



Gesellschaft für Qualitätsmanagement
in der Gesundheitsversorgung e. V.

AG Kommunikation im Qualitätsmanagement und Risikomanagement

Arbeitshilfe bessere Kommunikation 2

SBAR als Tool zur fokussierten Kommunikation

Pilz S, Poimann H, Holtel M, Wiesmann A, Weber H, Pivernetz K, Rodle S

04.12.2015

Inhalt

1. Hintergrund/Evidenz	3
2. Voraussetzungen	3
3. Ziele	4
4. Maßnahmen.....	4
5. Haltung und Verhaltensstrategie	4
6. SBAR – Erklären der Methode.....	4
7. Anwendungsszenarien.....	6
8. Vorbereitung von Kommunikation.....	6
9. Durchführung	6
10. Pocketversion	6
11. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung	7
12. Quellen.....	7
Studien zu SBAR und verwandten Methoden.....	7
Links.....	8
Anschrift für die Verfasser	8
Organisationen in denen SBAR in Deutschland eingesetzt wird	8
Ansprechpartner	8

1. Hintergrund/Evidenz

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist in der modernen medizinischen Versorgung ein notwendiges Strukturelement. Interventionen zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zeigen eindeutig Wirkung auf Ergebnisse der medizinischen Behandlung. Dies lässt sich anhand randomisierter kontrollierter Studien zeigen (Colman 2006 (Level II), Martin et al 2010, (Level II), Zwarenstein et al 2009 (Level II): Evidence Hierarchie Level (IV-I) nach NHMRC (2000)).

Die Weitergabe klinischer Informationen zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist einer der zentralen Prozesse in der Patientenbehandlung (Manser/Foster 2011). Da ein Patient nicht immer von der gleichen Gruppe von Personen rund um die Uhr oder am gleichen Ort betreut werden kann, ist es wichtig an den Übergabezeitpunkten alle relevanten Informationen möglichst ohne Verluste und Veränderungen zu übergeben.

Ca. 80% aller ernsthaften Fehler im Behandlungsablauf involvieren fehlerhafte Kommunikation während der Übergabe von Patienten. Die meisten vermeidbaren unerwünschten Ereignisse lassen sich auf insuffiziente Kommunikation zurückführen (Solet et al 2005). Eine strukturierte, fokussierte Kommunikation unterstützt dabei die fehlerfreie Weitergabe von Informationen erheblich.

Im angloamerikanischen Sprachraum ist die Nutzung von Kommunikationswerkzeugen (Tools) zur fokussierten Kommunikation im Krankenhaus deutlich weiter verbreitet als in Deutschland. In unseren Breiten gibt es diese Tools eher in anderen Hochrisikobereichen wie der Luftfahrt oder bei der Feuerwehr. Neben dem hier vorgestellten SBAR-Verfahren (die Abkürzung steht für Situation, Background, Assessment und Recommendation) gibt es weitere Empfehlungen zur strukturierten Informationsweitergabe (z.B. Leitlinien der Studer Group für das Pflegepersonal, 2007; SHARED, Australien (ACSQHC), 2011; SHARE, USA, Joint Comm. 2013; Three Ws, NCPS, 2011).

Die Datenlage zur Wirksamkeit dieser Hilfsmittel im klinischen Bereich ist zwar bislang gering (Level III und IV), aber erfolversprechend. Die Studien kommen wie zu erwarten meist aus dem angloamerikanischen Sprachraum. Kommunikationsstandards wurden dabei häufig nicht allein untersucht, sondern waren Teil von mehreren Maßnahmen und Strategien zur Kommunikationsverbesserung und Risikominimierung. Es ist meistens schwierig Messkriterien festzulegen, die eine eindeutige Ursache-Wirkungs-Zuordnung erlauben. Gleichwohl gibt es zum Thema SBAR Arbeiten, die auf eine durch die Mitarbeiter subjektiv erlebte Verbesserung der Kommunikation, verbesserte Teamzusammenarbeit und Arbeitsklima sowie ein vermindertes Risiko von Kommunikationsfehlern hinweisen. In einigen Studien lässt sich ein Ansteigen von CIRS-Meldungen nachweisen, was für eine erhöhte Sensibilisierung für Risikoereignisse sprechen könnte (Level III). Insgesamt gibt es Hinweise auf positive Effekte für die Versorgung der Patienten auf Intensivstation mit reduzierten Wiederaufnahmen und weniger Sterbefällen (Level III).

2. Voraussetzungen

Die Leitungs- und Führungsebene der Organisation wünscht Unterstützung und beschließt die Einführung von strukturellen Kommunikationswerkzeugen.

Um wirksam zu werden, muss SBAR als ein Kommunikationsinstrument zur Meldung bei kritischen Situationen oder in verschiedenen anderen Übergabeszenarien verbindlich eingeführt sein. Das Schema ist auf ortstypische Gegebenheiten anzupassen. Die Anwender sind vorher in der Methode theoretisch und praktisch zu schulen.

Beide Teilnehmer in der Informationsweitergabe (Sender wie Empfänger) kennen das Schema. Die Dokumentation erfolgt mit Hinweis auf das angewendete Instrument (z.B. Arzt nach SBAR informiert).

3. Ziele

Strukturierte und fokussierte Informationsweitergabe anhand festgelegter Kommunikationsmuster z.B. SBAR in der Organisation.

Ziel der Implementierung von SBAR ist die Verbesserung und die Risikominimierung in verschiedenen Übergabesituationen während der klinischen Versorgung von Patienten.

4. Maßnahmen

Die Einführung verlangt eine sorgfältige Projektierung mit Informationen und Schulungen. Es kann zunächst ein Pilotbereich ausgewählt werden (z.B. über drei Monate). Sollte sich das neue Vorgehen für die eigenen Organisationen bewähren, kann beim weiteren Ausrollen der Methodik auf andere Bereiche gegebenenfalls auf eine ausführlichere Vor- und Nachevaluation verzichtet werden. Normalerweise ist für die Einführung von SBAR lediglich eine Anpassung auf ortstypische Gegebenheit nötig, z.B. Checkliste, Schulungsumfang etc. Eine nochmalige „wissenschaftliche“ Überprüfung ist zur Verwendung und Einsatz vom SBAR nicht notwendig.

5. Haltung und Verhaltensstrategie

Nicht nur die Methode an sich ist bedeutsam. Der Einsatz von SBAR verlangt eine klare Präsenz und Zielfokussierung der Beteiligten. Ohne eine Konzentration auf die Inhalte der Informationsweitergabe ist die SBAR-Methode nicht sauber durchzuführen. Sie verliert deutlich an Wirkung, wenn man versucht sie „zwischen Tür und Angel“ zu praktizieren.

Gleichzeitig spiegelt diese Fokussierung während der Übergabe eine besondere Art des Respekts gegenüber dem Empfänger der Nachricht wider. Das Vorgehen verlangt implizit eine kurze Phase des Innehaltens im Verlauf des Prozesses: bei der Vorbereitung, im Verlauf des Gesprächs und bei der kurzen Reflexion am Ende.

6. SBAR – Erklären der Methode

Das SBAR-Modell, ein standardisiertes Kommunikationswerkzeug, war ursprünglich von der US Navy eingesetzt worden. Eine systematische Sprachregelung sollte Missverständnisse in der Kommunikation reduzieren, die in Katastrophen enden konnten, so z.B. beim Einsatz auf Flugzeugträgern. Dieses Kommunikationsprotokoll mit den vier Abschnitten Situation, Hintergrund (Background), Einschätzung der Situation (Assessment) und Empfehlungen (Recommendation) wurde als hilfreich für wichtige Übergabesituationen in der Medizin gesehen und als erstes von Kaisers Permanent 2003 eingeführt. Es diente als ein Rahmen, um Gespräche zwischen Ärzten und Pflegekräften in Situationen zu strukturieren, die unmittelbare Aufmerksamkeit erforderten. SBAR war von Anfang an im Gesundheitsbereich als eine Maßnahme erkannt worden, die die Genauigkeit und die Effizienz von Kommunikation von verschiedenen Situationen im Versorgungsbetrieb steigern kann. SBAR wurde so als ein Kommunikationswerkzeug gesehen, was das Verständnis zwischen Leuten, die mehr oder weniger oft miteinander kommunizierten, verbessern sollte, weil sie bislang nicht in der gleichen Sprache oder auf die gleiche Art und Weise kommunizieren.

Wie in der Abbildung SBAR gezeigt, wird unter **Situation** nach einer Vorstellung des Sprechers kurz der betroffene Patient identifiziert, die momentane Situation beschrieben mit einigen festgelegten gesundheitstechnischen Daten, z.B. Bewusstseinszustand, Operationsfähigkeit, Vitalzeichen etc.

Unter Hintergrund oder **Background** wird eine kurze Zusammenfassung präsentiert zum Grund des aktuellen Aufenthaltes, wesentlichen Vorerkrankungen und wichtigen Daten im zwischenzeitlichen Verlauf.

Unter Einschätzung der Situation oder Feststellung (**Assessment**) wird die Gesamtsituation gewürdigt, sich verändernde oder bedeutsame Parameter benannt, ggf. eine Verdachtsdiagnose geäußert oder eine Einschätzung geliefert.

Als Empfehlung (**Recommendation**) wird dann je nach Situation vorgebracht, welche Vorstellungen der Sprecher hat, wie sich der Zuhörer (Empfänger) verhalten soll: z.B. sofort vorbeikommen, einen Kommentar geben, eine Anweisung geben etc. Ggf. lässt sich auch die Frage stellen, was getan werden soll oder könnte.

Insgesamt sollten sich diese vier Bausteine in festgelegter Reihenfolge maximal 1,5 bis 2 Minuten abhandeln lassen. Durch SBAR wird eine gemeinsame Sprache etabliert und eine gemeinsame Erwartung, was man im Laufe der Meldung kommuniziert bekommt. SBAR wurde mittlerweile nicht nur in kritischen Situationen wie Notfallmeldungen etc. eingesetzt, sondern taucht auch als ein Hilfsmittel auf, das die Kommunikation strukturiert, z.B. bei der normalen Übergabesituation auf Station, in der Rehabilitation, in der Besprechung von Medikation oder M&M-Konferenzen.

Meldung bei kritischen Situationen (Beispiel)

S	<p>Situation Hallo hier ist [eigener Name] Es geht um [Pat. Name, Alter] auf [Station mit Zimmernummer] Ich habe den Patienten gerade gesehen. Die Situation ist folgende [...] Pat. ist [Bewusstseinszustand, Kooperationsfähigkeit...] Vitalzeichen sind [RR], [Puls], [Atemfrequenz], [Temperatur] Ich mache mir Sorgen, weil [...]</p>
B	<p>Background – Hintergrund Der Patient ist hier weil [wie lange, weswegen und Verlauf <i>in einem Satz</i>...] Besonderheiten dazu sind [...]</p>
A	<p>Assessment – Einschätzung der Situation Ich bin nicht sicher, aber der Patient verschlechtert sich. oder Ich glaube, es handelt sich um [...]</p>
R	<p>Recommendation – Empfehlung Mein Wunsch ist, dass Sie [...] <ul style="list-style-type: none"> • jetzt kommen • den Patienten verlegen • mit den Angehörigen reden • ... Soll ich schon irgendetwas tun oder vorbereiten? Brauchen wir noch etwas?</p>

7. Anwendungsszenarien

Letztlich kann SBAR als Hilfsmittel in jeglicher Art von klinischer Übergabesituation sinnvoll zum Einsatz kommen. Das hier vorgestellte Ausgangsmodell, die ins Deutsche übersetzte Fassung des englischen Originals, ist an die ortstypischen Gegebenheiten und die Art der Übergabe anzupassen. Dabei wird es auch Unterschiede je nach Fachdisziplin geben. Das Grundprinzip ist jedoch immer gleich und für den Anwender leicht verständlich. Mögliche Anwendungsszenarien sind zum Beispiel:

- Meldung bei kritischen Situationen (z.B. im Nachtdienst)
- Übergabe zwischen den Schichten (pflegerisch wie ärztlich)
- Verlegung auf andere Station
- Einstieg in ausführliche Fallbesprechung, z.B. M&M-Konferenzen
- Übergabe zwischen OP und Transportdienst

8. Vorbereitung von Kommunikation

Wir haben für die Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung fünf Leitfragen entwickelt, die unabhängig von den konkreten Inhalten, die übermittelt werden, eine gute Orientierung für den Prozess und die innere Haltung der Teilnehmer geben.

- Bin ich auf das Gespräch vorbereitet?
- Bin ich präsent?
- Verstehe ich das Gegenüber?
- Habe ich das Richtige gesagt und habe ich es richtig gesagt?
- Fehlt etwas Wichtiges?

9. Durchführung

Der Sender spricht mit dem Empfänger gemäß dem Ablaufschema von SBAR (siehe Kap. 6) in den vier Stufen S (Situation), B (Background), A (Assessment) und R (Recommendation). Zeitdauer max. 1,5 bis 2 Minuten. Der Empfänger gibt Rückmeldung, ob er alles verstanden hat, antwortet und fragt ggf. nach Zusatzinformationen.

10. Pocketversion

Im Folgenden präsentieren wir als Erinnerungsstütze nach Training die Pocketversion von SBAR für die Kitteltasche. Die Größe entspricht einer Postkarte, zweiseitig bedruckt. Eine Musterdatei zur Anpassung an die lokalen Gegebenheiten erhalten Sie über die AG Kommunikation im Qualitäts- und Risikomanagement der GQMG (www.gqmg.de).

Pocketversion

Pocketversion zur Arbeitshilfe bessere Kommunikation 2 SBAR – fokussierte Kommunikation	
S Situation	Anwendung Übergabe Fr. Franziska Schmidt, 4 Tage Intensivversorgung nach SHT, allseits orientiert, Schluckstörungen, ZVK liegt.
B Background	Anwendung Kritische Situation Hallo, hier spricht Sr. Anja, Stat. 3b. Hr. Theo Müller, Zl. 308, liegt seit 22.00 h über thorakale Schmerzen und ist kaltschweißig.
A Assessment	Hintergrund Z.N. Verkehrsunfall als PKW-Fahrerin, operativ versorgtes Subduralhämatom, insulinpflichtiger Diabetes Typ II.
R Recommendation	Einschätzung Die Pat. kann flüssige und pürierte Nahrung aufnehmen. Schlechte Venensituation, Flüssigkeit über ZVK.
	Empfehlung Die Schluckstörung muss engmaschig beobachtet werden, evtl. Konsil. ZVK ziehen, sobald orale Flüssigkeitsaufnahme genügt.

SBAR ist ein Kommunikationstool vorwiegend für Übergabesituationen und Meldungen. Die Meldung erfolgt ohne Unterbrechung und sollte max. 2 Minuten dauern. Bei Reanimation wird unabhängig davon der hausinterne Reanimationsstandard angewandt. Das Schema lässt sich auf orthopädische Gegebenheiten anpassen. Alle Beteiligten werden durch Schulung mit dem Thema vertraut gemacht. Nähere Erläuterungen finden Sie in der Langversion unter www.gqmg.de.

11. Rechtlicher Hintergrund und Verantwortung

- (Muster-)Berufsaufsicht für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt am Main
- Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (Patientenrechtegesetz)

12. Quellen

Studien zu SBAR und verwandten Methoden

- Manser T, Foster S. Effective handover communication: an overview of research and improvement methods. *Best Practice and Research Clinical Anaesthesiology*, 2011, 25, 181-191.
- Randmaa M, Mårtensson G, Swenne CL, Engström M: SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study, *BMJ Open*, 2014; 4: e004268. doi: 10.1136/bmj.open-2013-00426.
- De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P: SBAR improves nurse – physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study, *Clinical Paper*, Elsevier Ireland, Abstract, 2013.
- Leonard, M.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* 13, 2004, 85-90.
- Velji K, Ross Baker G, Fancott C et al: Effectiveness of an Adapted SBAR, *Communication tool for a rehabilitation setting. Healthcare Quarterly*, 11 (Sp) 2008: 72-79 (Level III).
- Vardaman JM, Cornell P, Gondo MB, Amis JM, Townsend-Gervis M, Thetford C: Beyond communication: the role of standardized protocols in a changing health care environment. *HealthCare Manage Rev. Jan-Mar 2012*; 37(1): 88-97, (Level III).
- Thompson JE, Collett LW, Langbart MJ, et al: Using the ISBAR handover tool in junior medical officer handover: A study in an Australian tertiary hospital. *Postgraduate Medical Journal* 2011, 87:340e344 (Level IV).
- Arora VM, Johnson JK, Meltzer DO, Humphrey HJ. A theoretical framework and competency-based approach to improving handoffs. *Qual Saf Health Care*. Feb 2008; 17(1):11-14 (Level V).

- Haig KM, Sutton S, Whittington J: SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. 2006; 32:167e175. (landmark article) (Level IV).
- Mitchel EL, Lee DY, Arora S, et al: SBAR M&M: a feasible, reliable and valid tool to assess the quality of surgical morbidity and mortality conference presentations. The American Journal of Surgery, 2012, (Level IV).
- Woodholl LJ, Vertacnik L, McLaughlin M: Implementation of the SBAR Communication Technic in a Tertiary Center, 2008, Journ. of Emergency Nursing, (Level IV).
- Telem DA, Buch KE et al: Integration of a Formalized Handoff System Into the Surgical Curriculum, Resident Perspectives and Early Results, Arch Surg 2011, 146 (1) 89-93 (Level III).
- Eric A, Coleman MD, Carla Parry MPH, PhD MSW, Chalmers S, MPH, Min SJ: The Care Transitions Intervention, Results of a Randomized Controlled Trial, American Medical Association, 2006 (Level II).
- Martin JS, Ummenhofer W, Manser T, Spirig R: Interprofessional collaboration among nurses and physicians: making a difference in patient outcome, Swiss Medical Weekly, Review article, Published 1. Sept. 2010 (Level III).
- Zwarenstein M, Goldmann J, Reeves S: Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes (Review). The cochrane collaboration. 2009, Wiley (Level II).
- McCarthy D, Chase D: Advancing Patient Safety in the U.S. Department of Veterans Affairs. Case Study. Keeping the Commitment: Progress in Patient Safety. 2011, The Commonwealth fund, Abstract (Level III).
- Vecchio-Sadus AM: Enhancing safety culture through effective communication. <http://ssmon.chb.kth.se/volumes/vol11/issue3/2%20Vecchio.pdf> (Level IV).
- NHMRC. How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence, page 8. Accessed March 2010 at http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/c69.pdf

Links

- <http://www.gqmg.de/>
- <http://www.ihl.org/Topics/SBARCommunicationTechnique/Pages/default.aspx>
- <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SampleSBARCommunicationTool.aspx>
- <http://www.saferhealthcare.com/sbar/what-is-sbar/>

Anschrift für die Verfasser

Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann, Schweinfurter Straße 1, 97080 Würzburg,
nchpraxis@neurochirurgie.com

Organisationen in denen SBAR in Deutschland eingesetzt wird

Ansprechpartner (Stand: 4.12.2015)

- PRIVAT-NERVEN-KLINIK DR. MED. KURT FONTHEIM, Liebenburg: Dr. med. Stefan Pilz
- Universitätsklinikum Münster: Anna Wiesmann
- Christophorus-Kliniken Coesfeld-Dülmen-Nottuln: Katrin Stapenhorst
- MVZ für Neurochirurgie und Rehabilitative Medizin, MVZ für Neurologie und Allgemeinmedizin, Würzburg: Dr. med. Dipl.-Psych. Horst Poimann