AKTIONSBÜNDNIS
PATIENTENSICHERHEIT

„Schnittstelle Notaufnahme: Strukturierte Patientenübergabe zur Erhöhung der Patientensicherheit“

Täglich werden mehr als 30.000 Mal Patient:innen, die akut medizinische Hilfe benötigen, von einem Behandlungsteam des Rettungsdienstes (RD) an ein anderes Team übergeben. Übergaben in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) sind häufig mit einem hohen Stresslevel und Zeitdruck assoziiert, insbesondere bei kritisch Kranken bzw. Verletzten. Darüber hinaus ist die Übergabe von der präklinischen Versorgung in die ZNA immer auch eine interprofessionelle Übergabe, an der mindestens zwei Berufsgruppen, nämlich Rettungsdienst und Pflege, sowie häufig eine dritte Berufsgruppe, Ärztinnen und Ärzte, beteiligt sind. Unterschiedliche Erwartungen und fachliche Voraussetzungen, der verschiedenen Berufsgruppen bieten Potential für Missverständnisse und Fehler (1,2).

Im Sinne einer Staffelstabübergabe besteht für die Übergabe bzw. die Weitergabe patientenrelevanter Informationen in der ZNA nur eine einmalige Gelegenheit. Unwirksame Übergaben haben negative Auswirkungen auf die Patient:innen-Versorgung. Dies umfasst: Fehldiagnosen, Diagnose- und Behandlungsverzögerungen, fehlerhafte Behandlung oder Medikation. Unzureichende, falsche oder fehlinterpretierte Informationen über die vorangegangene Behandlungsphase gefährden somit die Patient:innen. Fehler bei der Übergabe zwischen Rettungsdienst und Zentraler Notaufnahme (ZNA) kommen bis zum heutigen Tage häufig vor und es ist deswegen notwendig den Übergabeprozess zu standardisieren und strukturierte Übergabeprotokolle anzuwenden (3,4,5). Seit der Veröffentlichung der Übergabemerkhilfe „SINNHAFT“ im Juni 2023 existiert in Deutschland erstmalig ein wissenschaftlich entwickelter Standard für die Übergabe des RD an das Team der ZNA (5). „SINNHAFT“ ist unter Einbeziehung aller notfallmedizinischer Fachgesellschaften durch ein Delphi-Verfahren, das sich an den Regularien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) orientiert, entwickelt worden.

Das Akronym steht für: Start, Identifikation, Notfallereignis und Notfallpriorität, Handlung, Anamnese, Fazit und Teamfragen.

Im Vergleich zu anderen Merkhilfen weist „SINNHAFT“ einige Besonderheiten auf, hierzu zählt die feste Verankerung von Crew Ressource Management Aspekten (CRM). „SINNHAFT“ überprüft die Anwesenheit aller Teammitglieder, vermeidet Manipulationen an Patient:innen während der Übergabe, fokussiert auf eine „Sender-Empfänger“ Beziehung und setzt ein klares Startzeichen. Aus kommunikationspsychologischer Sicht sieht die Merkhilfe einen stakkatoartigen Übergabestil vor, bei dem jeder Teilaspekt durch die übergebende Person angekündigt wird. Ebenso verknüpft „SINNHAFT“ die „Notfallpriorität“ fest mit der „Handlung“, so dass zu jedem „cABCDE-Problem“ direkt die präklinischen Handlungen kommuniziert werden. Anamnesebestandteile wie z.B. Allergien, Medikation und Vorerkrankungen sind mündlich zu übermitteln, wenn sie in direktem Zusammenhang mit der/den Behandlungspriorität(en) (cABCDE) stehen und für die unmittelbare/lebensrettende Versorgung von Bedeutung sind. Das „Fazit“ umfasst die Rekapitulation des Notfallereignisses, der Notfallpriorität (ohne Vitalparameter), gekoppelt an die Handlung (ohne Wirkung). Um einen sogenannten Framing-Effekt für das aufnehmende Team zu verhindern, werden die Vitalparameter und die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen bewusst nicht wiederholt.

Am Ende der Übergabe wird dem aufnehmenden Team unter dem Punkt „Teamfragen“ die Möglichkeit eingeräumt, Fragen zu stellen (5). Darüber hinaus definiert „SINNHAFT“ auch Sachverhalte wie den Umgang mit fehlenden Informationen oder bewusst unterlassenen Maßnahmen und erlaubt zusammenfassende Aussagen bei Normalbefunden, sodass die Merkhilfe gut auf den individuellen Übergabefall und dessen Besonderheiten Rücksicht nehmen kann (5). Aus Sicht des Autors gibt es derzeit für keine andere Merkhilfe für den Einsatz im Rettungsdienst bzw. an der Nahtstelle zur ZNA eine vergleichbare wissenschaftliche Evidenz. Insofern kann und sollte „SINNHAFT“ für den sofortigen Einsatz genutzt werden. Sowohl für den Rettungsdienst als auch die Mitarbeiter:innen der Zentralen Notaufnahme steht zur Anwenderschulung ein kostenfreies Lernmodul zur Verfügung (https://notfall-campus.de/sinnhaft).

Erfreulicherweise ist eine hohe Akzeptanz beim Rettungsdienst und den ZNA von „SINNHAFT“ zu verzeichnen. Einzelne Landesrettungsdienstschulen haben „SINNHAFT“ bereits in ihren Lehrplan aufgenommen. Die Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin e.V. (DGINA) empfiehlt „SINNHAFT“ als Übergabemerkhilfe in der ZNA, ebenso das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) sowie die Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands e.V. (BAND e.V.). Bayern hat über den Rettungsdienstausschuss, die Übergabemerkhilfe flächendeckend eingeführt.

Perspektivisch wäre es wünschenswert, „SINNHAFT“ bundesweit als verbindliche Merkhilfe zu etablieren. Konsekutiv würden sich hieraus eine Vielzahl von Vorteilen ergeben. Die Standardisierung würde flächendeckend eine sog. „Common Language of Hand Over” mit sich bringen und parallel würde eine zentral (bundesweit) gesteuerte wissenschaftliche Begleitung und Evaluation neben der Generierung von validen Daten (z.B. Outcomeparameter) auch die kontinuierliche Modifikation / Weiterentwicklung der Übergabeinhalte ermöglichen. Alle Beteiligten sind hier aufgefordert aktiv an der flächendeckenden Standardisierung mitzuwirken, denn nachweislich würde sich dadurch die Patient:innenversorgung und Patient:innensicherheit verbessern.

Wenn Übergabe, dann „SINNHAFT“

Literatur: 1 Clin Teach 10(4):219–223. doi:10.1111/tct.12018 **2** Emerg Med Australas 21(2):102–107. doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x **3** International Emergency Nursing 18(4):210–220. doi:10.1016/j.ienj.2009.11.006 **4** Annals of Emergency Medicine 49(2):196–205. doi:10.1016/j.annemergmed.2006.06.035 **5** Notfall Rettungsmed 27(1):19–24. doi:10.1007/s10049-023-01167-4

Korrespondierender Autor: Prof. Dr. med. Ingo Gräff, DESA | Abteilung Klinische Akut- und Notfallmedizin | Universitätsklinikum Bonn | ingo.graeff@ukbonn.de

Grußwort

Liebe Kolleg:innen, liebe Leser:innen,

die Patientensicherheit steht im Mittelpunkt unseres Handelns - insbesondere an den sensiblen Schnittstellen der Versorgung wie Notaufnahme und Intensivstation. Eine strukturierte Patientenübergabe in der Notaufnahme kann entscheidend dazu beitragen, Informationsverluste zu vermeiden und die Behandlungsqualität zu verbessern. Ebenso ist ein gezieltes Intensivpatientenmanagement unerlässlich, um sowohl die Patientensicherheit als auch einen effizienten Ressourceneinsatz zu gewährleisten. Diese wichtigen Themen wollen wir in dieser Ausgabe beleuchten und gemeinsam daran arbeiten, Strukturen und Prozesse weiter zu optimieren. Lassen Sie uns gemeinsam für eine sichere Patientenversorgung eintreten!

Prof. Dr. med. Stefan Schröder, MHBA
Klinik für Anästhesiologie, Artemed-Krankenhaus Düren
Vorstand Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS)

„Schnittstelle Intensivstation: Strukturierte Patientensteuerung zur Optimierung von Patientensicherheit & Ressourcennutzung“

Den richtigen Patienten zur richtigen Zeit in der richtigen Versorgungstruktur zu behandeln ist ein wichtiges Ziel für eine effiziente Gesundheitsversorgung. In der Akutmedizin fungiert die Intensivstation (ITS) oft als Schnittstelle zwischen Notaufnahme, OP und nachsorgenden Einheiten. Stauungen im Zu- oder Abfluss von Patienten führen zu verspäteten oder abgesagten OPs, vermeidbaren Wartezeiten und möglichen Patientenzustandsverschlechterungen in der Notaufnahme, sowie auf ihre Verlegung wartende Patienten auf den Intensiv- und Normalstationen. Auf Grund von komplexen Behandlungsanforderungen an Personal und Ausstattung, sowie hoher Kosten bei knappen Ressourcen sind ITS-Kapazitätsauslastungen von >85% häufig und können zu Patientengefährdungen führen, wenn kritisch-kranke Patienten nicht zeitnah aufgenommen oder noch instabile Patienten zu früh auf eine niedrigere Versorgungsstufe verlegt werden. Jedoch auch vermeidbar lange Liegezeiten auf der ITS mangels koordinierter Visiten und Entscheidungsprozesse, Betten- oder Personalknappheit beim Patiententransfer oder in den nachsorgenden Einheiten führen zu ineffizienter Ressourcennutzung und erhöhen Patientenrisiko und Krankenhausverweildauer durch z.B. im Krankenhaus erworbene Infektionen, Übertherapie, mangelnde Mobilisation oder Delirium. Das sogenannte Care-Gap zwischen einem sehr hohen Betreuungsschlüssel und kontinuierlicher Vitalparameter-Überwachung auf der ITS gegenüber einem deutlich niedrigeren Pflegeschlüssel sowie nur punktueller Zustandsüberwachung auf der Normalstation stellt ein weiteres Patientenrisiko dar. Zudem erhalten zuständige Teams der nachgelagerten Versorgungseinheiten wichtige Therapieinformationen oft verspätet oder unvollständig. Eine interdisziplinär ausgerichtete Patientenflusssteuerung, ein proaktives Ressourcenmanagement, die Verknüpfung notwendiger Daten und Etablierung abteilungsübergreifender Kommunikationswege können helfen, Kapazitätsengpässe zu reduzieren und die Patientensicherheit zu erhöhen. In diesem Kontext werden nachstehend geeignete Maßnahmen aufgezeigt [1-3].

Instrumente zur Patienteneinschätzung

Für eine bessere Ressourcenallokation und zur Vermeidung von Fehlbelegungen, sollten objektivierbare Aufnahme- und Entlassungskriterien für unterschiedliche Bereiche der Akutmedizin im interdisziplinären Konsens festgelegt werden. Zudem ist eine frühzeitige Therapiezielfestlegung in der Notaufnahme und der ITS unter Beachtung des Patientenwillens zur Vermeidung nicht indizierter Intensivtherapie empfohlen. Eine gezielte, kapazitätsabhängige Patientensteuerung kann auch durch eine Wichtigkeits-Dringlichkeits-Gewichtung des Versorgungsbedarfs gelingen.

Prozesssynchronisation der Versorgungskette

Eine Prozesssynchronisation und proaktive Patientenflusssteuerung entlang der Versorgungskette können durch eine gute Auslastungstransparenz der einzelnen Versorgungsstufen mittels abteilungsübergreifend verfügbarer Ressourcennutzungsdaten in Echtzeit, eine abgestimmte und interdisziplinäre Visite, einen standardisierten Aufnahme- und Verlegungsprozess, sowie abteilungsübergreifende Kommunikationswege realisiert werden.

Schließung des Care-Gaps

Strukturierte Übergabeprotokolle, Liaison Nurses oder Reach-out Teams seitens der Intensivstation, sowie ein mobileres Patientenmonitoring und Frühwarnsysteme wie Early Warning Scores auf den niedrigeren Versorgungsstufen können helfen, das Care-Gap zu schließen, sowie die Pflegequalität und die Patientensicherheit entlang des Versorgungspfades zu verbessern. Auch die Etablierung oder flexible Erhöhung von Intermediate Care-Kapazitäten kann helfen, die ITS zu entlasten und Patienten mit erhöhtem Überwachungs- oder Therapiebedarf noch weiter zu stabilisieren.

Flexible Kapazitätsallokation

Konzepte der abgestuften Versorgung innerhalb zusammenhängender Räumlichkeiten können an den sich ändernden patienten-individuellen Versorgungsbedarf flexibler angepasst werden. Die Bildung von Personalpools mittels entsprechender Schulungskonzepte als Personalausfalls- und Personalaufstockungskonzept in Spitzenbelegungssituationen dient dazu, Kapazitäten dort kurzfristig zu allokieren, wo sie benötigt werden. Unablässig ist zudem eine sich wiederholende Ist-Analyse der genutzten Kapazitäten entlang der Patientenpfade mit geeigneten Kennzahlen (z.B. Hauptbeleger/ -abnehmer, Auslastung, Schweregrad, Pflegeaufwand/-Schlüssel, Verweildauer) und daraus resultierend gegebenenfalls eine Reallokation von Betten, Personal und Patientenmix.

Ganzheitliche Systemoptimierung

Generell kann die Erhebung geeigneter Kennzahlen zur Bewertung von Patientenfluss und Ressourcennutzung helfen, Engpässe und ihre Auswirkungen auf angrenzende Bereiche zu identifizieren, Potenziale für eine effizientere Ressourcennutzung aufzuzeigen und Verbesserungsmaßnahmen zu evaluieren. Für eine optimale Realisierung im Klinikalltag bedarf es einer breiteren Vernetzung und Analyse von Patienten- und Kapazitätsauslastungsdaten, sodass zeitnah objektiv Entscheidungen getroffen und die medizinische Versorgung nachhaltig gestaltet werden können.

Fazit

Geeignete Maßnahmen zur Optimierung von Patientensteuerung und Ressourcennutzung sollten zum einen die bestmögliche Versorgung des individuellen Patienten, aber auch einen gerechten Zugang zu optimaler Versorgung aller Patienten im Fokus haben. Es gilt den Versorgungsbedarf jedes Patienten objektiv und zeitnah einzuschätzen und die Einstufung engmaschig zu überprüfen und anzupassen. Prozesse sollten über die Abteilungsgrenzen hinweg gedacht, gestaltet und synchronisiert werden. Idealerweise werden die vorhandenen Kapazitäten dann flexibel dem Versorgungsbedarf angepasst und nicht starr innerhalb der Abteilungsgrenzen verwaltet. Um positive Veränderungen im Bereich Ressourcennutzung und Patientensicherheit in der Intensivmedizin zu realisieren, müssen Stakeholder entlang der gesamten Versorgungskette eingebunden, geeignete Kennzahlen zur Erfolgsmessung gewählt und die Effekte auf alle Versorgungsbereiche beobachtet werden.

Literatur:

1. Rutherford PA, Anderson A, Kotagal UR, Luther K, Provost LP, Ryckman FC, Taylor J: **Achieving hospital-wide patient flow (second edition) The right care, in the right place, at the right time.** In: IHI White Paper. Edited by Improvement IfH. Boston Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2020: 72.

2. Spohn K, Schütte JK, Hiller M, Aymaz S, Schröder S: **Engpass Intensivmedizin - Bedarf an Intensivbetten muss interdisziplinär gesteuert werden.** In: Jahrbuch Intensivmedizin 2020. Edited by Böttiger BW, Kuckelt W. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2020: 65 - 80.

3. Hiller M, Spohn K, Hering R, Hohn A, Lahm A, Bergrath S, Schütte JK, Aymaz S, Cremer S, Milde M et al: **Multi-professional and interdisciplinary solutions for the sustainable optimisation of intensive care capacity use.** Anästhesie und Intensivmedizin 2021, 62:385-395.

Korrespondierende Autorin: Maike Hiller [1,2] (m.hiller@erasmusmc.nl)
1 Abteilung für Intensivmedizin, Erasmus MC University Medical Center, Rotterdam, Niederlande
2 Bereich Hospital Patient Monitoring, Philips Medizin Systeme Böblingen GmbH, Böblingen, Deutschland

V.i.S.d.P.: Dr. Ruth Hecker