

Die standardisierte Übergabe im Rettungsdienst – „Conditio sine qua non“¹⁾

von Prof. Dr. Ingo Gräff²⁾

Die Übergabe vom Rettungsdienst (RD) an die Zentrale Notaufnahme (ZNA) ist von besonderer Bedeutung. Forschungsergebnisse zeigen, dass eine mangelhafte Übergabe an die ZNA mit zahlreichen potenziellen Gefahren verbunden ist, z.B. mit Informationsverlust, Diagnosefehlern, Behandlungsfehlern, Dispositionsfehlern und Behandlungsverzögerungen [1].

Besonders bei kritisch Kranken bzw. Verletzten sind Übergaben komplex und aufgrund des hohen Stress- und Zeitdrucks bei der Patientenversorgung mit einem erhöhten Fehlerrisiko behaftet [2-4].

Die Übergabe von der präklinischen Versorgung in die ZNA ist immer auch eine interprofessionelle Übergabe, an der mindestens 2 Berufsgruppen, nämlich Rettungsdienst und Pflege, sowie häufig eine 3. Berufsgruppe, Ärzte, beteiligt sind. Unterschiedliche Kompetenzniveaus der beteiligten Personen stellen eine weitere Besonderheit dar. Darüber hinaus können bei der Übergabe, durch unterschiedliche Erwartungen und fachliche Voraussetzungen, der verschiedenen Berufsgruppen, immer auch Missverständnisse und Unzufriedenheit entstehen [2,4,5].

Das häufig hohe Einsatzaufkommen des Rettungsdienstes mit hohem Druck der Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft in Kombination mit einem hohen Patientenaufkommen sowie Inkonsistenzen und Unvorhersehbarkeiten im Arbeitsalltag der ZNA kommen als negative Einflussgrößen erschwerend hinzu [4-7].

Es wird also deutlich, dass eine ineffektive Übergabe vom RD in die ZNA zahlreiche negative Auswirkungen auf die Patientensicherheit und die Qualität der Versorgung haben kann. Der Übergabeprozess wird weiterhin fehleranfällig bleiben, wenn keine Systeme zur Verbesserung der Kommunikation, zur Minimierung der Risiken und zur wirksamen Standardisierung des gesamten Übergabeprozesses eingeführt werden.

Im Sinne einer Staffelstabübergabe besteht für die Übergabe und die Weitergabe patientenrelevanter Informationen nur eine einmalige Gelegenheit. Die Kernbestandteile der Übergabe sind deren Inhalte und die Kommunikation, ihnen kommt daher ein hoher Stellenwert zu [4,8].

Bost et al. kamen in ihrer Untersuchung zur Übergabe zu dem Schluss, dass Fehler bei der Übergabe zwischen RD und ZNA häufig vorkommen und dass es notwendig ist, den Übergabeprozess zu standardisieren und strukturierte Übergabeprotokolle zu entwickeln [9].

Es erscheint unabdingbar, dass die Übergabeinhalte verbindlich und einheitlich für alle beteiligten Professionen geregelt sein muss.

Die Übergabemerkhilfe „SINNHAFT“

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 [10] (Abbildung 1).

1) *Anmerkung des Autors:* Bei der Verwendung des generischen Maskulinums als geschlechtsneutrale Form sind alle Geschlechter impliziert.

2) Ärztlicher Leiter Abteilung Klinische Akut- und Notfallmedizin des Universitätsklinikums Bonn.

S	START	RUHE! Bereit für die Übergabe? Face-to-Face-Kommunikation! Möglichst alle Manipulationen/Tätigkeiten am Patienten vermeiden
I	IDENTIFIKATION	Geschlecht, Nachname und Alter Pädiatrisch: Zusätzlich Gewichtsangabe
N	NOTFALLEREIGNIS	1. Was? (Leitsymptom/Verdachtsdiagnose) 3. Wann? (Zeitpunkt des Ereignisses) 2. Wie? (Ursache) <i>Optional: Wo/Woher?</i> (Ort/Auffindsituation)
N	NOTFALLPRIORITÄT	Notfallpriorität anhand des cABCDE-Schemas mit pathologischen Untersuchungsbefunden und pathologischen Vitalparametern
H	HANDLUNG	Durchgeführte Handlungen : Maßnahme, Dosis/Umfang/Zeitpunkt, Wirkung, bewusst unterlassene Handlungen (falls zutreffend)
A	ANAMNESE	Allergien, Medikation, Vorerkrankungen, Infektionen, Soziales/Organisatorisches, Besonderheiten
F	FAZIT	Wiederholung durch das aufnehmende Personal: Identifikation, Notfallereignis, Notfallpriorität (ohne Vitalp.) gekoppelt an die Handlung (ohne Wirkung)
T	TEAMFRAGEN	Möglichkeit für zusätzliche <u>wesentliche</u> Fragen von dem aufnehmenden Personal

Abbildung 1: „SINNHAFT“ Darstellung der Teilaspekte auf Basis des durchgeführten Delphi-Verfahrens. Zu erkennen ist die „Einbettung“ in die fest verankerten Kriterien des Crew-Ressource-Managements sowie die empfohlene Verknüpfung der Dringlichkeitspriorität mit den Maßnahmen [10].

„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.

Insgesamt streckte sich die Entwicklung der Merkhilfe „SINNHAFT“ über 3 Jahre hin. Im Juni 2023 wurde von Gräff und Mitarbeitern die Merkhilfe „SINNHAFT“ für die Übergabe an der Nahtstelle RD zur ZNA publiziert [10].

Durch die Definition konkreter Übergabeinhalte bietet „SINNHAFT“ dem Anwender erstmals eine evidenzbasierte Grundlage zur Durchführung der Übergabe und wird darüber hinaus den Anforderungen der Arbeitsumgebung RD/ZNA gerecht.

Teilaspekte von „SINNHAFT“

Start

Nach kurzer Überprüfung, ob alle Teammitglieder vollständig und übergabebereit sind, wird durch lautes Aussprechen des Wortes „START“ durch die übernehmende Person (ggf. Leiter) ein klares Signal für den Beginn der Übergabe gegeben (z.B. „START“ „Ist der Patient stabil? Dann keine Manipulation am Patienten und Ihre Übergabe bitte!“). In dieser Phase lässt sich die sog. 5-Second-Round-Regel etablieren, um zu überprüfen, ob der Patient wirklich stabil genug für die Übergabe ist. Ansonsten sollten möglichst alle Tätigkeiten/Manipulationen am Patienten eingestellt werden, um den Fokus auf die Inhalte der Übergabe zu lenken und bestmögliche Rahmenbedingungen für eine adäquate Kommunikation zu schaffen. Übergabende und übernehmende Person (ggf. Leiter) sollten im Sinne einer „Face-to-Face-Kommunikation“ klar erkennbar sein. Eine wertschätzende, freundliche Atmosphäre wird vorausgesetzt [10].

Identifikation

Im Teilaspekt „Identifikation“ sollen Geschlecht, Name und Alter (nicht Geburtsdatum) übermittelt werden. Beim pädiatrischen Notfall, zusätzlich die Gewichtsangabe [10].

Notfallereignis

Bei der Beschreibung des Notfallereignisses sollen die 3 „W's“ übergeben werden:

- ▶ Was? (Leitsymptom/Verdachtsdiagnose)
- ▶ Wie? (Ursache)
- ▶ Wann? (Zeitpunkt des Ereignisses)

Optional kann der Ort bzw. die Auffindesituation (Wo/Woher?) angegeben werden [10].

Notfallpriorität

Die Priorisierung soll mithilfe des cABCDE-Algorithmus erfolgen. Ein Problem im Rahmen des ABCDE-Schemas (z.B. „C-Problem“) soll dann übermittelt werden, wenn Maßnahmen zur Behebung erforderlich waren bzw. sind. Damit verbunden ist die Nennung aller pathologischen Vitalparameter und Untersuchungsbefunde. Ein Problem (z.B. „A-Problem“) kann nur dann als nicht vorhanden (kein „A-Problem“) übergeben werden, wenn alle Unterpunkte untersucht wurden. Liegt dagegen z.B. ein „C-Problem“ vor, müssen alle Unterpunkte von „C“ explizit übergeben werden.

Liegen alle Vitalparameter im physiologischen Normbereich, so sind diese mit dem Vermerk „Vitalparameter unauffällig“ zu übermitteln. Weichen Vitalparameter vom physiologischen Normbereich ab, sollten diese bei der Übergabe erwähnt werden, auch wenn sie nicht mit dem vorliegenden klinischen Bild korrelieren (z.B. Blutzuckerwert: 300mg/dl bei Supinationstrauma am oberen Sprunggelenk). Begleitverletzungen, die im Rahmen des Bodychecks auffallen, werden weiterhin unter „E“ aufgeführt [10].

Handlung

Im Teilaspekt „Handlung“ sollen Maßnahmen mit Dosis/Umfang/Zeitpunkt einschließlich ihrer Wirkung übertragen werden. Die durchgeführten Maßnahmen sollten immer in direktem Zusammenhang mit der jeweiligen Notfallpriorität stehen. Im konkreten Fall bedeutet dies bei Vorliegen eines „A-Problem“, dass im gleichen Kontext die zugehörige Handlung übermittelt werden, bevor zu „B“ übergegangen wird. Wurde bewusst auf eine Handlung verzichtet, muss dies ebenfalls aktiv kommuniziert werden [10].

Anamnese

Die Beurteilung, welche Anamnesebestandteile für die weitere Behandlung des Patienten notwendig und damit übergaberelevant sind, obliegt dem Rettungsdienstpersonal. 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. Zum Beispiel orale Antikoagulantien bei Vorliegen eines Schädel-Hirn-Traumas oder Wespengiftallergie bei Wespenstich. Ist dieser Bezug nicht gegeben, reicht ein mündlicher Verweis auf z.B. Medikamentenplan, mitgebrachte Blister, Auflistung im Notarzt-/Rettungsdienstprotokoll etc. aus. Gleiches gilt bei Infektionsverdacht oder bestätigten Infektionen, wenn diese Auswirkungen auf die Infrastruktur des aufnehmenden Krankenhauses haben (z.B. Isolierung) oder eine Gefährdung für das aufnehmende Personal darstellen. Beispiele für soziale Aspekte sind Patientenverfügungen, häusliche Gewalt etc. Weitere Besonderheiten wären z.B. die Ablehnung einer Transfusion als Zeuge Jehovas oder die Ablehnung einer Reanimation (DNR) und/oder Intubation (DNI).

Sollten Bestandteile der Anamnese nicht für die Übergabe relevant sein, empfiehlt sich ein Verweis, dass die Information in schriftlicher Form vorliegt (z.B. RD-Protokoll).

Für den Fall, dass bei einem Patienten keine Allergien und/oder Vorerkrankungen und/oder Medikation und/oder Infektionen und/oder soziale Aspekte und/oder Besonderheiten vorliegen, sollte diese leere Anamnese dennoch in allen Bestandteilen bei der Übergabe erwähnt werden [10].

Fazit

Das Fazit umfasst die Rekapitulation des Notfallereignisses, der Notfallpriorität (ohne Vitalparameter), gekoppelt an die Handlung (ohne Wirkung).

Wichtig ist hierbei, dass das Fazit eine Spiegelung („read back“) der übermittelten Übergabeinformation im Sinne einer „Closed Loop“-Kommunikation darstellt, es soll keine Zusammenfassung der eigenen Interpretation sein.

Zwischen dem Zeitpunkt der präklinischen Versorgung und dem Zeitpunkt der Übergabe muss man davon ausgehen, dass aufgrund der potenziellen Dynamik sich der Zustand des Patienten auf dem Transport verändert hat. Um einen sog. „Framing-Effekt“ für das aufnehmende Team zu verhindern, werden pathologische Vitalparameter und die Wirkung der durchgeführten Maßnahmen bewusst nicht wiederholt. Der „Framing-Effekt“ bezeichnet einen diagnostischen Fehler im Sinne einer kognitiven Verzerrung. Er kann auftreten, wenn das abgebende Team einen bestimmten Aspekt hervorhebt und das aufnehmende Team dadurch beeinflusst wird. Darüber hinaus erscheint es aus Sicht der Kommunikationspsychologie als sinnvoll, die Identifikationsinformation (Geschlecht, Name, Alter) zu Beginn des Fazits zu wiederholen [10].

Teamfragen

Am Ende der Übergabe wird dem aufnehmenden Team die Möglichkeit eingeräumt Fragen zu stellen. Bei „SINNHAFT“-konformer Übergabe kann davon ausgegangen werden, dass alle Informationen ausgetauscht wurden und hier nur die Möglichkeit für einzelne Teammitglieder bestehen soll, essentielle Fragen zu stellen [10].

Zusätzliche Erläuterungen

Als weiteres Ergebnis des Delphi-Verfahren sollte die maximale Dauer der Übergabe eines komplexen (Notfall-)Patienten 120 Sek. nicht überschreiten. Hierbei empfiehlt sich ein stakkatoartiger Übergabestil mit expliziter Ankündigung der einzelnen Teilaspekte. Dies leitet jeweils den nächsten Übergabeschritt ein und fokussiert auf die Kerninhalte der eigentlichen Meldung (z.B. „Identifikation: Frau Meier, 64 Jahre“). Positiver Nebeneffekt ist, dass überflüssige „Prosa“ (z.B. „Guten Tag Herr Kollege, mein Name ist Dr. X, Notarzt Christoph X“) wegfällt und die Übergabedauer verkürzt wird.

Wenn Informationen nicht vorhanden sind, wird dieser Sachverhalt bei der Übergabe erwähnt. Ist also z.B. das Alter bei der Übergabe nicht bekannt, sollte dieser Übergabeinhalt nicht einfach ausgelassen, sondern wie folgt kommuniziert werden: „Identifikation: Herr Böttner, unbekannten Alters“ oder „zum Zeitpunkt des Ereignisses können keine Angaben gemacht werden“ [10].

Erste Studie zur Anwendung

Im März 2025 konnte die erste Anwendungsstudie zu „SINNHAFT“ publiziert werden [11]. Gräff und Kollegen haben in Zusammenarbeit mit dem Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement des LMU Klinikum München in einem prospektiven onlinebasierten Mixed-Methods-Ansatz die Anwendung von „SINNHAFT“ an 6 unterschiedlichen Fallvignetten simuliert. Durchgeführt wurden 48 Übergaben innerhalb von 16 Simulationen, davon 12 in ärztlicher Konstellation und 36 zwischen

Notfallsanitätern und Pflegekräften. Mit dieser Untersuchung, zur praktischen Anwendung von „SINNHAFT“, konnte gezeigt werden, dass die Übergabemerkhilfe für ein breites Spektrum an Krankheits- bzw. Verletzungsschwere als auch für traumatologische bzw. nicht-traumatologische Notfälle zur Standardisierung geeignet ist. Da die Studie onlinebasiert durchgeführt wurde, lässt sie darüber hinaus die Aussage zu, dass „SINNHAFT“ auch in der digitalen Notfallrettung eingesetzt werden kann. Diesem Sachverhalt kommt im Kontext der zunehmenden Verbreitung des Telenotarztwesens eine enorme Bedeutung zu. Denn gerade im Telenotarztssystem, wo der fehlende „Live-Eindruck“ für den hinzugezogenen Notarzt bestmöglich kompensiert werden sollte, bekommt die Übergabe via Internet eine enorme Wichtigkeit.

Fazit für die Praxis

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. Der Rettungsdienst sollte eine Merkhilfe zur Übergabe verwenden, die prägnant, gut erlernbar ist und dennoch alle wichtigen (prä-)klinischen Informationen enthält. Insofern kann und sollte „SINNHAFT“ für den sofortigen Einsatz genutzt werden.

Wünschenswert wäre die flächendeckende Anwendung von „SINNHAFT“ im ganzen Bundesgebiet, denn darin liegt das eigentliche Potenzial die dargestellten negativen Einflüsse auf die Übergabe im Sinne einer echten Standardisierung zu minimieren. Alle Beteiligten sind hier aufgefordert aktiv an der flächendeckenden Verbreitung mitzuwirken! Um dieses Ziel zu erreichen, steht zur Anwenderschulung sowohl für den Rettungsdienst als auch die Mitarbeiter der Zentralen Notaufnahme bereits ein kostenfreies Lernmodul zur Verfügung (<https://notfall-campus.de/sinnhaft>). Die Umsetzung von „SINNHAFT“ in Form einer digitalen, medienbruchfreien Rettungskette sind weitere notwendige Schritte. Für die Anwendung von „SINNHAFT“ an weiteren Schnittstellen wie OP oder Intensivstation bzw. für den Sekundärtransport ist eine Handlungsempfehlung in der Entwicklung.

Wenn Übergabe, dann „SINNHAFT“!

Literatur

- [1] DESMEDT, M., ULENAERS, D., GROSEMANS, J., HELLINGS, J., BERGS, J.: Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. In: International Journal for Quality in Health Care, Volume 33, Issue 1, 2021, mzaa170, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170>
- [2] EVANS, S. M., MURRAY, A., PATRICK, I., FITZGERALD, M., SMITH, S., CAMERON, P. (2010): Clinical handover in the trauma setting: a qualitative study of paramedics and trauma team members. In: Qual Saf Health Care 19(6):e57. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.039073>
- [3] FERNANDO, K., ADSHEAD, N., DEV, S., FERNANDO, A (2013): Emergency department multiprofessional handover. In: Clin Teach 10(4): pp. 219-223, <https://doi.org/10.1111/tct.12018>
- [4] GRÄFF, I., PIN, M., EHLERS, P. et al (2022): Empfehlungen zum strukturierten Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme: Konsensuspapier von DGINA, DIVI, BAND, BV-AELRD, VDF, AGBF, DBRD, DRK, MHD, JUH, ASB, FALCK, APS, ABNP, DRF, ADAC. In: Notfall Rettungsmed 25: S. 10-18, <https://doi.org/10.1007/s10049-020-00810-8>
- [5] OWEN, C., HEMMINGS, L., BROWN, T. (2009): Lost in translation: maximizing handover effectiveness between paramedics and receiving staff in the emergency department. In: Emerg Med Australas 21(2): pp. 102-107, <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2009.01168.x>
- [6] NAJAFI KALYANI, M., FEREIDOUNI, Z., SARVESTANI, R. S., HADIAN SHIRAZI, Z., TAGHINEZHAD, A. (2017): Perspectives of Patient Handover among Paramedics and Emergency Department Members; a Qualitative Study. Emerg (Tehran) 5(1)

- [7] VIDYARTHI, A. R., ARORA, V., SCHNIPPER, J. L., WALL, S. D., WACHTER, R. M. (2006): Managing discontinuity in academic medical centers: strategies for a safe and effective resident sign-out. In: J Hosp Med 1(4): pp. 257-266, <https://doi.org/10.1002/jhm.103>
- [8] JOINT COMMISSION CENTER FOR TRANSFORMING HEALTHCARE: Hand-off communications. <https://www.centerfortransforminghealthcare.org/improvement-topics/hand-off-communications/>
- [9] BOST, N., CRILLY, J., WALLIS, M., PATTERSON, E., CHABOYER, W. (2010): Clinical handover of patients arriving by ambulance to the emergency department – a literaturereview. In: IntEmergNurs 18(4): pp. 210-220, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2009.11.006>
- [10] GRÄFF, I., EHLERS, P., SCHACHER, S. (2023b): SINNHAF – Die Merkhilfe für die standardisierte Übergabe in der Zentralen Notaufnahme. In: Notfall Rettungsmed, <https://doi.org/10.1007/s10049-023-01167-4>
- [11] GRÄFF, I., ZHELYAZKOVA, A., TEMPFLI, J. et al.: Die Übergabemerkhilfe „SINNHAFT“: Ergebnisse einer onlinebasierten Mixed-methods-Anwendungsstudie. In: Notfall Rettungsmed (2025), <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01516-5>