdings auch selbstinitiiert sein, wie eine Beobachtungsstudie aus den Niederlanden im Jahr 2012 zeigte: Bei Neuaufnahmen der Patient*innen schlossen die beteiligten Pflegefachpersonen die Patient*innen bereits simultan zur Übergabe an das Monitoring und die Beatmungsmaschine an und generierten dadurch selbst Ablenkungen im Übergabegespräch [27].

Schnittstelle Intensivstation

Eine zusätzliche Herausforderung stellen die verschiedenen Übergabekonstellationen auf der Intensivstation dar. Dort erfolgt die Übergabe sowohl intraprofessionell innerhalb einzelner Berufsgruppen als auch interprofessionell, z. B. im Rahmen der Visite, mit dem Rettungsdienst sowie abteilungs- oder klinikübergreifend (■ Abb. 1). Klinikintern sorgen außerdem interdisziplinäre Übergaben zwischen dem Personal der Intensivstation und den peripheren Stationen, dem Operationssaal (OP) oder der Notaufnahme für eine erhöhte Variabilität des Informationstransfers. Hierdurch können wichtige Informationen verloren gehen. Laut einer Beobachtungsstudie aus dem Jahr 2023 waren durchschnittlich 3,5 der postoperativen Informationen pro Übergabe vom OP-Team an das Intensivpersonal unvollständig (z. B. eine unvollständige Aufzählung der Allergien der Patient*innen) und 0,11 Informationen pro Übergabe falsch [7].

Kommunikative Hürden

Die zentralen Patient*inneninformationen werden in der Übergabe meist in Form eines mündlichen, bidirektionalen Gesprächs übermittelt, z. T. auch nur telefonisch. Die Flüchtigkeit mündlicher Kommunikation kann dabei das Verstehen und Behalten übermittelter Informationen erschweren. Im telefonischen Übergabegespräch entfallen zudem zahlreiche nonverbale Informationen, die die Schwere der Situation unterstreichen können [6]. In einer Interviewstudie mit 26 Assistenzärzt*innen wurde das telefonische Übergabegespräch sogar als ein Grund für die fehlgeschlagene Kommunikation im Klinikalltag identifiziert [2].

Hierarchie und Fehlerkultur

Kommunikationsmängel im Übergabegespräch beruhen auch auf hierarchischen Machtstrukturen im Team [26]. Hierbei kann eine mangelnde Fehlerfreundlichkeit Hemmung auslösen, eigenes Fehlverhalten in der Übergabe zu berichten oder Sicherheitsbedenken zu äußern, insbesondere gegenüber Vorgesetzten [26]. Dies kann u. a. zu wiederholtem Fehlverhalten führen [6].

Sprachbarriere und Wissensunterschiede

Der unreflektierte Einsatz medizinischer Fachsprache sowie Präsuppositionen hinsichtlich des vorhandenen Wissens und der (Fach-)Sprachkenntnisse der an der Übergabe beteiligten Personen können einen gestörten Informationstransfer begünstigen und zusätzliche Missverständnisse verursachen [24].

Faktor Mensch

Schließlich steht auch der Faktor Mensch in engem Zusammenhang mit der Übergabequalität. Er beschreibt dabei den Einfluss, den die körperliche und psychische Verfassung der an der Übergabe beteiligten Personen auf das Übergabegespräch haben kann. Die Gesprächsparteien auf der Intensivstation sind im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit regelmäßig mit verschiedenen Belastungen wie langen Arbeits-

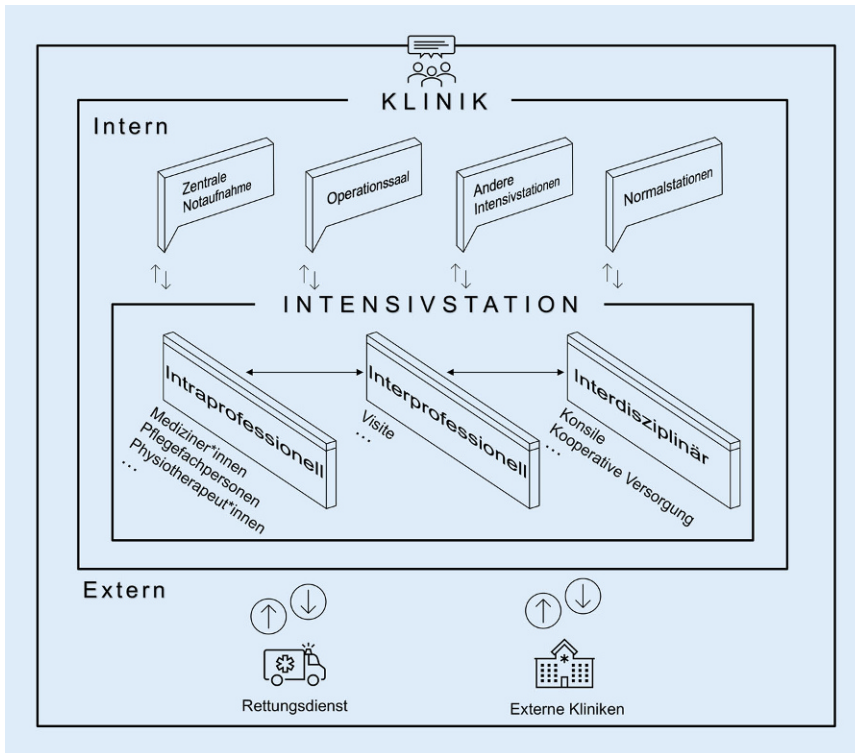


Abb. 1 ▲ Schematische Darstellung der verschiedenen Übergabearten auf der Intensivstation

zeiten sowie starken eigenen und fremden Emotionen konfrontiert. Eine randomisierte Untersuchung zeigte in diesem Zusammenhang, dass die Häufigkeit der Fehler von Assistenzärzt*innen im Intensivbereich bei einer Arbeitszeit von mehr als 24 h im Vergleich zu kürzeren Arbeitszeiten um rund 36 % erhöht war [14].

» Durch Belastungsfaktoren bedingte Konzentrationsschwierigkeiten tragen zu inadäquaten Übergaben bei

Hinsichtlich der emotionalen Belastung wurde in einer Befragung von 377 Mitarbeitenden auf vier Intensivstationen im Jahr 2017 eine Prävalenz von 37 % für das Burn-out-Syndrom und von 13 % für eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) unter den Befragten nachgewiesen [5]. Diese und weitere Belastungsfaktoren können zu Konzentrationsschwierigkeiten der Betroffenen im Übergabegespräch und dadurch zu inadäquaten Übergaben beitragen.

Personaldichte und Zeitdruck

Der Faktor Mensch kann zusätzlich durch strukturelle Aspekte, wie die personelle Ausstattung der Intensivstationen und die damit verbundenen Anforderungen an die Übergabe und das Behandlungsteam, beeinflusst werden. In einer Befragung von 515.637 Klinikmitarbeitenden (hiervon 34 % Pflegefachpersonen und 6 % Mediziner*innen) in den USA wurden Übergaben bei einer ausreichenden Personaldichte eher als erfolgreich durchgeführt wahrgenommen als bei unzureichender Personaldichte [20]. Eine zu niedrige Personaldichte könnte des Weiteren dazu beitragen, dass das Behandlungsteam die für die Übergabe verfügbare Zeit als zu gering einstuft. Der daraus resultierende Zeitdruck stellt dann ein weiteres Hindernis für eine erfolgreiche Übergabe dar [21].

» Zeitdruck stellt für eine erfolgreiche Übergabe ein Hindernis dar

Zur Bestimmung einer ausreichenden Personaldichte eignet sich z.B. die Emp-

fehlung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) aus dem Jahr 2022. Die DIVI befürwortet darin einen dynamischen Personalschlüssel zwischen betreuender Pflegefachperson und Patient*innenanzahl von 1 zu 3 bis 1 zu 1 bei besonders aufwendigen Patient*innen (z.B. Patient*innen mit extrakorporaler Membranoxygenierung) sowie, neben der ärztlichen Leitung und einer Ausfallkompensation (1,3 Vollkostenstellen, VK), mindestens 0,7–0,8 VK-Ärzt*innen pro Behandlungsplatz, je nach Patient*innenklientel [29].

Strukturierte und standardisierte Übergabe

Als Antwort auf diese Herausforderungen wird in der Literatur empfohlen, den Übergabeprozess zu standardisieren und mithilfe von Checklisten und Protokollen sowie Merkhilfen für Kommunikationsstrategien zu strukturieren [6, 8, 11, 22, 25, 30]. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, dass dies den Übergabeprozess optimieren kann [15, 16, 23, 25]. In einer randomisierten, kontrollierten Studie (RCT) wurde im Jahr 2016 nachgewiesen, dass die Übergabe vom chirurgischen Team an das Intensivpersonal unter Verwendung einer Checkliste wesentlich mehr relevante Patient*inneninformationen umfasste als Übergaben ohne Checkliste [23]. In einer Kohortenstudie aus dem Jahr 2020 konnten Informationslücken mithilfe eines strukturierten Protokolls für die postoperative Übergabe vom OP-Personal an die Intensivstation um 21,3 % reduziert werden. Der Rückgang der ausgelassenen Informationen stand dabei im linearen Zusammenhang mit der Anzahl der befolgten Protokollschritte ($p < 0,001$). Die Dauer der Übergabe erhöhte sich in der Interventionsgruppe von 4,1 auf 8,0 min ($p < 0,001$; [15]).

» Ein standardisiertes Curriculum bewirkte einen signifikanten Rückgang der Kommunikationsfehler

In einer weiteren RCT aus dem Jahr 2018 wurde auf 8 internistischen und chirurgischen Intensivstationen dank eines standardisierten Curriculums für intraprofes-

Tab. 1 Merkhilfen für die Übergabe [23, 26]		
Akronym	Adressat*in	Erklärung
ANTICIPate	Ärzt*innen	A = administrative Daten N = „new information“: klinische Veränderungen T = „tasks“: erforderliche Maßnahmen I = „illness“: Diagnose C = „contingency planning“: z. B. Reanimationsstatus
I-PASS	Pflegepersonal, Ärzt*innen	I = „illness severity“: stabil/instabil P = „patient summary“: Aufnahmegrund, Vorgeschichte, Verlauf, Behandlungsplan A = „action items“: To-do-Liste mit Prioritätslevel S = „situation awareness/contingency planning“: z. B. Reanimationsstatus S = „synthesis by receiver“: kurze Zusammenfassung durch die Zuhörer*innen
I-PASS the BATON	Pflegepersonal, Ärzt*innen	I = „introduction“: sich vorstellen mit Rolle/Position P = „patient“: Name, Alter, Geschlecht, Ort/Station A = „assessment“: Diagnose, Hauptbeschwerden, Vitalzeichen, Symptome S = „situation“: aktueller Zustand, Reanimationsstatus, Veränderungen/Reaktion auf die Behandlung S = „safety concerns“: kritische Laborwerte, sozioökonomische Faktoren, Allergien, Besonderheiten (z. B. Isolation) B = „background“: Komorbiditäten, frühere Episoden, aktuelle Medikation, Familienanamnese A = „actions“: Maßnahmen durchgeführt/erforderlich (mit kurzer Begründung) T = „timing“: Dringlichkeitsstufe, expliziter Zeitplan und Priorisierung der Maßnahmen O = „ownership“: Verantwortlichkeit unter Pflegefachperson, Ärzt*in und Verantwortlichkeiten des*der Patient*in/Angehörigen (z. B. Betreuung) N = „next“: z. B. erwartete Zustandsveränderung oder Therapieanpassung
I-SBAR	Pflegepersonal, Ärzt*innen, Rettungsdienst	I = „introduction“: sich vorstellen mit Rolle/Position S = „situation“ B = „background“ A = „assessment“ R = „recommendation“
SBAR-R	Pflegepersonal, Ärzt*innen	S = „situation“ B = „background“ A = „assessment“ R = „recommendation“ R = „response/read back“: Zuhörer*in paraphrasiert die zentralen Übergabeinformationen

sionelle Übergaben im Ärzt*innenteam ein signifikanter Rückgang der Kommunikationsfehler beobachtet, ohne dass sich die Dauer der Übergabe verändert hatte [16].

Akronyme als Merkhilfe für Übergaben

Riesenberg et al. beschreiben in ihrer Analyse von 46 Publikationen insgesamt 24 Akronyme, die als Merkhilfe für Übergabegespräche genutzt werden [22]. Für den Intensivbereich sind insbesondere die Akronyme SBAR und I-PASS mit ihren jeweiligen Erweiterungen interessant (■ Tab. 1; ■ Abb. 2).

SBAR

Das Akronym SBAR steht für S = „situation“, B = „background“, A = „assessment“, R = „recommendation“ und wird unter

anderem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zur Strukturierung der Übergabe empfohlen ([28, 30]; ■ Abb. 2). Ursprünglich entwickelt für die militärische Informationsübermittlung über Hierarchiegrenzen hinweg erwies sich die SBAR-Methode wiederholt als geeignet zur Reduzierung von Kommunikationsfehlern im medizinischen Bereich [9]. Nach der Implementierung der SBAR-Merkhilfe wurden z. B. die kommunikationsbedingten Zwischenfälle in den Bereichen Intensivstation, OP und Post Anaesthesia Care Unit (PACU) in einer schwedischen Klinik von 31 % auf 11 % ($p < 0,0001$) reduziert [18].

I-PASS

Das Akronym I-PASS steht für I = „illness severity“, P = „patient summary“, A = „action items“, S = „situation awareness and contingency planning“, S = „synthesis by receiver“. In einer multizentrischen RCT wurde im Jahr 2014 I-PASS als Merkhilfe in 9 Krankenhäusern auf pädiatrischen Normalstationen evaluiert [25].

» Read-back-Verfahren sowie Kommunikationstrainings u. Ä. werden ebenfalls empfohlen

Die Intervention umfasste dabei das Akronym I-PASS als Merkhilfe in Kombination mit einem Kommunikationsworkshop, Simulationstraining und einem Onlinekurs für das medizinische Personal, dem Ausbau benötigter Lehrstrukturen, einem Feedbackbogen und einer Implemen-

S

Situation*Um welche*n Patient*in geht es?*

- ☒ Name, Alter, Geschlecht
- ☒ Aufnahmegrund (ITS)
- ☒ Ggf. erfolgte Interventionen (Reanimation, Intubation)
- ☒ Ggf. operativer Eingriff (bei Übernahme aus OP)

B

Background*Was wissen wir über den*die Patient*in?*

- ☒ Grunderkrankung
- ☒ Komorbiditäten
- ☒ Allergien
- ☒ Medikation
- ☒ Erfolgte Diagnostik
- ☒ Patient*innenverfügung
- ☒ Sozialanamnese

A

Assessment*Wie ist der aktuelle Zustand des*der Patient*in?*

- ☒ Airway (Atemweg)
- ☒ Breathing (Beatmung)
- ☒ Circulation (Kreislauf): Vitalwerte, Vasopressoren, Blut/Gerinnungsprodukte vorhanden/erhalten
- ☒ Disability (Defizit, Neurologie): GCS-Score, Sedierung, Schmerzmanagement
- ☒ Exposure: Wärmemanagement, (OP-)Wunden, Hautveränderungen
- ☒ Labor: Organspezifische Auffälligkeiten, Entzündungswerte
- ☒ Ggf. Ernährung/Verdauung, Diurese/Flüssigkeitsbilanz

R

Recommendation*Was sind die unmittelbar nächsten Schritte?*

- ☒ Notwendige Interventionen/Maßnahmen/Diagnostik
- ☒ Ggf. Anordnungen des*der Operateur*in
- ☒ Ggf. Fortführung laufender Konzepte, z. B. Weaning

Abb. 2 ◀ Akronym SBAR: Kurzanleitung für die Übergabe auf der Intensivstation mit Darstellung des Konzepts. GCS Glasgow Coma Scale, ITS Intensivstation, OP Operationssaal. (In Anlehnung an von Dossow et al. [28])

tierungskampagne. Als Ergebnis wurde eine allgemeine Verbesserung der Kommunikation im Klinikteam sowie eine signifikante Verringerung medizinischer Fehler und vermeidbarer unerwünschter Ereignisse nachgewiesen [25]. Eine andere multizentrische RCT aus dem Jahr 2021 zeigte für das I-PASS-Programm auf sechs pädiatrischen Intensivstationen allerdings keinen vergleichbaren Unterschied [13].

Ähnlich wie in der I-PASS-Studie werden neben Akronymen zudem Read-back-Verfahren, Vor- und Nachbesprechungen sowie Kommunikationstrainings für das Intensivpersonal zur Optimierung der Übergaben von weiteren Autor*innen empfohlen [6, 8]. Einige Kliniken fertigten außerdem Karten mit Merkhilfen im Taschenformat an oder hängten Poster auf den einzelnen Stationen aus [16].

Ausblick

Letztlich bleibt offen, welche der beschriebenen Maßnahmen konkret den Übergabeprozess positiv beeinflusst haben. Die SBAR-Methode wurde zwar am häufigsten untersucht, eine Überlegenheit gegenüber anderen Merkhilfen, Protokollen, Feedback- oder Trainingsmethoden ist jedoch nicht nachgewiesen

[11, 22]. Ein Maßnahmenbündel aus einer einfachen Merkhilfe, einem Kommunikationstraining und einer bewussten und wertschätzenden Feedbackkultur durch erfahrene Kolleg*innen scheint sinnvoll. Der Einsatz elektronischer Hilfsmittel, z. B. von Übergabetools in der elektronischen Patient*innenakte, könnte den Übergabeprozess zusätzlich strukturieren. Die Datenlage hierzu ist allerdings ambivalent.

Während in einer Vorher-Nachher-Studie die Konsistenz der übergebenen Informationen unter Verwendung eines elektronischen Übergabetools zunahm [1], zeigte sich in einer anderen Vergleichsstudie zur elektronischen SBAR-Software, dass das damit verbundene Multitasking für die Nutzer*innen einen zu fehleranfälligen Vorgang darstellte [19]. Als wichtige Ergänzung zur Übergabe bedarf es außerdem einer lückenlosen Dokumentation, damit das übernehmende Team nach der Übergabe etwaige Informationslücken selbstständig füllen kann.

» Die Datenlage zum Einsatz elektronischer Hilfsmittel ist ambivalent

Zur Verbesserung der Übergabequalität auf der Intensivstation ist es notwendig, die daran Beteiligten hinsichtlich der Auswirkungen suboptimaler Übergaben zu sensibilisieren und in den jeweiligen Gestaltungsprozess einzubeziehen, damit effektive Übergaben an der Schnittstelle Intensivstation mit den Arbeitsabläufen der verschiedenen Berufsgruppen vereinbar sind und eine qualitativ hochwertige und sichere Patient*innenversorgung gewährleistet werden kann.

Fazit für die Praxis

- Die Qualität der Übergabe hat Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung und -sicherheit.
- Die Kommunikation auf der Intensivstation ist durch eine Vielzahl von Faktoren, wie hierarchische Teamstrukturen, Mängel in der Feedback- und Fehlerkultur, (fach)sprachliche Kommunikationshürden sowie eine hohe physische und psychische Belastung, besonders herausfordernd.
- Interventionelle Maßnahmen, wie festgelegte Übergabeschemata und regelmä-

Handoffs in the intensive care unit

Background: Effective handoffs in the intensive care unit (ICU) are key to patient safety.

Purpose: This article aims to raise awareness of the significance of structured and thorough handoffs and highlights possible challenges as well as means for improvement.

Materials and methods: Based on the available literature, the evidence regarding handoffs in ICUs is summarized and suggestions for practical implementation are derived.

Results: The quality of handoffs has an impact on patient safety. At the same time, communication in the intensive care setting is particularly challenging due to the complexity of cases, a disruptive work environment, and a multitude of inter- and intraprofessional interactions. Hierarchical team structures, deficiencies in feedback and error-management culture, (technical) language barriers in communication, as well as substantial physical and psychological stress may negatively influence the effectiveness of handoffs. Sets of interventions such as the implementation of checklists, mnemonics, and communication workshops contribute to a more structured and thorough handoff process and have the potential to significantly improve patient safety.

Conclusion: Effective handoffs are the cornerstone of high-quality and safe patient care but face particular challenges in ICUs. Interventional measures such as structuring handoff concepts and periodic communication trainings can help to improve handoffs and thus increase patient safety.

Keywords

Communication · Patient safety · Checklist · Acronyms · Feedback

Büße Trainings, können helfen, die Kommunikation und Struktur der Übergabe zu verbessern und die Patient*innensicherheit zu erhöhen.

- Welche der einzelnen Maßnahmen die Qualität der Übergabe am stärksten verbessert, ist nicht abschließend geklärt, daher erscheint die Implementierung eines Maßnahmenpakets sinnvoll.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. E. Reifarh, J.-H. Naendrup, J. Garcia Borrega, L. Altenrath, A. Shimabukuro-Vornhagen, D.A. Eichenauer, M. Kochanek und B. Böll geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Korrespondenzadresse



Eyleen Reifarh, M.A.

Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln
Kerpener Str. 62, 50937 Köln, Deutschland
eyleen.reifarh@uk-koeln.de

Literatur

1. Anderson J, Shroff D, Curtis A et al (2010) The veterans affairs shift change physician-to-physician handoff project. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 36:62–71
2. Arora V, Johnson J, Lovinger D et al (2005) Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *Qual Saf Health Care* 14:401–407
3. Ballermann MA, Shaw NT, Mayes DC et al (2011) Validation of the Work Observation Method By Activity Timing (WOMBAT) method of conducting time-motion observations in critical care settings: an observational study. *BMC Med Inform Decis Mak* 11:32
4. British medical association safe handover: safe patients. Guidance on clinical handover for clinicians and managers. https://www.rcpch.ac.uk/sites/default/files/2018-02/bma_handover_college_tutors.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2023
5. Colville GA, Smith JG, Brierley J et al (2017) Coping with staff burnout and work-related posttraumatic stress in intensive care. *Pediatr Crit Care Med* 18:e267–e273

6. Colvin MO, Eisen LA, Gong MN (2016) Improving the patient handoff process in the intensive care unit: keys to reducing errors and improving outcomes. *Semin Respir Crit Care Med* 37:96–106
7. Conn Busch J, Wu J, Anglade E et al (2023) So many ways to be wrong: completeness and accuracy in a prospective study of OR-to-ICU handoff standardization. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 49:365–372
8. Davis J, Roach C, Elliott C et al (2017) Feedback and assessment tools for handoffs: a systematic review. *J Grad Med Educ* 9:18–32
9. De Meester K, Verspuys M, Monsieurs KG et al (2013) SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. *Resuscitation* 84:1192–1196
10. Douglas RN, Stephens LS, Posner KL et al (2021) Communication failures contributing to patient injury in anaesthesia malpractice claims. *Br J Anaesth* 127:470–478
11. Fliegenschmidt J, Merkel MJ, Von Dossow V et al (2023) Strukturierte Patientenübergabe in Hochrisikobereichen. *Die Anaesthesiol* 72:183–188
12. Joint Commission on Accreditation on Health Care Organizations (2022) Sentinel event data 2022 annual review. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/03162023_sentinel-event-_annual-review_final.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2023
13. Jorro-Barón F, Suarez-Anzorena I, Burgos-Pratx R et al (2021) Handoff improvement and adverse event reduction programme implementation in paediatric intensive care units in Argentina: a stepped-wedge trial. *BMJ Qual Saf* 30:782–791
14. Landrigan CP, Rothschild JM, Cronin JW et al (2004) Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med* 351:1838–1848
15. Lane-Fall MB, Pascual JL, Peifer HG et al (2020) A partially structured postoperative handoff protocol improves communication in 2 mixed surgical intensive care units: findings from the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) prospective cohort study. *Ann Surg* 271:484–493
16. Parent B, Lagrone LN, Albairat MT et al (2018) Effect of standardized handoff curriculum on improved clinician preparedness in the intensive care unit: a stepped-wedge cluster randomized clinical trial. *JAMA Surg* 153:464–470
17. Rabøl LI, Andersen ML, Østergaard D et al (2011) Descriptions of verbal communication errors between staff. An analysis of 84 root cause analysis-reports from Danish hospitals. *BMJ Qual Saf* 20:268–274
18. Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C et al (2014) SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 4:e4268
19. Rehm C, Zoller R, Schenk A et al (2021) Evaluation of a paper-based checklist versus an electronic handover tool based on the Situation Background Assessment Recommendation (SBAR) concept in patients after surgery for congenital heart disease. *J Clin Med* 10:2–17
20. Richter JP, Mclearney AS, Pennell ML (2016) The influence of organizational factors on patient safety: examining successful handoffs in health care. *Health Care Manage Rev* 41:32–41
21. Riesenberger LA, Leitzsch J, Cunningham JM (2010) Nursing handoffs: a systematic review of the literature. *Am J Nurs* 110:24–34
22. Riesenberger LA, Leitzsch J, Little BW (2009) Systematic review of handoff mnemonics literature. *Am J Med Qual* 24:196–204
23. Salzwedel C, Mai V, Punke MA et al (2016) The effect of a checklist on the quality of patient handover from the operating room to the intensive care unit: a randomized controlled trial. *J Crit Care* 32:170–174
24. Solet DJ, Norvell JM, Rutan GH et al (2005) Lost in translation: challenges and opportunities in physician-to-physician communication during patient handoffs. *Acad Med* 80:1094–1099
25. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R et al (2014) Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *New Engl J Med* 371:1803–1812
26. Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM (2004) Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 79:186–194
27. Van Rensen EL, Groen ES, Numan SC et al (2012) Multitasking during patient handover in the recovery room. *Anesth Analg* 115:1183–1187
28. Von Dossow V, Zwißler B (2016) Empfehlung der DGAI zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR-Konzept. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 51:136–137
29. Waydhas C, Riessen R, Markewitz A et al (2022) Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 (Erwachsenen). Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/230419-divi-strukturempfehlung-intensivstationen-langversion.pdf>. Zugegriffen: 21. Nov. 2023
30. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solution (2007) Patient safety solutions. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution3-communication-during-patient-handovers.pdf>. Zugegriffen: 15. Aug. 2023

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Preisausschreibung

Forschungsförderpreis Patientensicherheit



DIVI

PHILIPS

Forschungsförderpreis Patientensicherheit 2024

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. (DIVI) und Philips schreiben den Forschungsförderpreis Patientensicherheit aus. Die Einreichungsfrist der Bewerbungen für den mit 10.000 Euro dotierten Preis ist der **15. August 2024**.

Der Preis richtet sich an Forschende aus der Ärzteschaft, der Pflege, dem Rettungsdienst und der Medizin, deren klinisch-orientierte Forschungsvorhaben absehbar zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Intensivmedizin oder Notfallmedizin beitragen können. Explizit sollen alle Berufsgruppen mit dieser Ausschreibung angesprochen werden. Bewerbungsvoraussetzungen: DIVI-Mitgliedschaft von Erst- und Senior-Antragsteller:in.

Benötigte Unterlagen sind Anschreiben, Lebenslauf und eine Projektdarstellung sowie Fragestellung, Hypothese, Projektplan inklusive Zeit- und Finanzierungsplan und eine Erläuterung der Relevanz und innovativen Bedeutung des Projekts. Sollte es sich um ein bereits laufendes Forschungsvorhaben handeln, so ist darzulegen, wie das Preisgeld die Arbeit unterstützt. Ergänzende Informationen sind eine Institutionsbeschreibung sowie eine ggfs. vorhandene Publikationsliste der letzten fünf Jahre mit Kennzeichnung der für das Projekt relevanten Arbeiten. Die DIVI nimmt Einreichungen bis zum 15. August 2024 per E-Mail an info@divi.de entgegen.

Mehr Informationen unter:

<https://www.divi.de/forschung/preisausschreibung/forschungsförderpreis-patientensicherheit>