

SINNHAFT: die Übergabe an der Nahtstelle

Das deutsche Übergabeschema für den Weg Rettungsdienst in die Zentrale Notaufnahme – und warum kaum jemand es kennt

Kernaussage

Die Übergabe ist der einzige Moment im Einsatz, den es **nur einmal** gibt. Was dort nicht gesagt wird, steht bestenfalls im Protokoll – und das wird gelesen, wenn das Team längst wieder unterwegs ist. Für genau diese Minute existiert seit 2023 ein **deutsches** Schema: **SINNHAFT**, im Delphi-Verfahren nach AWMF-Regularien aus dem Konsensuspapier 2020 abgeleitet und von praktisch allen relevanten Fachgesellschaften und Hilfsorganisationen getragen. Gelernt wird im deutschsprachigen Raum trotzdem meist ATMIST oder SBAR – beides importiert.

Die acht Buchstaben

	steht für	was hineingehört
S	Start	Aufmerksamkeit herstellen – die Übergabe beginnt erst, wenn alle zuhören
I	Identifikation	Wer ist die Patientin oder der Patient, wer übergibt
N	Notfallereignis	Was ist passiert
N	Notfallpriorität	Wie dringlich, welche Ressource wird gebraucht
H	Handlung	Was wurde bereits getan
A	Anamnese	Vorerkrankungen, Medikation, Allergien
F	Fazit	Zusammenfassung und Verdachtsdiagnose
T	Teamfragen	Rückfragen des übernehmenden Teams

Schreibweise: Das H heißt „**Handlung**“, **Singular** – so in der Originalpublikation und beim APS. Der häufige Plural „Handlungen“ ist falsch.

Woher es kommt – und wer es trägt

- **Konsensuspapier 2020** zur strukturierten Übergabe in der zentralen Notaufnahme, 15 Empfehlungen, getragen von **16 Organisationen** (u. a. DGINA, DIVI, BAND, BV-ÄLRD, VDF, AGBF, DBRD, DRK, MHD, JUH, ASB, FALCK, APS, DRF, ADAC).
- **2023** daraus im **Delphi-Verfahren** nach AWMF-Regularien die Merkhilfe SINNHAFT abgeleitet – **52 Delphi-Teilnehmende** (Gräff, Ehlers, Schacher).
- Das **Aktionsbündnis Patientensicherheit** unterstützt SINNHAFT öffentlich (11/2024).
- **Bayern** empfiehlt es landeseinheitlich; die Nürnberger Dienstanweisung „Patientenübergabe“ führt es samt kostenfreier Pocketkarte.
- Eine **eigene AWMF-Leitlinie** allein zur Übergabe gibt es **nicht** – das Konsensuspapier ist das maßgebliche Dokument.

Was die Daten hergeben – und was nicht

Zahl	Woher	Wie belastbar
84 % Übergabe-Integrität (79–90 %), Dauer 3:04 min ± 1:01	Anwendungsstudie 2025, Gräff et al.: 28 Teilnehmende, 48 Übergaben in 16 Szenarien, 36 davon NotSan an Pflege	deutsch und aktuell, aber Simulation mit N = 28 – Beleg für Akzeptanz und Vollständigkeit, nicht für Outcome
72,9 % der übergebenen Informationen werden dokumentiert (95 %-KI 69,0–76,8)	Videoanalyse von 96 Traumaübergaben, 473 Items – US-Studie von 2009	methodisch am belastbarsten, aber USA, Trauma, 2009 – Übertragbarkeit auf den deutschen Rettungsdienst nicht belegt
24 % – nur mit Nenner zitierbar	Kachalia et al. 2007: von 79 Fehldiagnosen mit Patientenschaden in US-Notaufnahmen war eine unzureichende Übergabe bei rund einem Viertel einer von im Median drei beitragenden Faktoren	zitierfähig nur mit Nenner – s. Kasten

So nicht: „In 24 % der Übergaben kommt es zu einer Fehldiagnose.“ Das ist falsch – der Nenner sind 79 bereits feststehende Fehldiagnosen, nicht alle Übergaben. **So ja:** „In einer US-Analyse von 79 Fehldiagnosen mit Patientenschaden in der Notaufnahme war eine unzureichende Übergabe bei rund einem Viertel der Fälle einer der beitragenden Faktoren.“ – Für die verbreitete Aussage „X % aller Klinikzwischenfälle gehen auf Kommunikationsfehler zurück“ gibt es **keine belastbare Zahl**; sie gehört in keinen Unterricht.

Der typische Fehler: das A – und gleich danach das T

Unter Zeitdruck fällt zuerst weg, was nicht unmittelbar dramatisch klingt: die **Anamnese**. Blutverdünner, Allergie, Vorerkrankung – ungesagt. Direkt danach wird das **T** abgewürgt: Die Rückfrage des übernehmenden Teams ist der einzige Moment, in dem sich ein Missverständnis noch drehen lässt. Wer „Fragen? Nein? Gut.“ sagt, hat das T formal abgehakt und faktisch gestrichen. Dritter Häufungspunkt: das Schema bei **Bagatellen** erzwingen – Anwender nennen es dann selbst „sperrig“, und danach wird es auch beim kritischen Fall nicht mehr benutzt.

Merke: Das A fällt zuerst weg. Und das T wird abgewürgt, bevor es gestellt wurde.

Was sich für dich ändert

- **Erst reden, wenn alle zuhören.** Das S ist kein Höflichkeitsfloskel, sondern die Bedingung dafür, dass der Rest ankommt.
- **Reihenfolge halten, auch wenn es drängt.** Struktur schlägt Erinnerung – unter Druck fällt weg, was nicht im Schema steht.
- **Anamnese aktiv nennen**, nicht auf die Rückfrage warten: Antikoagulation, Allergien, relevante Vorerkrankungen, Medikation.
- **Das T offen stellen** und die Antwort abwarten – rund drei Minuten sind der Normalfall, nicht der Ausnahmefall.
- **Bei Bagatellen kürzen, nicht streichen.** S-I-N-F reicht oft; das Schema bleibt trotzdem das Gerüst.
- **Beide Seiten schulen.** Die Anwendungsstudie nennt ausdrücklich Schulungsbedarf auch beim übernehmenden ZNA-Personal.

Fairness gegenüber der anderen Seite

Der Reflex „die Notaufnahme hört nicht zu“ ist bequem und falsch herum. Beide Berufe sind dreijährig ausgebildet und auf DQR-Niveau 4. Was sich unterscheidet, ist die **Denkrichtung**: Die NotSan-Ausbildung ist auf akutes Erfassen und Priorisieren angelegt, die Pflegeausbildung auf Planen, Durchführen, Evaluieren. Das ist ein **Erklärungsangebot** dafür, warum zwei Menschen unterschiedlich sortieren, was zuerst gesagt gehört – **keine belegte Ursache**. Weder NotSan-APrV noch PflAPrV schreiben ein Übergabeschema bundesrechtlich vor. Wer mehr behauptet, behauptet mehr, als die Quellen hergeben.

MERKSATZ

Acht Buchstaben. Einer entscheidet: das A. Und die Übergabe ist ein einziger Versuch – was du nicht sagst, hat es nicht in die Klinik geschafft.

Offene Schleife für den Unterricht

Warum steht das T – die Teamfragen – am **Ende** und nicht am Anfang? Die Frage eignet sich als Einstieg in die nächste Einheit: Sie ist der einzige Schritt, den nicht der übergebende, sondern der übernehmende Teil steuert.

Quellen (Recherchestand 08.08.2026, an den Primärquellen geprüft)

Gräff I., Ehlers P., Schacher S.: *SINNHAFT – die Merkhilfe für die standardisierte Übergabe in der zentralen Notaufnahme*, Notfall + Rettungsmedizin 2023, DOI 10.1007/s10049-023-01167-4 · Gräff I. et al.: *Die Übergabemerkhilfe „SINNHAFT“: Ergebnisse einer onlinebasierten Mixed-methods-Anwendungsstudie*, Notfall + Rettungsmedizin 2025, DOI 10.1007/s10049-025-01516-5 · *Empfehlungen zum strukturierten Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme* (Konsensuspapier 2020), DOI 10.1007/s10049-020-00810-8 · DGINA Notfallcampus, SINNHAF (Trägerliste) · Aktionsbündnis Patientensicherheit, Mitteilung 19.11.2024 · Kachalia A., Gandhi T.K., Puopolo A.L. et al.: *Missed and Delayed Diagnoses in the Emergency Department*, Ann Emerg Med 2007;49(2):196–205 · Stadt Nürnberg, Dienstanweisung „Patientenübergabe“ · Zur 72,9-%-Zahl: Videoanalyse von 96 Traumaübergaben, USA 2009 – nur mit Herkunftsangabe, nicht auf Slides.

Maßgeblich sind stets die aktuellen Empfehlungen und die SOP des eigenen Rettungsdienstbereichs bzw. der Zielklinik. · Bildungsmaterial – kein Ersatz für ärztliche Anordnung, Ausbildung oder lokale SOP.

Autor: Niels Petersen · Notfallsanitäter & Praxisanleiter · Kopf, Herz & Blaulicht – Damit's sitzt, wenn's zählt.