

Florian Beese

**Die Herausforderung von Dienstübergaben
im Setting Respiratory Care Unit
am Beispiel der Gesundheits- und
Krankenpflege**

1. Auflage 2018

Transfertexte Theorie + Praxis – Schriftenreihe der EHB

Band 5

Selbstverlag Evangelische Hochschule Berlin (EHB) In Zusammenarbeit mit der Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin

Umschlaggestaltung: Eva Weyer. Foto: Pierre-Yves Dalka.

Vorwort zur Schriftenreihe

Abschlussarbeiten, ob Diplom-, Bachelor- oder Masterarbeiten, beinhalten ein hohes Potential für den Austausch zwischen Hochschule und Praxis, sie bilden seit jeher eine wichtige Schnittstelle zwischen Studium und beruflichem Einstieg. Viele Studierende finden in dem Handlungsfeld eine Arbeitsstelle, das sie in ihrer Abschlussarbeit behandelt haben. Die Abschlussarbeit ist hier eine wichtige Referenz. Aber bereits im Vorfeld zeigt sich, dass die im Studium gesammelten praktischen Erfahrungen häufig die Wahl des Themas mitbestimmen. Die Studierenden stoßen in der Arbeit auf Handlungsbedarf, auf Schnittstellenprobleme in der Hilfeversorgung, sie entwickeln Ideen für neue Handlungskonzepte, werfen Fragen zu Wirkung und Erfolg in den verschiedenen Sozial- und Gesundheitsberufen auf, analysieren Effektivität und Effizienz des fachlichen Handelns etc. Sie formulieren hieraus eine Fragestellung, der sie in ihrer Abschlussarbeit, meist in Form einer empirischen Untersuchung, nachgehen und stellen allein dadurch einen hohen Praxisbezug her. Es entstehen mitunter sehr schöne Arbeiten, die mit ihren kritischen Analysen, Handlungsempfehlungen, Konzeptionen und Modellentwürfen für die Praktiker lesenswert wären – allein: ein systematischer Zugang für einen breiten Leser_innen- und Interessent_innenkreis fehlt. In der Regel wird die Arbeit lediglich an die beteiligten Träger und sozialen Dienste weitergereicht, die beispielsweise bei der Vermittlung von Interviewpartner_innen, Mitarbeiter_innen oder Klient_innen, behilflich waren. Daraus lässt sich die berechtigte Frage ableiten: Wie kann verhindert werden, dass diese Arbeiten häufig ungelesen, unbeachtet „in der Schublade verschwinden“, oder wie können diese nützlichen Arbeiten der Praxis zugänglich gemacht werden? Genau hier liegt der Ansatzpunkt für diese, von der Evangelischen Hochschule Berlin (EHB) in Kooperation mit der LIGA der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege Berlin (LIGA) vorgelegte Schriftenreihe, die besonders gelungene und praxisrelevante Abschlussarbeiten als „Handreichungen für die Praxis“ publiziert. Gleichzeitig wird mit dieser Reihe die Förderung des Austausches mit der Praxis angestrebt. Die Verantwortlichen setzen auf Impulse aus der Praxis, die aktiv auf einen aktuellen Forschungsbedarf und auf Schlüsselthemen hinweisen und gegebenenfalls auf die Bereitschaft einzelner Träger, die Abschlussarbeit in Kooperation mit der eigenen Praxiseinrichtung zu ermöglichen.

Prof. em. Dr. Brigitte Wießmeier (Projektinitiatorin, emeritierte Professorin für Soziale Arbeit an der EHB)

Wie ein erfahrener Praktiker der Sozialarbeit einmal sagte, richten sich die Lebenslagen von Menschen nicht nach den Sozialgesetzbüchern. Vielmehr müssten sich diese nach den Lebenslagen der Menschen richten! So ähnlich ist es auch mit der Weiterentwicklung der Theorie und Praxis. Die Theorien und Methoden der Sozialen Arbeit und verwandter Sozial- und Gesundheitsberufe werden weiterentwickelt. Dabei sind veränderte gesellschaftliche Problemlagen, aber auch neue gesellschaftliche Zielvorstellungen häufig der Anstoß. Die Sozial- und Gesundheitsberufe müssen sich methodisch und theoretisch immer wieder auf neue Herausforderungen und Handlungsfelder einlassen. Der LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe möchte das Vorhaben der Evangelischen Hochschule unterstützen, Abschlussarbeiten von Studierenden für einen besseren Austausch zwischen den Reflexionen und Praxisprojekten der Hochschule und den Alltagsfragen der Einrichtungen und Dienste im Sozial- und Gesundheitsbereich zu machen. Die zum Teil anspruchsvollen und inhaltsreichen Abschlussarbeiten verdienen es, in der Fachöffentlichkeit diskutiert zu werden. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege zu Berlin unterstützen dieses Vorhaben gerne.

Reinald Purmann (LIGA Fachausschuss Behindertenhilfe)

Vorwort zu dieser Abschlussarbeit

Eine Bachelorarbeit dem Thema Herausforderungen von Dienstübergaben im Setting Respiratory Care Unit (RCU) im Kontext von Gesundheits- und Krankenpflege zu widmen braucht Mut. Mut, die leitende Idee möglicher Besonderheiten und Potentiale dieser Versorgungsstruktur für ein bislang vernachlässigtes und zugleich bedeutsames Thema in der pflegewissenschaftlichen Auseinandersetzung in einer integrativen Literatarbeit umzusetzen.

Die dargelegten Literaturlage im Kontext von Gesundheits- und Krankenpflege lässt erahnen, wie komplex allgemeine Übergabeprozesse sind und welche Bedeutung sie im Hinblick auf eine lückenlose Informationsweitergabe haben. Die dieser Arbeit zugrundeliegende Hypothese, dass auf einer RCU spezielle Anforderungen an Gesundheits- und Krankenpflegende im multidisziplinären Team von Übergabesituationen gestellt werden und Tendenzen von Organisations- und Strukturdefiziten alltägliche Praxis sind, wird durch eine wissenschaftliche Datenlage gestützt. Insbesondere den Kommunikationsfähigkeiten und fachlichen Kompetenzen aller beteiligten Akteur_innen kommt hierbei nach Beese eine entscheidende Rolle zu. Mögliche und bestehende Lücken in der Informationsweitergabe werden herausgestellt und anhand einer Bildung von Subkategorien multidisziplinären Versorgungsdefiziten zugeordnet, in dem Bewusstsein, dass eine vollständige Beseitigung von Informationslücken kaum möglich ist. Neben dem Verweis auf weiteren Forschungsbedarf und eine notwendige Sensibilisierung aller am Dienstübergabeprozess Beteiligten, werden mögliche Handlungsoptionen konkretisiert, um dem Sicherstellungsauftrag der Behandlung von Menschen mit schweren akuten und chronischen Atemeinschränkungen gerecht werden zu können.

Dipl. Pflegewirtin Stefanie Kämper

(Gastdozentin im Studiengang Bachelor of Nursing, EHB)

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	7
Abbildungsverzeichnis.....	8
Tabellenverzeichnis.....	8
1. Einleitung.....	9
2. Forschungshintergrund.....	10
2.1. Erkenntnisinteresse.....	10
2.2. Relevanz des Themas.....	10
2.3. Forschungsstand.....	12
2.4. Fragestellungen.....	13
3. Theoretische Vorannahmen.....	14
3.1. Dienstübergabe.....	14
3.2. Kommunikation.....	15
3.2.1. Das Sender-Empfänger-Modell.....	15
3.2.2. Die vier Konversationsmaximen.....	16
4. Methode.....	18
4.1. Wissenschaftstheoretischer Hintergrund.....	18
4.2. Integrative Literaturübersicht.....	19
4.2.1. Identifizierung eines Problems.....	19
4.2.2. Literaturrecherche.....	20
4.2.3. Beurteilung der Literatur.....	22
4.2.4. Analyse der Daten.....	22
4.2.5. Präsentation.....	23
5. Ergebnisse.....	24
5.1. Das Setting der RCU.....	24
5.1.1. Grundlegende Aspekte intensivmedizinischer Versorgung.....	24
5.1.2. Entwicklung der RCU.....	26
5.1.3. Charakterisierung des Settings.....	27
5.2. Zur Problematik der Übergabe.....	28
5.2.1. Funktion und Bedeutung.....	28
5.2.2. Gestaltungsmöglichkeiten in Dienstübergaben.....	30
5.2.3. Herausforderungen in Dienstübergaben.....	32

5.3.Übergaben im Setting der RCU.....	34
5.3.1.Pflege und die Bedeutung der Übergabe.....	34
5.3.2.Handlungsoptionen in Dienstübergaben.....	38
6.Diskussion.....	41
6.1.Methodendiskussion.....	41
6.2.Ergebnisdiskussion.....	42
7.Fazit.....	46
Literaturverzeichnis.....	47
Anhang.....	56
Anhang A - Datenbankrecherche.....	57
Anhang B - Beurteilung verwendeter Studien.....	59

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
bspw.	beispielsweise
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
ebd.	ebenda
et al.	et alii
etc.	et cetera
GKP	Gesundheits- und KrankenpflegerInnen
Kap.	Kapitel
ICU	Intensive Care Unit (= Intensivstation)
IMC	Intermediate Care Unit
IMV	Invasive Mechanical Ventilation (= invasive maschinelle Beatmung)
IRCU	Intensive Respiratory Care Unit
NIV	Noninvasive Ventilation (= nichtinvasive Beatmung)
RCU	Respiratory Care Unit
RHDCU	Respiratory High-Dependency Care Unit
RICU	Respiratory Intermediate Care Unit
RMU	Respiratory Monitoring Unit
SBT	Spontaneous Breathing Trial (= Spontanatemversuch)
Tab.	Tabelle
u. a.	unter anderem
usw.	und so weiter
z. B.	zum Beispiel

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Ein Kommunikationsmodell (Wagner, 1997:35).....	15
Abb. 2: Reduktion gefundener Literatur.....	21

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Konversationsmaximen nach Grice (eigene Darstellung in Anlehnung an Röhner & Schütz, 2012: 21).....	16
Tab. 2: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche – PubMed.....	20
Tab. 3: Fehlerarten in Dienstübergaben, Erläuterungen und Beispiele (eigene Darstellung in Anlehnung an Colvin et al., 2016: 98).....	32

1. Einleitung

„Das wurde mir nicht übergeben.“ Diesen Satz haben wohl die meisten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen¹ (GKP) schon genutzt oder von KollegInnen gehört. Die Aussage macht auf eine grundlegende Herausforderung in der pflegerischen Praxis aufmerksam: Dienstübergaben. Sie dienen dazu, den Versorgungsverlauf eines Dienstes an den nächsten zu vermitteln und eine angemessene Pflege und Versorgung der PatientInnen im Folgedienst zu begünstigen. Im Zuge dessen wird der Dienstübergabe eine wesentliche Rolle zugeschrieben: Sie überbrückt die Schnittstellen während der Dienstwechsel und beeinflusst somit den Kenntnisstand des Folgedienstes und dementsprechend die Versorgungsqualität (Büscher & Stehling, 2015). Die Dienstübergabe wird durch zwischenmenschlichen Informationsaustausch gekennzeichnet. Daher treten auch Fehler auf (Riesenberg et al., 2010). Vor allem in Bereichen, in denen schwerstkranke Menschen mit komplexen Versorgungs- und Pflegeanforderungen behandelt und gepflegt werden, entstehen dementsprechend viele Informationen. Hier hat eine strukturierte Dienstübergabe eine besondere Rolle.

Die Respiratory Care Unit (RCU) fokussiert die Versorgung von Menschen mit akuten und chronischen Einschränkungen der Atemfunktion (Scala, 2012). Realisiert wird die Versorgung durch die Verwendung intensivmedizinischer Organersatzverfahren, wie z. B. der maschinellen Beatmung und verschiedener Behandlungsansätze wie Weaning (Entwöhnung von der Beatmung) oder nichtinvasive Beatmung (ebd.). Dienstübergaben in diesem Setting können durch verschiedene Versorgungsstrategien variieren. Gleichwohl gibt es nur sehr wenige Studienergebnisse bezüglich der Gestaltungsmöglichkeiten von Dienstübergaben auf einer RCU.

Im Rahmen dieser Arbeit soll die pflegerische Dienstübergabe auf einer RCU untersucht werden. Um die Besonderheit dieser Versorgungsstruktur zu verdeutlichen, wird zuerst auf die Entwicklung dieser sowie ihre Ausprägungen eingegangen. Anschließend wird die Thematik der Dienstübergabe im Allgemeinen sowie in Bezug auf das Setting der RCU am Beispiel von GKP diskutiert. Hierbei werden pflegerische Anforderungen und Versorgungsschwerpunkte im Setting der RCU betrachtet sowie Handlungsoptionen aufgezeigt, die laut aktuellem Stand der Forschung, Problemen während der Dienstübergabe entgegenwirken.

Pflegerische Tätigkeiten und Prozesse werden einerseits als routinemäßige Arbeitsabläufe realisiert und sind andererseits durch individuelle Herausforderungen gekennzeichnet. Diesbezüglich wird die Methode der integrativen Literaturübersicht verwendet, da diese die Zusammenführung quantitativer und qualitativer Forschungsarbeiten erlaubt. (Whittemore & Knaf, 2005).

¹ In dieser Arbeit wird bei personenbezogenen Formulierungen das Binnen-I verwendet. Durch die Verwendung dieses linguistischen Mittels sollen alle Geschlechter mitberücksichtigt werden. Personenbezogene Bezeichnungen, die geschlechtsspezifisch formuliert wurden, beziehen sich dementsprechend auf das jeweilige Geschlecht.

2. Forschungshintergrund

In diesem Kapitel wird die Absicht zur Bearbeitung des zugrundeliegenden Themas aufgezeigt. Beginnend mit dem Erkenntnisinteresse werden weiterführend die Relevanz des Themas sowie der derzeitige Forschungsstand aufgezeigt. Darauffolgend ergeben sich die Forschungsfragen, die es in dieser Arbeit zu beantworten gilt.

2.1. Erkenntnisinteresse

Das Forschungsinteresse bezüglich der Thematik entspringt aus der beruflichen Praxis des Autors als Gesundheits- und Krankenpfleger. Im Praxisalltag ergeben sich zahlreiche Herausforderungen bspw. im Umgang mit erkrankten Menschen, KollegInnen oder arbeitsstrukturellen Anforderungen wie der Organisation der Pflege.

Im Rahmen dessen zeigte sich, dass Dienstübergaben von GKP während des Schichtwechsels divergent bezüglich Umfang, Präzision und Informationsgehalt erfolgen (Lauterbach, 2008). Zum Teil geraten wichtige Informationen für die adäquate Versorgung der PatientInnen in den Hintergrund (Colvin et al., 2016). Im Gegensatz dazu werden weniger relevante Sachverhalte ausführlich vermittelt (Sexton et al., 2004). Des Weiteren zeigte sich, dass die Dienstübergabe durch äußere Störfaktoren wie Monitoringalarme, Telefonläuten oder Notfälle bei anderen PatientInnen unterbrochen wird, da sich die Konzentration der beteiligten KollegInnen in diesem Moment der Priorität entsprechend auf andere Situationen verlagert (Spooner et al., 2015). Die stets erforderliche Präsenzpflicht der GKP gegenüber den PatientInnen kann demnach zu Störungen und zur Verlängerung der Dienstübergabe führen. Darüber hinaus kann sie durch andere Professionen, wie bspw. durch MedizinerInnen, gestört werden (Walther, 1997).

Alles umfassend zeigen Erfahrungen des Autors, dass die Informationsweitergabe während der Dienstübergabe aus verschiedenen Gründen tendenziell unorganisiert bzw. unstrukturiert stattfindet, was sich auch in aktuellen Studienergebnissen widerspiegelt (Foster-Hunt et al., 2015). Dazu kommt, dass die RCU von KollegInnen als ein wechselhaftes Setting mit täglich verändernden Anforderungen an die Pflege wahrgenommen wird, was auch aus empirischen Daten auf einer RCU hervorgeht (Vahedian-Azimi et al., 2015). Daraus ergibt sich das Interesse des Autors, Dienstübergaben und deren Herausforderungen in Bezug auf das Setting der RCU zu untersuchen. Des Weiteren soll in dieser Arbeit erforscht werden, ob der derzeitige Stand der Wissenschaft Handlungsoptionen zur Bewältigung von Herausforderungen in Dienstübergaben zur Verfügung stellt und wenn ja, welche Empfehlungen daraus hervorgehen.

2.2. Relevanz des Themas

Der kontinuierlich laufende Betrieb von Krankenhäusern erfordert in der Regel, die Arbeit in einem stationären Setting mittels Drei-Schicht-System zu organisieren (Afentakis, 2009). Infolgedessen sind drei Dienstübergaben im Verlauf eines Arbeitstages notwendig. Walther (1997) ordnet die Dienstübergabe in den Bereich der medizinisch-pflegerischen Kommunikation ein. Dabei versteht sie

sie als „[...] institutionalisiertes Gespräch [...]“ (ebd.: 14) mit dem Ziel, den pflegerischen Arbeitsablauf in der Institution Krankenhaus zu optimieren. Je nach Fachrichtung lässt sie sich entsprechend der strukturellen und fachdisziplinären Eigenschaften des betreffenden Bereichs spezifizieren (ebd.).

Vor allem im intensivmedizinischen Setting wird der Dienstübergabe eine wesentliche Bedeutung zugeschrieben, da es sich durch seine hohe Komplexität auszeichnet (Graf et al., 2009). Durch instabile, lebensbedrohliche Zustände und Multimorbidität der PatientInnen und dem Vorhandensein zahlreicher Schnittstellen durch die Beteiligung unterschiedlicher Professionen (bspw. MedizinerInnen, Pflegepersonal, TherapeutInnen, etc.) ist die Weitergabe verschiedenster Informationen intra- und interprofessionell unabdingbar (ebd.). Gleiches gilt für das Setting der RCU, das auf die Behandlung und Organisation der Weiterversorgung respiratorisch instabiler PatientInnen fokussiert ist (Scala, 2012). Dementsprechend ist auch hier eine hohe Informationsfluktuation zu erwarten und eine angemessene Dienstübergabe erforderlich.

Donchin et al. (2003) legen dar, dass 9% der täglichen pflegerelevanten Tätigkeiten auf die kommunikative Interaktion (auch Dienstübergaben) zwischen Pflegefachpersonal zurückzuführen sind. Demgegenüber steht die Aussage, dass „Übergabefehler [...] zu den häufigsten und folgenreichsten Fehlern in der Medizin [gehören].“ (Wachter & Koppenberg, 2010: 64). Pflegerische Interaktionen nehmen fast ein Zehntel der geregelten acht Stunden Arbeitszeit ein. Dienstübergaben nehmen zum Teil bis zu einer Stunde der Arbeitszeit pro Dienstübergabe in Anspruch (Lauterbach, 2008), sodass sich hier eine relevante Fehlerquelle für die PatientInnenversorgung sowie ein für den Arbeitskontext zeitlich relevanter Prozess ergibt. Wachter & Koppenberg (2010) beschreiben außerdem, dass vor allem dienstwechselbezogene Interaktionen, aufgrund des wechselnden Personals, das Risiko für Folgefehler mit sich bringen.

Der Dienstübergabe wird bezüglich des klinischen Risikomanagements eine Schlüsselrolle zugeschrieben, da u. a. sicherheitsrelevante Aspekte weitergegeben werden (Büscher & Stehling, 2015). Trotzdem findet während der Dienstübergabe häufig ein unzureichender Informationsfluss statt (Lauterbach, 2008). Mitunter wurde festgestellt, dass 15% der gegebenen Informationen falsch sind oder keine praktische Relevanz bzw. Konsequenz haben (Sexton et al., 2004). Als interne Störfaktoren während Dienstübergaben konnte z.B. die Unkonzentriertheit der MitarbeiterInnen identifiziert werden (Fuhrmann et al., 1987). Eine externe Störquelle ist bspw. das Telefonläuten (ebd.). Die Untersuchung von Fuhrmann et al. stammt aus dem Jahr 1987, was die Frage aufwirft, wieso ähnliche Störquellen noch heute wahrgenommen werden. Kontrovers erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Publikationszahl wissenschaftlicher Arbeiten zu Dienstübergaben ihren Höhepunkt in den Jahren 1996 - 2000 erfuhr (Lauterbach, 2008). Danach sank die Publikationszahl tendenziell (ebd.).

Die Dienstübergabe hat „[...] eine zentrale Funktion in der Sicherstellung wichtiger Information und zielgerichteter Kommunikation.“ (Büscher & Stehling, 2015: 473). Gleichwohl merken Fuhrmann et al. (1987) an, dass eine patientInnengerechte Pflege und eine angemessene medizinische Leistungserbringung ohne eine einwandfreie Informationsvermittlung kaum zu realisieren wäre. Die zentrale und relevante Rolle der Dienstübergabe im Kontext der vulnerablen Personengruppe der PatientInnen macht es erforderlich, sich weiterhin mit diesem Arbeitsprozess auseinanderzusetzen.

2.3. Forschungsstand

Die RCU umfasst die Versorgung und Organisation der Weiterversorgung von Menschen mit akuten oder chronischen Einschränkungen der Atemfunktion und macht mitunter Gebrauch von intensivmedizinischen Therapiemethoden wie der invasiven maschinellen Beatmung (IMV) (Scala, 2012). In Europa hat sich diese spezielle Versorgungsstruktur innerhalb zahlreicher Länder etabliert, weist jedoch strukturelle und versorgungsschwerpunktmäßige Differenzen auf (Corrado et al. 2002). Dementsprechend sind aus der RCU weitere Spezialisierungen, wie beispielsweise Weaningzentren zur Beatmungsentwöhnung hervorgegangen (Clini et al., 2008). Die Besonderheiten von RCUs und den daraus entstandenen Versorgungsstrukturen bedingen eine Dienstübergabe mit spezifizierter Schwerpunktsetzung. Publikationen, die sich konkret mit Dienstübergaben im Setting RCU auseinandersetzen, konnten jedoch weder in englischsprachiger noch in deutschsprachiger Literatur ermittelt werden (Kap. 4.2.2). Zum Setting der intensivmedizinischen und -pflegerischen Versorgung ist die Publikationsdichte bezüglich der Dienstübergabe ebenso überschaubar.

Demgegenüber zeichnet sich bei der Thematik der Dienstübergabe im allgemeinen Pflegealltag ein anderes Bild ab. Fuhrmann et al. (1987) setzten mit ihrer Zeitstudie Ein Element der Kommunikation im Pflegebereich: die Dienstübergabe einen Impuls für die Forschung zum Thema der pflegerischen Dienstübergabe im deutschsprachigen Raum. Seitdem hat das Thema einen beträchtlichen Interessenszuwachs erfahren und wurde durch zahlreiche Forschungsarbeiten beleuchtet. Einerseits lag das Interesse daran, Aspekte wie Form, Funktion und Inhalte von Dienstübergaben zu untersuchen (Lauterbach, 2008). Andererseits verlagerte sich die Diskussion ab 1995 zunehmend auf den Zusammenhang zur Qualitätssicherung sowie Kostensenkung im Krankenhaussetting, um bspw. mögliche Korrelationen zwischen Dienstübergaben und PatientInnensicherheit oder Versorgungskontinuität zu erforschen (ebd.).

Ein besonders großes Forschungsinteresse scheint im Bereich Anästhesie und perioperatives Management zu existieren. Hier lassen sich zahlreiche wissenschaftliche Publikationen identifizieren, die Informationsvermittlung in prä-, peri- und postoperativen Übergabeprozessen thematisieren und dabei ihren Fokus auf PatientInnensicherheit und Vermeidung von Behandlungsfehlern legen (Salzwedel et al., 2013; Caruso et al., 2015; Giugale et al., 2017).

Ein kontrovers diskutiertes Thema ist die Standardisierung der Dienstübergabe. Colvin et al. (2016) schildern neben Störfaktoren für die Kommunikation auch Möglichkeiten, um sie zu verbessern und zu optimieren. Exemplarisch beziehen sich die AutorInnen auf einige Kommunikationstools aus einer systematischen Übersichtsarbeit von Riesenberg et al. (2009), in welcher 46 Akronyme² miteinander verglichen werden. Daraus geht hervor, dass das SBAR-Konzept (S: Situation, B: Background, A: Assessment, R: Recommendation), das am häufigsten verwendete Kommunikationstool in medizinischen und pflegerischen Settings ist. Die Literatur zu Kommunikationstools in Zusammenhang mit intensivmedizinischer Versorgung ist limitiert. Flemming & Hübner (2013) heben jedoch die positiven Effekte von standardisierten Dienstübergaben hervor. Die Informationsättigung im Folgedienst ist nach der Implementierung einer standardisierten Dienstübergabe gestiegen. Des Weiteren wurden weniger irrelevante Informationen weitergetragen. Die Zahl vermeidbarer,

² Ein Akronym ist ein aus den Anfangsbuchstaben mehrerer Wörter gebildetes Kurzwort (Dudenredaktion, 2017).

unerwünschter Ereignisse ging zurück. Auf der anderen Seite wurde eine höhere Fehleranfälligkeit bei Verwendung von Kommunikationstools prognostiziert, da standardisierte Kommunikationstools die Individualität und Komplexität der PatientInnen und deren Versorgung nicht gleichermaßen erfassen (Philibert, 2009). Grundsätzlich überwiegen jedoch die positiven Effekte, die dazu beitragen können, die Gesamtqualität der Dienstübergabe zu verbessern (Flemming & Hübner, 2013).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass ein grundsätzliches Forschungsinteresse an Dienstübergaben existiert. Gleichzeitig wird deutlich, dass die dienstübergreifende Kommunikation und Interaktion wesentlich dazu beiträgt, die Versorgungskontinuität in einem Setting zu erhalten (Lauterbach, 2008). Demgegenüber steht die Erkenntnis, dass sich Übergaben und deren Inhalte sowie Herausforderungen, bezüglich des Settings in dem sie durchgeführt werden, unterscheiden können (Walther, 1997). Dienstwechselbezogene Interaktionen im Setting Respiratory Care Unit sind bislang nicht erforscht worden. Da sich in diesem Setting besondere Versorgungsschwerpunkte ergeben, muss an dieser Stelle von speziellen Anforderungen an Dienstübergaben auf der RCU ausgegangen werden.

2.4. Fragestellungen

Aus der Relevanz des Themas und dem aktuellen Forschungsstand ergeben sich folgende Fragestellungen:

- 1) Was sind Herausforderungen für GKP bei Dienstübergaben?
- 2) Welche Besonderheiten weisen Dienstübergaben im Setting der RCU auf?
- 3) Welche Empfehlungen werden hinsichtlich der Gestaltung von Dienstübergaben gegeben?

3. Theoretische Vorannahmen

Um eine begriffliche und inhaltliche Grundlage zu entwickeln, erfolgt im folgenden Kapitel die Auseinandersetzung mit theoretischen Vorannahmen der zugrundeliegenden Untersuchung. In diesem Zusammenhang wird auf grundlegende Aspekte der Dienstübergabe sowie auf die für den Dienstübergabeprozess relevante Kommunikation eingegangen.

3.1. Dienstübergabe

Die Dienstübergabe von GKP ist der Prozess, in dem eine Weitergabe oder ein Austausch von Informationen rund um die PatientInnenversorgung und allen dazugehörig relevanten Aspekten stattfindet (Riesenberg et al., 2010). Hierbei werden sowohl die primäre Zuständigkeit als auch die Verantwortung für die Versorgung einer bestimmten Anzahl von PatientInnen von einer Fachperson auf eine andere übertragen (Patterson & Wears, 2010). Dienstübergaben finden im klinischen Alltag in verschiedenen Situationen statt: 1) bei PatientInnenverlegungen in andere Abteilungen oder Funktionsbereiche, 2) bei Dienstwechseln, 3) vor der Durchführung von Pausen, um die Versorgung des zugeteilten Zuständigkeitsbereichs kontinuierlich zu gewährleisten. Die Dienstübergabe als Informationsvermittlungsinstrument wird von verschiedenen Professionen, wie bspw. MedizinerInnen und Pflegefachpersonal, genutzt (Büscher & Stehling, 2015).

Walther (1997) setzte sich unter anderem mit der Begriffsbestimmung der Dienstübergabe auseinander und konnte verschiedene Bezeichnungen für den Dienstübergabeprozess identifizieren: Übergaberbericht, Übergabegespräch und Dienstübergabe. Der Übergaberbericht wird als das Sprechen eines Einzelnen definiert. Wohingegen das Übergabegespräch als eine wechselseitige Kommunikation beschrieben wird, die eine thematische Orientierung aufweist. Die Bezeichnung Dienstübergabe definiert lediglich, dass es sich um einen fest in den Arbeitsalltag integrierten Prozess handelt, der täglich, jeweils zum Dienstwechsel wiederkehrt (ebd.). Um eine fundamentale Begriffsbestimmung inklusive aller relevanter Aspekte festzulegen, formuliert Walther den Prozess der Dienstübergabe wie folgt: „Dienstübergabegespräche sind Gespräche (keine Berichte), die von unterschiedlich langen Berichtspassagen begleitet werden.“ (ebd.: 13) Aus dieser Definition sowie den vorangegangenen Begriffsbestimmungen geht hervor, dass die Dienstübergabe durch eine wechselseitige Kommunikation gekennzeichnet ist. Grundlegend dient sie zur Verlaufsdarstellung der PatientInnenversorgung im vorangegangenen Dienst (Büscher & Stehling, 2015). Sie hat den Zweck, vollständig über den physischen und psychischen Zustand der PatientInnen zu berichten (Fuhrmann et al., 1987). Dabei kann die übergebende Fachkraft Besonderheiten hervorheben und erläutern (ebd.). Jedoch „[...] stellt die [Übergabe die] besonderen Rahmenbedingungen zur Verfügung, die es den Beteiligten erlauben, situativ relevante Einschätzungen, Korrekturen oder Mutmaßungen über den Genesungsverlauf bzw. der schichtaktuellen Pflegeintensität abzugeben.“ (Oberzaucher, 2014: 20). Neben dem sachlich informierendem Teil der Dienstübergabe, dient sie gleichzeitig zur Diskussion, was sich mit Walthers (1997) Annahmen und Beobachtungen deckt. Des Weiteren bietet sie Raum zur Klärung organisatorischer Sachfragen sowohl, in Bezug auf die PatientInnen, als auch auf die strukturellen Gegebenheiten der Station (Fuhrmann et al., 1987).

In dieser Arbeit wird der Begriff Dienstübergabe verwendet. Dabei bezieht sich die Bezeichnung auf die vorangegangene Operationalisierung.

Aus der Darstellung lässt sich schließen, dass vor allem verbale Kommunikation, also die Nutzung von Sprache als Instrument für die Informationsweitergabe im Pflegekontext dient. Kommunikation ist die Übertragung einer oder mehrerer Informationen von einer auf die andere Person. Die Interaktion ist der Informationsaustausch und somit die wechselseitige Kommunikation aller Beteiligten (Watzlawick et al., 2011).

3.2. Kommunikation

Kommunikation ist ein alltägliches Phänomen, das bereits von zahlreichen wissenschaftlichen Disziplinen wie bspw. Psychologie, Medizin, Soziologie oder Pflege untersucht wurde (Rothe, 2006). Im Bereich der Telekommunikation sind grundlegende Aspekte der Kommunikation durch Shannon (1948) im Rahmen des Sender-Empfänger-Modells beschrieben. Diese und die Konversationsmaximen nach Grice (1979) dienen zur Darstellung der Kommunikation bzw. deren Problematik und werden im Folgenden betrachtet.

3.2.1. Das Sender-Empfänger-Modell

Viele der heute existierenden Kommunikationstheorien und -modelle beruhen auf den Überlegungen von Shannon, der 1948 „The Mathematical Theory Of Communication“ entwickelte. Ursprünglich war die Theorie ein rein mathematischer Ansatz mit dem Ziel, die Störanfälligkeit des Übertragungsweges zweier Telefone zu minimieren. Das in der Theorie enthaltene Sender-Empfänger-Modell von Shannon & Weaver (Abb. 1) ist wie folgt zu verstehen: Der Sender generiert eine Nachricht. Diese wird in Form eines Signals (Kodierung) durch eine Sendevorrichtung verschlüsselt. Mithilfe eines Informationsträgers (Kanal) wird das Signal (Kode) an die Empfangsvorrichtung geleitet, die zur Aufnahme des Signals dient. Dadurch kann der Empfänger das Signal entschlüsseln (Dekodierung). Durch Störsignale wie beispielsweise Rauschen kann der Kanal gestört werden. In diesem Fall ist es fraglich, wie nutzbringend die erhaltene Nachricht für den Empfänger ist. Des Weiteren ist es notwendig, dass der Empfänger dieselbe Art von Signal verarbeiten kann. Wäre das nicht der Fall, bliebe die Nachricht verschlüsselt.

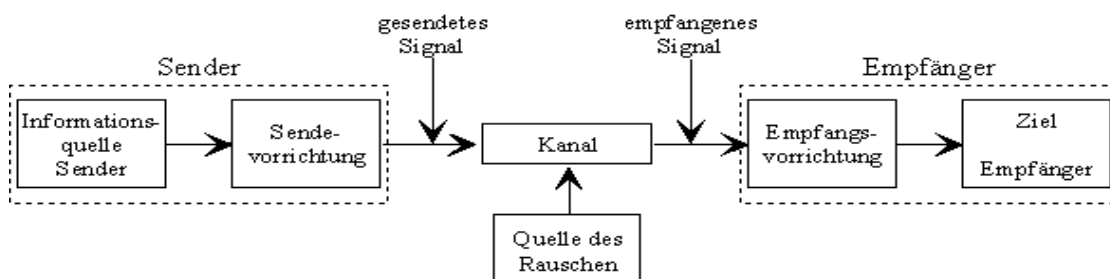


Abb. 1: Ein Kommunikationsmodell (Wagner, 1997:35)

Dieses Modell bot später vielen Theoretikern die Grundlage, zwischenmenschliche Kommunikation zu beschreiben (Rothe, 2006). Ein Beispiel dafür bietet das Vier-Ohren-Modell (Schulz von Thun, 2009). Es orientiert sich an den Grundzügen des Sender-Empfänger-Modells und wurde durch Erkenntnisse über zwischenmenschliche Kommunikation erweitert (ebd.). Kommunikation wird hier als ein einfach erklärtes Phänomen beschrieben: „Da ist ein Sender, der etwas mitteilen möchte. Er verschlüsselt sein Anliegen in erkennbare Zeichen — wir nennen das, was er von sich gibt, seine Nachricht. Dem Empfänger obliegt es, dieses wahrnehmbare Gebilde zu entschlüsseln.“ (ebd.: 25) Die drei Komponenten von Kommunikation sind demnach: Sender, Nachricht und Empfänger.

Das Sender-Empfänger-Modell zeigt auf, welche Komponenten eine Nachricht durchläuft, bis sie den Empfänger erreicht. Dabei stellt es den einfachsten Weg vom Sender zum Empfänger dar. Es schließt damit nicht aus, dass die Kommunikation wechselseitig stattfinden kann. Das heißt, dass der Empfänger in Folge einer empfangenen Nachricht selbst die Rolle des Senders einnehmen und eine Reaktion auf die empfangene Nachricht senden kann (Shannon, 1948), wodurch eine Interaktion entsteht (Watzlawick, 2011). Die Interaktion ist integraler Bestandteil für die Dienstübergabe und somit kennzeichnend dafür (Walther, 1997). Das Modell zeigt außerdem auf, dass kommunikative Prozesse durch Umgebungsfaktoren gestört werden können. Die GKP verfolgen das gemeinsame Ziel, die angemessene und kontinuierliche pflegerische Versorgung dienstübergreifend zu erhalten (Spichiger et al., 2006). Das gibt Anlass dazu, sich mit den Konversationsmaximen nach Grice (1979) als theoretische Grundlage auseinanderzusetzen.

3.2.2. Die vier Konversationsmaximen

Grice's Ansatz der vier Konversationsmaximen (1979) begründet sich aus der Annahme, dass Kommunikation ein kooperatives Phänomen ist. Es wird davon ausgegangen, dass gelingende Kommunikation nur stattfinden kann, wenn die Interaktionspartner ein gemeinsames Interesse bzw. Ziel verfolgen. Das Kooperationsprinzip strebt an, Informationen so zu kommunizieren, dass sie dem zugrundeliegenden Ziel dienen (ebd.). Die Interaktionspartner sollten sich nach Grice an den vier Maximen Quantität, Qualität, Relevanz und Klarheit orientieren (Tab. 1), um ihre Botschaft effizient und dem Interaktionsziel entsprechend an den Gesprächspartner vermitteln zu können (Grice, 1979).

Tab. 1: Konversationsmaximen nach Grice (eigene Darstellung in Anlehnung an Röhner & Schütz, 2012: 21)

Maxime	Aussage	Verletzung der Maximen
Maxime der Quantität	„Versuche den nötigen Informationsgehalt zu vermitteln!“ Mache deinen Beitrag so informativ, wie für den gegebenen Zweck nötig. Vermeide überflüssige Informationen	Zu wenig oder zu viel sagen
Maxime der Qualität	„Versuche deinen Beitrag so zu gestalten, dass er wahr ist!“ Sage nichts, was du für falsch hältst. Sage nichts, wofür dir angemessene Gründe fehlen.	Ironie oder ungesicherte Behauptung
Maxime der Relevanz	„Sei relevant!“ Sage, was zum Thema gehört. Sage nichts, was nicht zum Thema gehört.	Irrelevantes und Nebensächliches sagen
Maxime der Klarheit	„Sei klar!“ Vermeide Unklarheit und Vagheit des Ausdrucks. Vermeide Mehrdeutigkeit. Vermeide Weitschweifigkeit. Orientiere dich an logischen, zeitlichen Folgen.	Unklar oder verwirrend sprechen

Tabelle 1 zeigt die vier Konversationsmaximen nach Grice (1979). Die Verletzung der Maximen bedingt eine ineffiziente oder fehlerhafte Kommunikation. So geht möglicherweise während der Interaktion zu viel Zeit verloren oder es entstehen Missverständnisse (ebd.). Röhner & Schütz (2012) betrachten die konsequente Einhaltung aller vier Maximen eher kritisch. Ihrer Auffassung nach ist es eine Herausforderung, alle Maximen strikt einzuhalten.

Im Setting der RCU kann dies negative Folgen für den weiteren Behandlungsprozess mit sich bringen. Einerseits besteht vor diesem Hintergrund ein Ziel dieser Arbeit darin, mögliche Ursachen von Problemen in Dienstübergabesituationen einer RCU zu charakterisieren. Hierbei soll der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Maximen nach Grice (1979) in Dienstübergaben realisiert werden können. Außerdem liegt der Fokus auf Faktoren, die die Einhaltung der Maximen sowie eine effiziente Interaktion während der Dienstübergabe begünstigen. Des Weiteren soll in Verbindung mit dem Sender-Empfänger-Modell (Shannon, 1948) betrachtet werden, welche Störfaktoren die Kommunikation bzw. Interaktion von außen beeinflussen können.

4. Methode

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der zugrundeliegenden Arbeit beschrieben. Zuerst wird auf den wissenschaftstheoretischen Hintergrund eingegangen, der die verwendete Methode bedingt. Im weiteren Verlauf wird die verwendete Methode aufgezeigt.

4.1. Wissenschaftstheoretischer Hintergrund

Einerseits sollen eine möglichst umfassende Beschreibung der Dienstübergabe und deren Bezug zu Versorgungsschwerpunkten im Setting der RCU erfolgen. Andererseits sollen individuelle und subjektive Aspekte der Durchführenden der Dienstübergabe, in diesem Fall GKP, mitberücksichtigt werden. Zur Darstellung repräsentativer Aussagen bietet sich Forschung quantitativer Art an. Quantitative Forschung ist an wissenschaftstheoretischen Positionen orientiert, die eine vom Bewusstsein der Individuen unabhängige reale Welt postulieren (Brandenburg et al., 2013). Forschungsparadigmen, wie z. B. der kritische Rationalismus gehen davon aus, dass Forschungsgegenstände vollständig objektiv betrachtet und quantifiziert, also auf andere Subjekte, Sachverhalte etc. übertragen werden können (ebd.). Als Grundlage für quantitative Untersuchungen dienen theoretische Vorannahmen, die es im weitesten Sinne zu falsifizieren oder verifizieren gilt (Chalmers & Bergemann, 2007). Quantitative Forschung macht es sich demnach zur Aufgabe, theoretische Vorannahmen bezüglich ihrer Gültigkeit zu überprüfen und so neues Wissen zu generieren (Creswell, 2009).

Demgegenüber steht die qualitative Forschung, die den Versuch unternimmt, die umgebende Realität ohne Vorannahmen, Stigmata oder vorhandene Wissensbestände zu beschreiben (Lamnek, 2005). Grundlegende wissenschaftstheoretische Positionen bilden z. B. der (radikale) Konstruktivismus und die Phänomenologie. Diese gehen davon aus, dass die Realität sozial konstruiert sowie durch subjektive Wahrnehmung jedes Individuums bedingt ist (Brandenburg et al. 2013). Im Mittelpunkt qualitativer Forschung steht es, die Wirklichkeit anhand naturalistischer Methoden der Datenerhebung in Form von theoretischen Ausarbeitungen zu rekonstruieren (Lamnek, 2005). Flick (2007) beschreibt ebenso eine Unterscheidung grundlegender Annahmen im qualitativen Bereich, zum einen die Auseinandersetzung mit den sinnhaften Gründen für individuelles Handeln im Sinne des symbolischen Interaktionismus, zum anderen die Betrachtung eines bestimmten Umfelds (Milieus) und dessen Bedeutung für die Individuen, die sich innerhalb dieses Umfelds bewegen, im Sinne der Ethnomethodologie. Letztere geht daher über die subjektiven Erlebnisse eines Individuums hinaus und ordnet diese in einen größeren, teils strukturellen, organisatorischen oder kulturellen Rahmen ein (ebd.).

Behrens & Langer (2010) sprechen sich für eine pragmatische Herangehensweise, unter Berücksichtigung quantitativer und qualitativer Forschung, aus. Komplexe Fragestellungen in der Pflege lassen sich nicht mit einer konkreten Methode beantworten. Vielmehr ist die Betrachtung verschiedener Ansätze sinnvoll, um solchen Fragestellungen zu begegnen (ebd.).

In der vorliegenden Arbeit wird vorhandenes theoretisches Wissen als Grundlage genutzt, um auf deduktive Art und Weise Bezüge von Herausforderungen und Handlungsoptionen in Dienstübergaben zum konkreten Setting der RCU zu erarbeiten. Hierbei müssen auch induktive Wissensbestände

Berücksichtigung finden, um individuellen Aspekten der GKP gerecht zu werden (Souza, 2010). Zur Übergabeproblematik scheint dies relevant, da die GKP die Personen sind, die Dienstübergaben durchführen und aktiv an diesem Prozess beteiligt sind.

Die zugrundeliegende Arbeit ist eine Literaturübersicht. Ritschl et al. (2016: 208) beschreiben Literaturübersichten oder auch Reviews genannt als „[...] eine kritische Auseinandersetzung mit bereits bestehendem Material [...]“. Dabei gibt es verschiedene Arten von Literaturübersichten (ebd.). Die hier verwendete Methode ist die der integrativen Literaturübersicht, da diese die Zusammenführung quantitativer und qualitativer Wissensbestände erlaubt (Souza, 2010).

4.2. Integrative Literaturübersicht

Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen leisten einen wertvollen Beitrag zur evidenzbasierten Pflegepraxis (Whittemore & Knafl, 2005). Dabei zeichnen sie jedoch nicht die Tiefgründigkeit von Pflegeforschung und -praxis ab, da sie sich auf Ergebnisse konkreter Interventionen beziehen. Individuelle Problemstellungen, wie sie in der Pflegepraxis täglich vorkommen, können anhand quantitativer Designs kaum in deren Komplexität untersucht werden (ebd.).

Die integrative Literaturübersicht bietet eine breiter gefasste Methode, um komplexe Themen anhand empirischer und theoretischer Literatur darzustellen (Souza et al., 2010). Dabei bietet sie die Möglichkeit, Untersuchungen, denen verschiedene Methoden zugrunde liegen, zu kombinieren. Prozesse und Phänomene können dadurch anhand quantifizierbarer und qualitativ erhobener Daten betrachtet werden (ebd.). Whittemore & Knafl (2005) entwickelten eine Fünf-Stufen-Systematik, um eine dezidierte Darstellungsweise zu ermöglichen. Diese fünf Schritte sollen im Folgenden sinngemäß aufgeführt und erläutert werden, da sie die methodische Grundlage der vorliegenden Arbeit darstellen. Gleichzeitig wird in jedem Schritt darauf eingegangen, wie dieser in der zugrundeliegenden Arbeit realisiert wurde.

4.2.1. Identifizierung eines Problems

Indem Forschungsgegenstände (bspw. Konzepte, Populationen, Probleme im Gesundheitswesen) sowie Probleme anhand theoretischer Vorannahmen und wissenschaftlicher Erkenntnisse dargestellt werden, findet die Identifizierung des Problems statt. Unter der Voraussetzung, dass die Vorgehensweise zur Erstellung der integrativen Review begründet wird, können mehrere Variablen, die mit dem Problem in Beziehung stehen, untersucht werden (Whittemore & Knafl, 2005).

In der zugrundeliegenden Arbeit wird das Problem im Kap. 2 beschrieben. Zusätzlich dienen Kommunikationsmodelle zur Veranschaulichung der Interaktionsproblematik in Dienstübergabesituationen (Kap. 3.2).

4.2.2. Literaturrecherche

Eine umfassende Literaturrecherche ist notwendig, um möglichst viele für den zu untersuchenden Forschungsgegenstand relevante Informationen zu identifizieren. Neben der systematischen Recherche in Datenbanken kann die Handsuche sowie die Internetrecherche für eine integrative Literaturübersicht erkenntnisreich sein. Gleichermaßen muss der Rechercheweg sowie der Ausschluss von Literatur dargestellt und begründet werden (Whittemore & Knafl, 2005).

In dieser Arbeit wurde zunächst eine allgemein gehaltene Recherche durchgeführt. Dafür wurden Suchbegriffe, wie z. B. Übergabe oder Dienstübergabe vorerst über unspezifische Suchmaschinen (z. B. Google Scholar) gesucht, um passende Suchbegriffe in englischer Sprache zu generieren. Aus einem Rechercheanlauf in der Datenbank PubMed ergaben sich schließlich die Termini patient handoff bzw. handoff sowie handover und shift report als passende Formulierungen. Der Themenkomplex RCU konnte nach einigen Rechercheanläufen über PubMed als Subkategorie unter dem Mesh-Term Intensive Care Unit identifiziert werden.

Recherchiert wurde im OPAC-Katalog der Evangelischen Hochschule Berlin, im Onlinekatalog PRIMO der Charité - Universitätsmedizin Berlin sowie im Verbund öffentlicher Bibliotheken Berlins. Außerdem wurde eine Datenbankrecherche in den Datenbanken PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL und PsycINFO durchgeführt. In Tab. 2 wird die Datenbankrecherche am Beispiel der Suche in PubMed dargestellt. Die Suchvorgänge in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL und PsycINFO sind im Anhang A (Tab. A1, Tab. A2, Tab. A3) einsehbar. Neben sprachlicher und zeitlicher Eingrenzung der Suche (deutsch/englisch, 2007 - 2017), wurden die verwendeten Suchbegriffe in den Titeln und Abstracts gesucht (Title/Abstract). Damit sollte das Risiko ausgeschlossen werden, dass Publikationen nicht gefunden werden, bei denen im Titel nur eine Abkürzung des Forschungsgegenstands vorzufinden ist (z. B. RCU für Respiratory Care Unit). Gleichzeitig diente die Verwendung der Operatoren AND und OR zur Systematisierung und Eingrenzung der Datenbankrecherche.

Tab. 2: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche – PubMed

Suchbegriffe	Limitation	Trefferzahl
"respiratory care unit"	Title/Abstract	26779
	2007 – 2017, deutsch und englisch, Title/Abstract	14291
("Respiratory Care Units/history"[Mesh] OR "Respiratory Care Units/manpower"[Mesh] OR "Respiratory Care Units/organization and administration"[Mesh] OR "Respiratory Care Units/utilization"[Mesh])	deutsch und englisch, Title/Abstract	130
	2007 – 2017, deutsch und englisch, Title/Abstract	34
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n = 34		
handoff OR "shift report" OR handover	Title/Abstract	1878
	2007 – 2017, deutsch und	1643

(handoff OR "shift report" OR handover) AND "respiratory care unit"	englisch, Title/Abstract	0
(handoff OR "shift report" OR handover) AND ("intensive care unit" OR "critical care unit")		144
(handoff OR "shift report" OR handover) AND ("intensive care unit" OR "critical care unit") AND nurs*		75
(handoff OR "shift report" OR handover) AND ("intensive care unit" OR "critical care unit") AND nurs* NOT "operating room"		67
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n = 67		

Aus der Datenbank PubMed wurden 101 Literaturstellen (n = 101) zum Lesen der Titel und Abstracts identifiziert. Insgesamt wurden 396 Publikationen (n = 396) aus Datenbanken sowie vier Publikationen (n=4) aus Bibliotheken zur weiteren Bearbeitung entnommen. Im nächsten Schritt wurde die Publikationszahl durch Lesen der Titel und Abstracts anhand von Ein- und Ausschlusskriterien reduziert. Einschlusskriterien waren 1) Dienstübergabe (Gestaltungsmöglichkeiten, Funktion, Probleme und Handlungsoptionen, Standardisierung der Dienstübergabe, Dienstübergaben im Setting ICU oder RCU) und 2) Respiratory Care Unit (Charakterisierung, Nutzen, Versorgungsschwerpunkte, pflegerische Anforderungen). Ausschlusskriterien waren 1) nichtpflegerische Dienstübergabe, 2) Dienstübergaben, die nicht den Dienstwechsel betreffen und 3) Editorials und Proposals. Abb. 2 zeigt den Reduktionsprozess anhand der Ein- und Ausschlusskriterien.

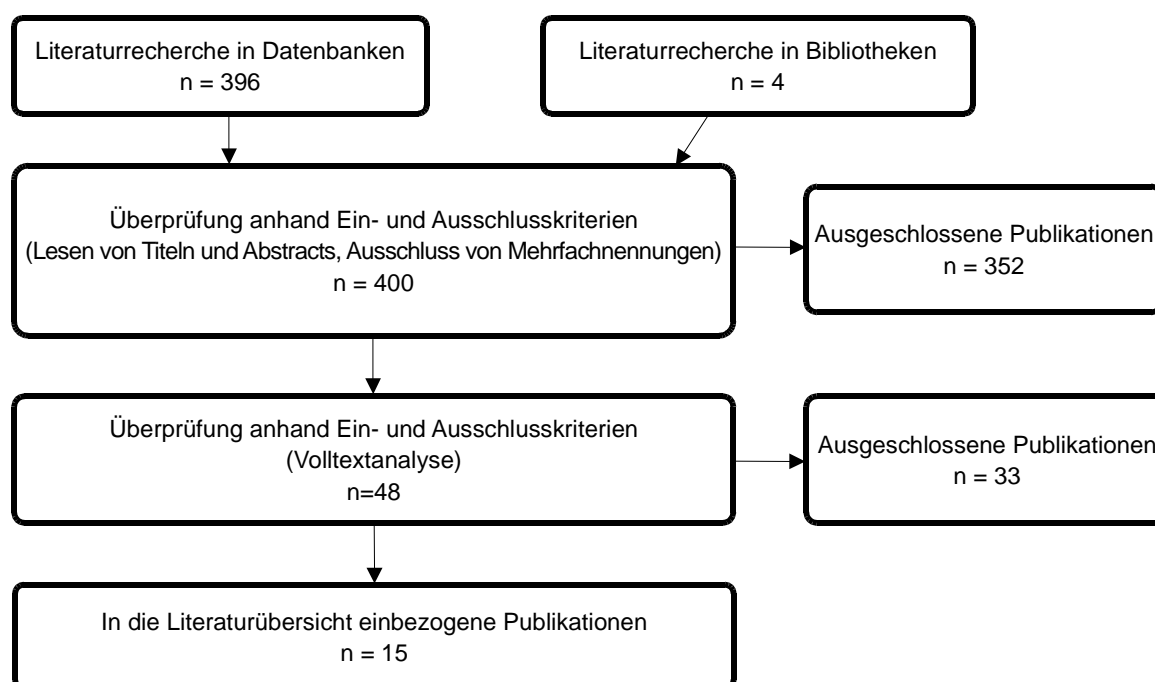


Abb. 2: Reduktion gefundener Literatur

Insgesamt wurden 400 Publikationen (n = 400) recherchiert. Durch Sichtung der Titel und Abstracts wurden 352 Publikationen (n = 352) anhand der Ein- und Ausschlusskriterien sowie Mehrfachnennungen ausgeschlossen. Im nächsten Schritt erfolgte die Sichtung der Volltexte. Hierbei wurden anhand der Ein- und Ausschlusskriterien weitere 34 Publikationen (n = 34) ausgeschlossen. Zur Bearbeitung wurden letztlich 14 Publikationen (n = 14) miteinbezogen.

Neben der systematischen Recherche in Datenbanken wurden während des Forschungs- und Bearbeitungsprozess per Handsuche weitere Literaturempfehlungen gefunden. Diese erfolgte über Google Scholar, LIVIVO, PubMed sowie per Schneeballsystem anhand bereits verwendeter Publikationen. Außerdem wurde zur Bearbeitung Fachliteratur in den oben genannten Bibliotheken ermittelt.

4.2.3. Beurteilung der Literatur

Die Beurteilung verwendeter Literatur ist ein relevanter Aspekt für die Qualität der generierten Ergebnisse. Wegen der methodischen Vielfältigkeit der verwendeten Literatur ist die Verwendung geeigneter Instrumente für die Beurteilung verschiedener Publikationen unabdingbar. Demnach muss individuell entschieden werden, welches Instrument für welche Publikation geeignet ist (Whittemore & Knafl, 2005).

Im Rahmen dieser Qualifikationsarbeit nehmen Forschungsarbeiten einen höheren Stellenwert ein als Fachliteratur. Daher wurden Suchergebnisse auf Forschungsarbeiten beschränkt, wodurch auch ausschließlich diese zu beurteilen sind. Aufgrund heterogener Studiendesigns der zu beurteilenden Studien kamen verschiedene Beurteilungsinstrumente zum Einsatz. Die verwendete deskriptive Querschnittsstudie wurde mit der Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies (Anhang B) des Joanna Briggs Institute (2016) beurteilt. Qualitative Untersuchungen wurden mit dem Beurteilungsbogen Kritische Beurteilung von qualitativen Studien (Behrens & Langer, 2010) beurteilt (Anhang B). Weitere Studien, die aufgrund des verwendeten Designs keinem konkreten Beurteilungsinstrument zuzuordnen waren, wie bspw. Literaturübersichten, wurden anhand der Allgemeinen Kriterien zur Beurteilung von Studien in Anlehnung an Brandenburg et al. (2013) beurteilt. Die tabellarischen Ausarbeitungen zur Literaturbeurteilung sind im Anhang B (Tab B1, Tab. B2, Tab. B3) einsehbar.

4.2.4. Analyse der Daten

Die Analyse der Daten nimmt den größten Teil der integrativen Übersichtsarbeit ein und findet nach folgenden Unterpunkten statt.

Reduktion:

Ordnen der verwendeten Literatur in Kategorien bspw. nach methodischer Vorgehensweise oder Inhalt (Whittemore & Knafl, 2005).

Die verwendeten Forschungsarbeiten in dieser Arbeit wurden zur Beurteilung nach ihrer methodischen Vorgehensweise kategorisiert (Tab. B1, Tab. B2).

Studien, denen kein Beurteilungsinstrument zuzuordnen war, wurden in einer Kategorie zusammengefasst (Tab. B3).

Darstellung und Vergleich der Daten:

Nachvollziehbare Auseinandersetzung mit den Inhalten der verwendeten Literatur. Dazu gehören die Darstellung der Themen in inhaltlich plausiblen Abschnitten, der Vergleich von Inhalten, das Herstellen von Zusammenhängen und Erkennen von beeinflussenden Faktoren. Im Gesamten soll eine plausible und evidente Darstellung der verwendeten Daten erfolgen (Whittemore & Knafl, 2005).

In dieser Arbeit erfolgt eine Auseinandersetzung mit folgenden Themen: pflegerische Dienstübergabe, Entwicklung und Charakterisierung der RCU, pflegerische Anforderungen auf einer RCU sowie Bedeutung der Dienstübergabe im Kontext der RCU sowie Handlungsoptionen in Dienstübergaben. Die Auseinandersetzung erfolgt in thematisch strukturierten Kapiteln (Kap. 5).

Schlussfolgern aus den Daten:

Analyse der Daten, um von den einzelnen Themen auf das Ausgangsthema zu schlussfolgern. Dabei sollen alle gewonnen Erkenntnisse In Zusammenhang gebracht werden, um Antworten auf die Fragestellungen zum Ausgangsthema zu generieren (Whittemore & Knafl, 2005).

Die Verknüpfung der Themenkomplexe wird vor allem im Kap. 5.3 vorgenommen. Einzelne Bezüge werden außerdem in Kap. 5.1 und Kap. 5.2 hergestellt.

4.2.5. Präsentation

Die Präsentation der gewonnenen Ergebnisse erfolgt in Form von Tabellen, Diagrammen oder in präzisen Fließtextausarbeitungen. Diese ermöglichen eine anschauliche Zusammenfassung des in der Arbeit generierten Wissens (Whittemore & Knafl, 2005).

Die meisten Ergebnisse wurden in Fließtextausarbeitungen aufgezeigt. Einige Ergebnisse wurden in Form einer Tabelle dargestellt (Tab. 3).

Um die Ergebnisse in einen qualitativen Kontext zu setzen, sollen in der integrativen Literaturübersicht möglichst viele Limitationen des methodischen Vorgehens aufgezeigt werden (ebd.). Dies erfolgt im Rahmen dieser Arbeit in Kap. 6.1. Die Ergebnisdiskussion erfolgt in Kapitel 6.2.

5. Ergebnisse

Im folgenden Teil der Arbeit erfolgt die Auseinandersetzung mit der extrahierten Literatur. Dabei wird im ersten Teilkapitel das Setting der RCU beschrieben. Im nächsten Teilkapitel wird die Problematik der Dienstübergabe anhand von Funktion und Bedeutung, Gestaltungsmöglichkeiten sowie Herausforderungen untersucht. Im dritten Teilkapitel wird die Relevanz der Dienstübergabe am Beispiel des Settings der RCU verdeutlicht. Des Weiteren werden Handlungsoptionen in Dienstübergaben aufgezeigt.

5.1. Das Setting der RCU

In diesem Teilkapitel wird das Setting der RCU beschrieben. Dies erfolgt mithilfe grundlegender intensivmedizinischer und -pflegerischer Versorgungsaspekte, welche zu Beginn kurz erläutert werden. Im nächsten Schritt wird die RCU als eigenständiges Setting näher dargestellt. Auf die derzeitige Etablierung von RCUs in Europa wird eingegangen, um diverse Ausprägungen der RCU zu betrachten. Schließlich sollen dadurch grundlegende Charakteristika dieses Settings erarbeitet werden.

5.1.1. Grundlegende Aspekte intensivmedizinischer Versorgung

Die RCU ist ein Setting zur Behandlung und Versorgung von PatientInnen mit akuten oder chronischen Einschränkungen der Atmung (Petty et al., 1967). Vor diesem Hintergrund ist rasches, professionell abgestimmtes Intervenieren notwendig. Das Setting der RCU bedient sich intensivmedizinischer und -pflegerischer Aspekte, um Notfällen dieser Art zu begegnen (ebd.). Für eine dezidierte Beschreibung ist es daher notwendig zuerst grundlegende Aspekte intensivmedizinischer und -pflegerischer Versorgung darzustellen. Larsen (2016: 501) beschreibt wesentliche Eigenschaften intensivmedizinischer Versorgung und Strukturen folgendermaßen:

„Intensivstationen sind Spezialstationen, auf denen mit speziell ausgebildetem pflegerischem und ärztlichem Personal schwerstkranke Patienten intensivmedizinisch, d.h. mit höchstem Aufwand, überwacht und behandelt werden. Intensivmedizin ist in Deutschland kein eigenständiges Fachgebiet, sondern interdisziplinär oder fachspezifisch strukturiert.“

Aus dieser Definition lässt sich schlussfolgern, welche Herausforderungen an das Personal einer Intensivstation gestellt werden. Zum einen erfolgt dort die Versorgung schwerstkranker PatientInnen mit dem höchsten Aufwand. Repräsentative PatientInnen auf einer ICU haben Störungen bis hin zum Versagen eines oder mehrerer Organsysteme, die kritische bis lebensbedrohliche Zustände zur Folge haben (Jorch et al., 2010). In diesem Zusammenhang ist die intensive und apparative Überwachung der Vitalfunktionen von betroffenen PatientInnen unentbehrlich, um Komplikationen rechtzeitig beobachten und Interventionen daraus ableiten zu können (Janssens & Werdan, 2006). Die Intensivüberwachung ist Teil der Intensivtherapie, welche sich neben der Überwachung auf die Behandlung von schwerstkranken PatientInnen fokussiert (Larsen, 2016). Intensivtherapeutische Maßnahmen bedienen sich üblicherweise apparatemedizinischer Methoden, d. h. verschiedene

Geräte übernehmen verschiedene Funktionen wie bspw. die kontinuierliche Medikamentenapplikation durch Perfusoren oder gar Vitalfunktionen (ebd.). Am Beispiel der RCU ist hier in erster Linie die maschinelle Beatmung hervorzuheben. Diese ist bei schwerwiegenden respiratorischen Einschränkungen, die zu einer starken Minderung oder einem Verlust der Atemleistung führen, oftmals unentbehrlich, um die betroffene Person zu stabilisieren (Krepplein et al., 2016).

Der Umfang der Intensivtherapie erschließt sich aus dem Schweregrad der Störungen, die bspw. in der Atmung, im Herz-Kreislauf-System oder in der Nierenfunktion auftreten können (Jorch et al., 2010). In der intensivmedizinischen Versorgung haben sich deshalb fachspezifische ICUs entwickelt, die sich auf bestimmte Organsysteme spezialisiert haben. Exemplarisch wären hier die kardiologische, nephrologische ICU sowie Beatmungsstationen zu nennen (Larsen, 2016). Der interdisziplinäre Charakter und die fachspezifische Struktur gehen daraus hervor, dass verschiedene Berufsgruppen an der Behandlung der PatientInnen beteiligt sind, um eine angemessene Versorgung zu sichern (Jorch et al. 2010). Neben medizinischen und therapeutischen Maßnahmen (ebd.) ist eine angemessene, individuelle Pflege zu gewährleisten (Schwab et al., 2015). Die Intensivpflege erfüllt die speziellen pflegerischen Anforderungen, welche IntensivpatientInnen mit sich bringen. Diese werden nach Larsen (2016: 529) folgendermaßen kategorisiert:

- Verantwortliche Durchführung delegierbarer ärztlicher Tätigkeiten
- Kontinuierliche klinische und apparative Überwachung der PatientInnen
- Durchführung präventiver, kurativer und rehabilitativer Pflegemaßnahmen
- Dokumentation der Pflege und der ärztlichen Verordnungen
- Begleitung, pflegerelevante Beratung und Anleitung der PatientInnen sowie deren Angehörigen oder Bezugspersonen
- Mitarbeit bei ärztlichen Maßnahmen der Diagnostik und Therapie
- Verabreichung der ärztlich verordneten Medikamente, Flüssigkeiten und Ernährung einschließlich Kontrolle der Wirksamkeit
- Funktionsprüfung, Bereitstellung, Bedienung und Überwachung zahlreicher Geräte
- Mitarbeit im Behandlungsteam, Koordination und Planung von Abläufen

Aus den beschriebenen Kategorien geht hervor, dass das Tätigkeitsprofil von Intensivpflegepersonal neben der primären Versorgung der PatientInnen mittels grund- und behandlungspflegerischer Aspekte auch durch stationsorganisatorische und technikhorientierte Aufgaben geprägt ist. Dazu gehören u. a. die Überwachung und Bedienung lebenserhaltender Geräte. Dieses Aufgabenspektrum gestaltet sich vielseitig und erfordert eine vielschichtige Fachkompetenz (Jorch et al., 2010). Aus einer Empfehlung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen geht außerdem hervor, dass der Pflegepersonalschlüssel auf Intensivstationen mit den Sterberaten der PatientInnen korreliert³ (ebd.). Hieraus lässt sich schließen, dass ein höherer Personalschlüssel mit einer niedrigeren Mortalitätsrate assoziiert ist. Außerdem kann daraus abgeleitet werden, welche eine zentrale Rolle GKP bei der Versorgung kritisch kranker PatientInnen im Kontext der ICU haben.

³ Hier sei auf das aktuell diskutierte Thema der Personalsituation in der Pflege verwiesen. 2016 wurde eine Befragung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Personalsituation von 314 deutschen ICUs durchgeführt. Das dazugehörige Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI, 2017) zeigt auf, dass der Großteil deutscher Krankenhäuser Probleme hat, empfohlene Personalschlüssel bzw. die Fachkraftquote für die Intensivpflege zu erfüllen. Dies wiederum kann sich negativ auf die Versorgungsqualität auswirken (ebd.).

5.1.2. Entwicklung der RCU

Die RCU ist ein Krankenhaussetting mit dem Schwerpunkt, PatientInnen im respiratorisch instabilen Zustand, unabhängig welcher Ursache, zu versorgen (Petty et al. 1967). Bereits 1967 wurden Aufbau, Struktur und materielle sowie personelle Ausstattung einer RCU in einem Universitätsklinikum in Denver beschrieben. Außerdem wurden Daten bezüglich der Prävalenz bestimmter Krankheiten, die behandelt wurden, erhoben. Demnach war das am häufigsten behandelte Krankheitsbild die schwere chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Weitere häufige Erkrankungen waren bspw. schwere Pneumonien, Traumata oder neurologische Erkrankungen (ebd.). Das häufige Auftreten dieser Krankheitsbilder auf der RCU wird auch durch andere Studienergebnisse belegt (Clini et al., 2008; Sala, 2009; Scala, 2012, Hassenpflug et al., 2016; Müller-Heinrich et al., 2017).

Bereits aus den Daten von 1967 geht hervor, dass 66 % der respiratorischen Notfälle erfolgreich behandelt und beinahe 70 % der Überlebenden nach einer erfolgreichen Rehabilitation und Verlegung auf eine Normalstation in die Häuslichkeit entlassen werden konnten (Petty et al., 1967). Neben einer technisch hochwertigen Ausstattung, wie bspw. Blutgasanalysegerät oder Beatmungsgeräten, beschreiben Petty et al. (1967) ein interdisziplinäres Team bestehend aus InternistInnen, Intensivpflegepersonal, PneumologInnen und PhysiotherapeutInnen sowie einer CasemanagerIn. Ausschlaggebend für die erfolgreiche Behandlung respiratorisch instabiler PatientInnen sei weniger die Nutzung neuer spezieller Interventionen, sondern die Neuorganisation von Fachkompetenzen verschiedener Professionen in Form eines multiprofessionellen Teams (ebd.).

Im Rahmen der Intensive Care Assembly of the European Respiratory Society wurde eine Fachgesellschaft mit dem Ziel, die Organisation und Versorgungsstrukturen zur Behandlung von Menschen mit akutem Versagen der Atmung zu evaluieren, gegründet (Corrado et al., 2002). Die daraus hervorgegangene European Respiratory Society Task Force on epidemiology of respiratory intermediate care in Europe führte eine quantitative Befragung in 16 europäischen Ländern durch. Hierbei wurde ein Rücklauf von 78 Fragebögen registriert. Anhand einiger Literaturempfehlungen wurde beschrieben, dass auf italienischen ICU eine Überlastung der Bettenkapazitäten und Kosten identifiziert wurde. Grund dafür seien PatientInnen mit akuten oder chronischen Lungenerkrankungen, wie bspw. COPD, die über einen langen Zeitraum beatmungspflichtig sowie auf Intensivüberwachung angewiesen waren (Douglass et al., 1987; Noseworthy & Jacobs, 1990). Die Entwicklung einer RCU ist auch im aktuellen Forschungskontext mit einer ökonomischen Entlastung der ICU assoziiert (Aloe et al., 2009). Corrado et al. (2002) zeigen auf, dass sich hinsichtlich der materiellen, technischen und personellen Ausstattung sowie der Charakteristik verschiedene RCU-Konzepte in Europa etabliert haben. Diese wurden in drei Versorgungslevel mit absteigender Versorgungsintensität eingeteilt: 1) die Intensive Respiratory Care Unit (IRCU), 2) die Respiratory Intermediate Care Unit (RICU) und 3) die Respiratory Monitoring Unit (RMU). Dabei ist die RMU klar von den anderen Formen abgrenzbar. Sie dient der einfachen Überwachung der Vitalfunktionen der Betroffenen und hat die Ressourcen, bei Notwendigkeit eine nichtinvasive Beatmung (NIV) durchzuführen (ebd.). NIV ist die Beatmung mit einer Gesichtsmaske, während die invasive Beatmung (IMV) mittels einer Trachealkanüle oder eines Tubus direkt über die Luftröhre erfolgt (Mittermayer, 2010). Auf der RICU werden PatientInnen versorgt, deren Behandlung für eine RMU zu komplex ist, d. h. wenn sie einer IMV und der dauerhaften Präsenz von MedizinerInnen bedürfen (Corrado et al., 2002). Demnach wurde die alleinige lebensbedrohliche Störung der Atemfunktion als Voraussetzung für die Aufnahme auf eine RICU benannt. Die Voraussetzung für eine Aufnahme auf die IRCU ist

hingegen erst dann erfüllt, wenn mehrere Organsysteme gestört sind (ebd.). Weitere Differenzen zwischen IRCU und RICU wurden nicht genannt. Damit scheint der Übergang zwischen IRCU und RICU fließend zu sein.

In einer weiteren Untersuchung sollte die derzeitige Etablierung der RCU ebenso beschrieben werden (Scala, 2012). Hierbei wurden Strukturen zur Versorgung von PatientInnen mit starken Atmungseinschränkungen unter der Bezeichnung Respiratory High-Dependency Care Unit (RHDCU) zusammengefasst. Betroffene, die auf einer Normalstation unterversorgt und auf einer ICU überversorgt wären, erfüllen die Indikation für die Aufnahme auf die spezialisierte RHDCU. Sie soll damit eine Versorgungslücke schließen und ICUs ökonomisch und in Bezug auf die vorhandenen Bettenkapazitäten entlasten. Die Versorgung wird durch ein multiprofessionelles Team, bestehend aus PneumologIn als Leitung, InternistInnen, Intensivpflegepersonal, PhysiotherapeutInnen und CasemanagerIn realisiert (ebd.). Vorrangige Versorgungskonzepte sind laut Scala (2012) die NIV, protokollgeführte Entwöhnung von der IMV (Weaning), Tracheostomieversorgung und Entlassungsplanung für beatmete PatientInnen, bei denen kein Weaning möglich und deshalb eine außerklinische Beatmung notwendig ist (ebd.).

5.1.3. Charakterisierung des Settings

Die bisherige Darstellung der Entwicklung einer spezialisierten Versorgungseinheit zur Behandlung von Menschen mit akutem oder chronischem Versagen der Atmung zeigt einerseits, dass sich Behandlungskonzepte zur Versorgung respiratorisch instabiler PatientInnen etabliert haben und wie nutzbringend diese sowohl für Betroffene als auch für Krankenhäuser mit einer hohen Prävalenz von schweren respiratorischen Krankheitsbildern sind (Corrado et al., 2002; Aloe et al., 2009; Scala, 2012). Außerdem wird deutlich, wie sie in das jeweilige Krankenhaussetting einzuordnen sind (ebd.).

Sogenannte Weaningzentren sind RCUs, die sich auf das Weaning spezialisiert haben (Clini et al., 2008).

Damit sich eine RCU zum Weaningzentrum zertifizieren lassen kann, müssen AtmungstherapeutInnen im multidisziplinären Team integriert sein (Schwabbauer, 2014). AtmungstherapeutInnen weisen eine besondere Expertise in der Pflege respiratorisch kranker PatientInnen auf und übernehmen unter anderem diagnostische Aufgaben, wie z. B. Bronchoskopien (ebd.). In allgemeinen RCUs hat sich der Einsatz von AtmungstherapeutInnen ebenfalls etabliert (Aloe et al., 2009). Aufgrund der Homogenität von Weaningzentren und RCUs in Bezug auf die PatientInnenklientel und Versorgungsaspekte (Schönhofer & Wagner, 2006; Scala, 2012; Müller-Heinrich et al., 2017) sollen diese unter der Bezeichnung RCU mitberücksichtigt werden.

Ob es sich beim Setting der RCU um Versorgungsstrukturen im Sinne von intermediate care oder intensive care (Kap. 5.1.1) handelt, darüber herrscht aktuell Unklarheit (Schönhofer & Wagner, 2006; Scala, 2012). In der internationalen Literatur werden Bezeichnungen wie RICU, IRCU oder RHDCU für vergleichbare Behandlungskonzepte genutzt (Corrado et al., 2002; Scala, 2012), die im Rahmen dieser Arbeit unter der Bezeichnung RCU zusammengefasst werden. Demnach wird das Setting der RCU in das Konzept der intermediate care eingestuft (Scala, 2012). Die Versorgung auf einer Intermediate Care Station (IMC) wird im deutschsprachigen Raum auf die kontinuierliche Überwachung der Vitalfunktionen eingegrenzt (Waydhas et al., 2017). Die IMC dient somit der Versorgung von

PatientInnen, deren Vitalfunktionen noch nicht als vollständig stabil eingestuft wurden. Des Weiteren sollen auf ihnen die Ressourcen zur Verfügung stehen, NIV oder nichtinvasive Sauerstofftherapien durchzuführen (ebd.). Dies widerspricht sich mit den Charakterisierungen, die nach Scala (2012) getroffen wurden. Demnach geht hervor, dass auch die RCU die Ausstattung und Expertise zur IMV vorweist. Das wird vor allem deutlich, wenn Weaning als ein Schwerpunkt dieser Versorgungsstruktur identifiziert wird (ebd.), da es sich hier um einen Prozess zur Entwöhnung von der IMV handelt (Schönhofer et al., 2014). Einerseits weist die RCU durch die organisatorische Einordnung in der Institution Krankenhaus zwar IMC-Aspekte vor (Corrado et al., 2002; Scala, 2012), andererseits sind jedoch intensivmedizinische Versorgungsaspekte, wie bspw. IMV oder Intensivüberwachung, auf einer RCU allgegenwärtig (Scala, 2012; Müller-Heinrich, 2017), um lebensbedrohlich erkrankte PatientInnen angemessen versorgen zu können. Daher wird auf die Bezeichnungen (IMC, ICU) im Rahmen dieser Arbeit verzichtet. Eine zusammenfassende Darstellung der RCU ist notwendig. Folgende Charakteristika sind relevant:

- spezialisiertes Setting zur Versorgung von PatientInnen mit akuten oder chronischen Einschränkungen der Lungenfunktion unabhängig von deren Ursache (Petty et al., 1967)
- Einheit zum Schließen der Versorgungslücke zwischen ICU und Normalstation, jedoch mit intensivmedizinischen Aspekten wie IMV, Intensivüberwachung, Intensivpflegepersonal, Labordiagnostik (z. B. Blutgasanalysegerät), fachspezifische Diagnostik (z. B. Bronchoskopie) (Scala, 2012)
- Behandlungsschwerpunkte: Weaning, NIV, Tracheostomieversorgung, Verlegungsplanung in die außerklinische Beatmung (Scala, 2012)
- multiprofessionelles Team bestehend aus PneumologIn, InternistIn, Intensivpflegepersonal, PhysiotherapeutIn, CasemanagerIn, AtmungstherapeutIn (Scala, 2012; Schwabbauer, 2014)
- vorwiegend behandelte PatientInnen mit: COPD, neurologischen Erkrankungen, schweren Pneumonien, Thoraxtraumata, Schwierigkeiten bei der Entwöhnung von der Beatmung und demnach erschwertem Weaning, Herzinsuffizienz (Petty et al., 1967; Müller-Heinrich et al., 2017)

5.2. Zur Problematik der Übergabe

Im folgenden Teil der Arbeit werden Rechercheergebnisse bezüglich der Dienstübergabe von GKP dargestellt. Zunächst erfolgt eine allgemeine Betrachtung von Dienstübergaben. Dabei wird auf die Beschreibung des Dienstübergabeprozesses, den Zweck sowie auf die Bedeutung der Dienstübergabe im institutionellen Kontext genommen. Im nächsten Schritt findet eine Auseinandersetzung mit der Art und Weise der Durchführung von Dienstübergaben statt. Weiterhin werden Herausforderungen und in diesem Zusammenhang mögliche Probleme in Dienstübergabesituationen aufgezeigt.

5.2.1. Funktion und Bedeutung

Dienstübergaben erfolgen im klinischen Alltag in verschiedenen Situationen, sei es bei PatientInnenverlegungen in andere Abteilungen wie bspw. Operationsbereich, bei Pausenablösungen oder bei PatientInnenentlassungen in weiterversorgende Einrichtungen (World Health Organization,

2007). Die institutionellen Rahmenbedingungen und damit der kontinuierliche Betrieb eines Krankenhauses machen es notwendig, die PatientInnenversorgung über ein Schichtsystem zu gewährleisten (Atenfakis, 2009). Daraus ergeben sich Schnittstellen während der Dienstübergänge, die eine Informationsweiterleitung von einem zum anderen Dienst notwendig machen. Die Dienstübergabe ist deshalb ein täglich wiederkehrender Prozess in der Pflegepraxis, der sich durch Interaktionsprozesse zwischen GPK kennzeichnet. „Durch das Übergabegespräch soll die individuelle Pflege des Patienten bei guter Pflegequalität gewährleistet werden. Außerdem verhilft eine ausreichende Informationsweitergabe dem Patienten zu Sicherheit und Geborgenheit.“ (Fuhrmann et al., 1987: 350). Ziel ist es, durch eine Dienstübergabe den anschließenden Dienst vollständig über alle relevanten Aspekte der Versorgung zu informieren, sodass eine koordinierte und kontinuierliche Pflege angestrebt werden kann. Gleichzeitig bietet sie den Rahmen zum Austausch von Erfahrungen sowie zur Diskussion der individuellen Versorgung von PatientInnen. Um die Zusammenarbeit auf der Station zu organisieren, können während der Dienstübergabe auch organisatorische Fragen besprochen werden (Fuhrmann et al., 1987; Lauterbach, 2008)

Demnach hat die Dienstübergabe einen hohen Stellenwert sowohl für das Wohl der PatientInnen, als auch für die GPK selbst, die mit den erhaltenen Informationen arbeiten und diese bzw. neu entstandene Informationen in einer fortlaufenden Kette von Versorgungsbrüchen adäquat weiterleiten müssen. Ohne die Dienstübergabe wäre demnach eine Kontinuität der Pflege nicht möglich (Lauterbach, 2008).

Ein weiterer wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit Dienstübergaben ist ihre psychosoziale Funktion. GPK erhalten hierbei die Möglichkeit, Pflegesituationen zu reflektieren und im Team zu diskutieren. Dabei erfolgen Reflexionen jedoch nicht immer objektiv und sachgerecht, sodass stereotypisierende Anmerkungen geäußert oder PatientInnen wegen ihres Verhaltens beurteilt und bewertet werden (ebd.). Lauterbach (2008: 252) spricht von „[...] post-traumatische[n] Bewältigung[en] von pflegerischen Situationen [...]“. Die psychosoziale Funktion der Übergabe kristallisiert sich als unverzichtbar heraus, da die Reflexion und Diskussion im Team, unabhängig davon ob sie wertfrei erfolgt oder nicht, einen wertvollen Beitrag zum Sicherheitsgefühl im Kollegium leisten kann. Unsicherheiten können im Team kompensiert werden, was zu einem förderlichen Arbeitsklima beitragen kann (ebd.).

Das Generieren von neuem Wissen ist eine weitere Funktion der Dienstübergabe⁴ (Oberzaucher, 2014). Trotz dessen, dass die an der Dienstübergabe beteiligten Personen in der Regel dieselbe Qualifikation aufweisen, bestehen Differenzen in der Erfahrung und im individuellen Fachwissen der Einzelnen. Dementsprechend kann die Dienstübergabe eine Möglichkeit bieten, Wissen auszutauschen. Dadurch lernen Teammitglieder voneinander und erweitern ihre Kompetenzen. Zudem können noch ausstehende Pflegeinterventionen im Rahmen der Dienstübergabe an den nachfolgenden Dienst übertragen und somit eine vollständige pflegerische Versorgung gewährleistet werden (ebd.). Hieraus lässt sich schließen, dass die Dienstübergabe nicht nur einen Beitrag zu stationsorganisatorischen Fragen leistet, sondern dass sie auch immer wieder eine Möglichkeit bietet,

4 Aktuell wird an einigen Kliniken in Deutschland das Thema *Qualifikationsmix in der Pflege* diskutiert (Mecke & Jäkel, 2012). Dabei bestehen Überlegungen, wie die Zusammenführung verschiedener pflegerischer Professionen (bspw. Bachelor of Nursing, Gesundheits- und KrankenpflegerIn, PflegehelferIn) organisatorisch realisiert werden und ob diese zu einer Verbesserung der pflegerischen Versorgung in Bezug auf diverse Aspekte führen könnte (ebd.). In diesem Fall wäre die Frage interessant, welchen Einfluss die Generierung von Wissen auf die Gruppendynamik in einem *qualification mixed* Team hat.

die Pflegeplanung zu aktualisieren und auf diese Weise Versorgungsbrüche zu minimieren (Lauterbach, 2008; Oberzaucher, 2014).

Zusammenfassend wird festgestellt, dass Dienstübergaben grundsätzlich dem Informationsaustausch zur Optimierung und Wahrung der Kontinuität in der PatientInnenversorgung dienen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema zeigt jedoch, dass weitere Funktionen und Aspekte ebenfalls eine wichtige und berechtigte Rolle spielen. So wurden supervisorische Aspekte thematisiert, die es den Beteiligten erlauben, psychisch anspruchsvolle Situationen im Team zu besprechen und Lösungsansätze zu erarbeiten (Lauterbach, 2008). Gleichzeitig können stationsorganisatorische Themen besprochen sowie Wissen geteilt und Problemstellungen diskutiert werden. Eine weitere, wichtige Funktion der Dienstübergabe liegt im Bereich der Organisation bzw. Planung der Pflege. Aufgrund des Zusammentreffens mehrerer GKP besteht hier die Möglichkeit, divergente Perspektiven auszutauschen und abzuwägen.

5.2.2. Gestaltungsmöglichkeiten in Dienstübergaben

Dienstübergaben werden auf verschiedene Weise realisiert. Untersuchungen zufolge finden Dienstübergaben oft in einem Raum statt, der sowohl für Pausen als auch als Aufenthaltsraum für das Personal gedacht ist. Zu Dienstbeginn bzw. -ende kommen die GKP in diesem Raum zusammen, um die Dienstübergabe durchzuführen (Lauterbach, 2008). Dabei sind hierarchische Strukturen erkennbar. Diejenige GKP, die aus Sicht des Teams die Erfahrensten des Dienstes sind, koordinieren die Dienstübergabe. Dabei herrscht eine Wissensasymmetrie zwischen den GKP der beiden Dienste, da die verabschiedenden GKP gegenüber den übernehmenden GKP einen Wissensvorsprung bezüglich der PatientInnenversorgung haben. Das hat zur Folge, dass die verabschiedenden GKP in den meisten Fällen sehr viel mehr Informationen weitertragen. Demgegenüber bringen die übernehmenden GKP häufig neue Perspektiven und Ideen bezüglich der Pflegeplanung mit ein. Gleichzeitig haben oder bekommen alle GKP während der Dienstübergabe einen Überblick über die Station und die PatientInnen (ebd.).

Da in einer Dienstübergabe Informationen von teilweise bis zu 40 zu versorgenden Menschen weitergetragen werden, kann darunter die Individualität der PatientInnenversorgung leiden⁵ (ebd.).

Als Orientierungshilfe dienen neben der strukturellen Ausrichtung der Dienstübergabe außerdem die Pflegedokumentationen und Krankenakten der PatientInnen sowie eigene Notizzettel der GKP. Dadurch kann möglichst lückenlos über Kranken- und Versorgungshistorie berichtet werden (Lauterbach, 2008; Oberzaucher, 2014).

Im Gegensatz zu Lauterbach (2008), konnte Oberzaucher (2014) aus seinen Beobachtungen weitere Dienstübergabepraktiken vermerken. Auf den „durchschnittlichen“ Stationen (z. B. urologische Station) erfolgt für die Dienstübergaben eine Orientierung separat an der Bereichspflege.

⁵ An dieser Stelle sei nochmals auf die Personalsituation im Pflegebereich verwiesen. Hier lassen sich starke Divergenzen zwischen „normalen“ und Intensivstationen erkennen. Die Erfahrung des Autors zeigt, dass auf „normalen“ Stationen teils 4 Pflegefachkräfte für 40 PatientInnen aufkommen. Im Intensivbereich fordert die DIVI eine Verteilung von mindestens einer Pflegefachkraft auf zwei PatientInnen. In der Praxis werden teils drei bis PatientInnen einer Pflegekraft zugeteilt. Das hat Konsequenzen für die PatientInnenversorgung (DKI, 2017) und nach Autorenmeinung auch für die Dienstübergaben hinsichtlich der Informationsvollständigkeit.

Dementsprechend findet vor der Dienstübergabe eine Zuordnung von GKP und den zu versorgenden PatientInnenzimmern oder Dienstbereichen statt. Darauffolgend wird die Dienstübergabe so gestaltet, dass GKP, die für einen Bereich verantwortlich waren, nur denjenigen GKP übergeben, die die Verantwortung für diesen Bereich im nachfolgenden Dienst übernehmen werden. Durch dieses Vorgehen ist der Informationsaustausch einerseits stärker an der individuellen PatientInnensituation orientiert. Andererseits bleiben dabei Fragen, die die organisatorischen Aspekte der Station betreffen, häufig unbeantwortet (ebd.).

Im Gegensatz dazu werden Dienstübergaben auf der ICU geteilt. Im ersten Teil erfolgt die Diskussion organisatorischer Sachfragen im Team. Anschließend folgt ein kurzer Austausch über die wichtigsten patientInnenbezogenen Informationen, wie bspw. über den derzeitigen Beatmungsstatus, die Kreislaufstabilität sowie über erfolgte oder (noch) nicht erfolgte medizinische Interventionen. Infolgedessen werden die GKP den Bereichen bzw. PatientInnen zugeteilt. Eine umfangreichere und differenzierte Dienstübergabe erfolgt dann zwischen den Pflegepersonen vor den jeweiligen PatientInnenzimmern (ebd.). Auch Büscher & Stehling (2015) sprechen sich für diese Dienstübergabevariante aus, da sie Vorteile mit sich bringt. Einerseits bekommen alle dienstbeteiligten GKP einen Überblick über die derzeitige Situation der Station. Andererseits können in Einzeldienstübergaben detailliertere Informationen ausgetauscht werden ohne diejenigen GKP, die für andere PatientInnen verantwortlich sind, miteinzubeziehen. Dies gewährleistet eine optimalere Nutzung der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit (ebd.). Außerdem konnte in diesem Zusammenhang vermerkt werden, dass die Dienstübergabe am PatientInnenzimmer auch als Orientierungshilfe für die übergabenden GKP dienen kann. Anhand der räumlichen Gegebenheiten können dabei Prozesse, die im Rahmen des vorangegangenen Dienstes erfolgten, in Erinnerung gerufen werden (Oberzaucher, 2014).

Eine weitere Form der Dienstübergabe findet direkt am PatientInnenbett, zumeist auf ICUs, statt (Salani, 2015; Spooner et al., 2015; Grimshaw et al., 2016). Diese kann potenziell viel Zeit in Anspruch nehmen (Grimshaw et al., 2016). Neben der Anforderung, alle relevanten Informationen an den Folgedienst zu übermitteln, haben PatientInnen jederzeit die Möglichkeit, einzuschreiten bzw. Bedürfnisse zu äußern. Das ist berechtigt, denn die PatientInnen sollten im Mittelpunkt stehen. Auf der anderen Seite wird diese Tatsache zum Teil als störend empfunden, was sich wiederum negativ auf die Konzentration der an der Dienstübergabe Beteiligten auswirkt. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, wird ein Teil der Dienstübergabe, bspw. die Kurzdarstellung der Krankengeschichte, vor dem Zimmer der PatientInnen und der pflegerelevanteren Teil der Dienstübergabe am PatientInnenbett besprochen. PatientInnen, denen eine angemessene Kommunikation möglich ist, können sich somit aktiv an der Pflegeplanung beteiligen. Dies wirkt sich förderlich auf die Kontinuität der Pflege aus. Des Weiteren ermöglicht diese Dienstübergabevariante eine situationsaktuelle Sichtung der PatientInnen. Das kann dazu beitragen, die Informationen der Dienstübergabe zu veranschaulichen und besser zu verinnerlichen. Gleichzeitig bietet sie den übernehmenden GKP die Möglichkeit, sich gedanklich auf den kommenden Dienst vorzubereiten (ebd.).

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, Dienstübergaben durchzuführen. Die Auseinandersetzung mit diesem Teilaspekt der Thematik zeigt, dass verschiedene Varianten Vor- und Nachteile mit sich bringen. Außerdem scheint die Entscheidung darüber, welche Dienstübergabevariante in welchem Setting verwendet wird, sehr individuell zu sein. In diesem Zusammenhang zeigt sich, dass sich die Dienstübergabe am Bett oder vor dem Zimmer der PatientInnen in intensivmedizinisch orientierten

Settings etablieren konnte (Grimshaw et al., 2016; Oberzaucher, 2014; Salani, 2015; Spooner et al., 2015) während Dienstübergaben im Dienstzimmer häufig auf „Normalstationen“ anzutreffen sind (Lauterbach, 2008; Oberzaucher, 2014).

5.2.3. Herausforderungen in Dienstübergaben

Während eine Dienstübergabe im Durchschnitt 38,4 Minuten dauert, liegt einer Untersuchung zufolge die durchschnittliche Anzahl der Unterbrechungen bei 9,9. Diese Unterbrechungen entstehen durch MedizinerInnen, Telefonklingeln, das Notfallklingeln von PatientInnen und Sonstigem. Dabei ist besonders die Dienstübergabe vom Früh- zum Spätdienst stark durch Unterbrechungen gekennzeichnet (Fuhrmann et al., 1987; Lauterbach, 2008; Spooner et al, 2015; Colvin et al., 2016).

Durch eine oder mehrere Unterbrechungen werden bis zu 65 % der Dienstübergaben gestört (Spooner et al., 2015). Unterbrechungen durch Personal (GKP 29 %, MedizinerInnen 29 %, Stationsleitung 9 % etc.) erfolgten am häufigsten. Als weiterer Störfaktor konnte alarmierendes apparatemedizinisches Equipment (17 %) identifiziert werden. PatientInnenwünsche waren in 2,5 % der Fälle Ursache für die Unterbrechungen (ebd.).

Des Weiteren können Einflussfaktoren, die die Dienstübergabe und Informationsweitergabe betreffen, in zwei Kategorien eingeteilt werden: 1) Barrieren effektiver Kommunikation und 2) Arten von Kommunikationsunterbrechungen (Colvin et al., 2016).

Barrieren effektiver Kommunikation beziehen sich auf Herausforderungen bei Dienstübergaben, die sich aus dem Umfeld ergeben, wie bspw. Telefonklingeln, Anfragen anderer MitarbeiterInnen oder Monitoringalarme und dementsprechend wieder der Bezug zu apparatemedizinischen Geräuschquellen.

Arten von Kommunikationsunterbrechungen wiederum beziehen sich auf Fehler, die während der Dienstübergabe bzw. Interaktion unterlaufen und meistens auf die Interaktionspartner zurückzuführen sind. Diesbezüglich wurden von der Auslassung von Informationen über fehlerhafte bis irrelevante Informationen insgesamt sechs Fehlerarten herausgearbeitet (Colvin et al.; 2016), welche in Tab. 3 aufgeführt sind.

Tab. 3: Fehlerarten in Dienstübergaben, Erläuterungen und Beispiele (eigene Darstellung in Anlehnung an Colvin et al., 2016: 98).

Fehlerart	Erläuterung		Beispiel
	Informationen von entscheidender Bedeutung werden nicht übermittelt.	Subkategorie	
Auslassen von Informationen	Informationen von entscheidender Bedeutung werden nicht übermittelt.	Aktuelle medizinische Probleme	Eine Patientin hatte im Frühdienst eine therapiebedürftige Erhöhung des Kohlenstoffdioxidwertes im Blut, die bislang nicht stabilisiert werden konnte. Die übernehmende Pflegefachkraft hat diese Information nicht erhalten und versucht den Grund für die Somnolenz der Patientin zu identifizieren, die auf den Kohlenstoffdioxidanstieg zurückzuführen ist.

		Kritische Medikationen	Der Noradrenalinperfusor, der den Blutdruck eines instabilen Patienten im Normbereich hält, wurde wegen temporärem Blutdruckanstieg pausiert. Die übernehmende Pflegefachkraft erhielt diese Information nicht und lässt den Blutdruck vorerst außer Acht, während der Patient in eine starke Hypotonie gerät.
		Ausstehende Untersuchungen, Befunde oder Konsile	Eine Patientin soll noch zur Computertomografie transportiert werden. Die übernehmende Pflegefachkraft hat diese Information nicht erhalten und kann die Arbeit nicht dementsprechend organisieren.
		Sonstige wichtige Informationen	Ein Patient hat einen DNR-Status („Do not resuscitate!“, nicht reanimieren). Diese Information wurde von übergebenden Pflegefachkraft jedoch nicht vermittelt.
Fehlerhafte oder widersprüchliche Informationen	Übermittelte Informationen stellen sich als fehlerhaft oder widersprüchlich heraus.		Es wurde übermittelt, dass eine Patientin ein bestimmtes Antibiotikum bekommt, obwohl sie ein anderes bekommt.
Fehlende Kommunikation von Wenn-Dann-Informationen	Vorhersehbare Problemen und dazugehörige Lösungsansätzen werden nicht angesprochen.		Ein Patient lässt sich bei Panikattacken besonders gut durch psychosoziale Unterstützung der Pflegefachkräfte beruhigen, was nicht übergeben wurde. Die übernehmende Pflegefachkraft verabreicht deshalb ein Benzodiazepin.
Unklare oder unleserliche Pflegedokumentation	Handschriftlich angefertigte Pflegedokumentation ist nicht leserlich oder unklar formuliert.		Die übernehmende Pflegefachkraft möchte in ihrem Dienst etwas im Pflegebericht nachlesen. Dieser ist jedoch unklar formuliert und demnach unverständlich.
Fehlende Begründung für bestimmte Entscheidungen	Erklärungen für bestimmte Entscheidungen werden nicht übermittelt.		Bei einem Patienten wurde im Frühdienst ein besonders niedriger Hämoglobinwert notiert. Eine Begründung, weshalb der Patient keine Bluttransfusion erhalten hat, fehlt.
Irrelevante Informationen	Zu übergebende Informationen werden nicht auf das Wesentliche begrenzt.		Eine multimorbide Patientin wurde wegen einer schweren Pneumonie aufgenommen. Die übergebende Pflegefachkraft vermittelt jeden einzelnen Aspekt der langen Krankengeschichte der Patientin.

Die Bezeichnung GKP wurde im Rahmen dieser Tabelle aus Gründen der Leserlichkeit in Pflegefachkraft modifiziert.

Lauterbach (2008) stellte fest, dass Dienstübergaben häufig durch private Gesprächsthemen der MitarbeiterInnen unterbrochen werden. Auffällig war, dass sich diese Unterbrechungen nach einem Telefonat, das nur 30 Sekunden dauerte, häuften. Eine kurze Unterbrechung kann demnach eine Änderung der Dienstübergabe in eine weniger relevante Gesprächsrichtung zur Folge haben, wodurch wichtige Informationen verloren gehen können (ebd.).

Die Ausführungen zeigen, dass die Dienstübergabe ein potenzielles Moment für die Entstehung von Fehlern sein kann. Colvin et al. (2016) konstatieren jedoch, dass die Minimierung oder Beseitigung aller Fehler kaum möglich sei. Jedoch trage schon das Bewusstsein über die Fehleranfälligkeit von Dienstübergaben zur Sensibilisierung gegenüber dieser Thematik bei.

5.3. Übergaben im Setting der RCU

Im Folgenden sollen die Variablen RCU und Dienstübergabe in Beziehung gesetzt werden. Zum einen wird deutlich, welche Bedeutung die Dienstübergabe hinsichtlich der besonderen Versorgungsschwerpunkte der RCU hat. Zum anderen werden Handlungsoptionen, die eine Optimierung der Dienstübergabe und damit des Informationsflusses anstreben und somit Einfluss auf die Versorgungsqualität der PatientInnen haben, aufgezeigt.

5.3.1. Pflege und die Bedeutung der Übergabe

Die Behandlung von Menschen mit schweren akuten oder chronischen Einschränkungen der Atemfunktion erfordert sowohl eine angemessene fachliche Versorgung durch ein interdisziplinäres Team, als auch eine kontinuierliche professionelle Pflege. Aktuelle Studienergebnisse verdeutlichen die Heterogenität der Beatmungsursachen auf Weaningstationen: COPD (25,80 %), Pneumonie/Sepsis (23,14 %), Herzinsuffizienz (13,30 %), sonstig internistisch (11,17 %), sonstig chirurgisch inkl. Trauma (10,37 %), kardio-chirurgisch (9,04 %), Langzeitbeatmung (4,52 %) und neurologisch (2,66 %) (Müller-Heinrich et al., 2017).

Anhand dieser Daten lässt sich ableiten, welche komplexen Anforderungen an das Team einer RCU bzw. eines Weaningzentrums gestellt werden. Beatmungsursachen lassen sich demnach nicht auf eine medizinische Fachdisziplin (bspw. chirurgisch oder internistisch) limitieren. Das Versorgungskonzept Weaning erfordert stattdessen, PatientInnen mit verschiedensten Grunderkrankungen zu behandeln. Demzufolge sind eine hohe Fachkompetenz sowie eine zuverlässige Kommunikation im Team unerlässlich. In diesem Setting nehmen GKP häufig die Rolle der Koordinatoren in der multidisziplinären Versorgung ein (Vahedian-Azimi et al., 2015). Dies ist darauf zurückführbar, dass die Präsenz der Pflegenden bei PatientInnen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am größten ist und sie deshalb als Schlüsselfiguren bei der Versorgung fungieren. Außerdem hat die Kontinuität der PatientInnenversorgung einen großen Stellenwert (ebd.). Im Folgenden wird anhand der ausgewählten Versorgungsschwerpunkte Intensivpflege, Weaning und Beatmungspflege, Infektionsprophylaxe, nichtinvasive Beatmung und Verlegungsplanung die Bedeutung der Dienstübergabe im Setting RCU verdeutlicht.

5.3.1.1. Intensivpflege

Die Pflege von PatientInnen mit schwerwiegenden, teils lebensbedrohlichen Erkrankungen stellt eine besondere Herausforderung dar (Larsen, 2016). Die Intensivpflege erfüllt die pflegerischen Anforderungen, die zum Erreichen der interdisziplinär erarbeiteten Ziele beitragen. Dabei sind die Durchführung grundpflegerischer und spezieller pflegerischer Tätigkeiten sowie die apparatemedizinische Behandlung Teil pflegerischen Handelns im Intensivbereich. Neben der Grundpflege zur Förderung des Wohlbefindens eines jeden Individuums fallen die Durchführung verschiedener Therapien und Konzepte, wie bspw. Kostaufbau, Frühmobilisation, Weaning, oder medikamentöse Therapieumsetzung in das Aufgabenfeld der GKP. Darüber hinaus erfordert das Setting der RCU durch die Prävalenz verschiedenster beatmungsursächlicher Grunderkrankungen weitere pflegerische Expertise, z. B. im Wundmanagement oder in der neurologischen Pflege (Larsen, 2016; Müller-Heinrich et al., 2017). Daraus ergibt sich ein komplexes Arbeitsumfeld zur Realisierung präventiver, kurativer, rehabilitativer und auch palliativer Pflegemaßnahmen (Larsen, 2016). GKP fungieren in diesem einerseits als Koordinatoren in einem interdisziplinären Team (Vahedian-Azimi et al., 2015) und andererseits als Verantwortungsträger für eine angemessene und individuelle Pflege der PatientInnen (Larsen, 2016). Dies erfordert eine möglichst fehlerfreie fach- und dienstübergreifende Kommunikation.

5.3.1.2. Weaning und Beatmungspflege

Der Weaningprozess umfasst die Entwöhnung der PatientInnen von der IMV. Diese wird durch eine zunehmende Überleitung in die Spontanatmung realisiert (Schönhofer et al., 2014). Die Beatmungspflege stellt demnach eine der pflegerischen Hauptaufgaben auf RCUs dar und ist eine komplexe Herausforderung, die eine hohe pflegerische Expertise erfordert (Mittermayer, 2010). Für Betroffene bedeuten die maschinelle Beatmung sowie die hochtechnisierte Umgebung der RCU eine Ausnahmesituation, die mit gravierenden Veränderungen in den Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, in der Partizipation sowie den Umweltfaktoren einhergeht (World Health Organization, 2005). Mitunter sind PatientInnen nicht mehr in der Lage, körperregulierende Maßnahmen wie bspw. Ausscheidung, Ernährung, Husten oder Prophylaxen durchzuführen (Mittermayer, 2010). Des Weiteren ist die Kommunikation deutlich erschwert und beschränkt sich häufig auf nonverbale Signale. GKP nehmen eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung körperregulierender Maßnahmen ein, in dem sie die PatientInnen im intensivmedizinischen Alltag begleiten und Signale, sowohl physiologisch als auch kommunikativ, wahrnehmen und dementsprechend intervenieren. Individuelle Bedürfnisse, Probleme oder Problemlösungsstrategien zu erkennen, sind wesentliche Aufgaben pflegerischen Handelns (ebd.).

Funk (2016) beschreibt unter anderem Phänomene wie Schmerz, Unruhe, Angst und Delir bis hin zu subjektiv empfundener Atemnot bei beatmeten Menschen. GKP nehmen eine zentrale Rolle ein, sowohl bei der Behandlung dieser Phänomene, als auch bei der Prävention von kritischen Situationen (Considine, 2005). Dabei tragen sie wesentlich dazu bei, kritische Ereignisse, wie bspw. Herzstillstand zu vermeiden, in dem sie frühzeitig respiratorische Frühwarnzeichen erkennen und behandeln (ebd.). In diesem Zusammenhang ist die Informationsweitergabe im pflegerischen Team von hoher Bedeutung, um individuellen Anforderungen aller PatientInnen möglichst angemessen und

kontinuierlich gerecht zu werden und Auffälligkeiten sowie Indikatoren für mögliche Komplikationen, im Sinne eines Frühwarnsystems, zu artikulieren (Considine, 2005; Khalafi et al., 2016).

Ebenso wie die Beatmungspflege, stellt auch die Entwöhnung von der Beatmung einen komplexen Prozess dar. Lange Beatmungsperioden, die in der Regel mit einer Sedierung der PatientInnen einhergehen (Morandi et al., 2011), können zur Folge haben, dass die Atemmuskulatur geschwächt sowie die vegetative Atemfunktion gemindert ist (Mittermayer, 2010). Außerdem kann der Übergang von einem Sedierungs- in einen wachen Bewusstseinszustand für Betroffene eine besondere Herausforderung sein. Mitunter entwickeln sie ein Delir mit der Folge eines erschwerten Weaningprozesses (Funk, 2016). Zur Behandlung eines Delirs sind für Betroffene individuelle Maßnahmen notwendig⁶ (Haken et al., 2010). Aufgrund dessen sollten GKP stets für das Delirmanagement relevante Informationen sowohl im multidisziplinären Team als auch dienstübergreifend übermitteln. Dies kann eine ausgewogene und individuelle Behandlung des Delirs ermöglichen (ebd.).

Der Weaningprozess erfolgt mittels Spontaneous Breathing Trials (Spontanatemversuche, SBT). Dabei wird die Beatmungsmaschine diskonnektiert und muss infolge dessen eigenständig weiteratmen (= Spontanatmung) (Schönhofer et al., 2014). Unabhängig davon, ob der SBT gut oder weniger gut toleriert wird, muss die maschinelle Beatmung spätestens nach einem definierten Zeitraum wieder angeschlossen werden, damit die Atemmuskulatur nicht überstrapaziert wird. Fortwährend ist der Weaningprozess geprägt durch umfangreiche Beobachtung und Evaluation der individuellen PatientInnensituation sowie der Vitalparameter. SBTs werden in der Folge ausgedehnt bis eine komplikationslose Spontanatmung über 24 Stunden erreicht wird. Nach positiver Einschätzung des Behandlungsstands durch das interdisziplinäre Team erfolgt im Verlauf die vollständige Umstellung von der maschinellen zur Spontanatmung, inklusive der Dekanülierung sowie des Tracheostomaverschlusses. Zur Entscheidungsfindung während des Weaningprozesses ist die Kenntnis über den bisherigen Behandlungsverlauf unabdingbar (ebd.). GKP nehmen hier eine zentrale Rolle ein, da sie dienstübergreifend wichtige Informationen bezüglich der täglich fluktuierenden PatientInnensituation übermitteln (Khalafi et al., 2016). Zudem konnte Gaydis (2007) festhalten, dass protokollgeführtes Weaning durch GKP und der daraus resultierende transparente Weaningverlauf mit signifikant kürzeren Beatmungszeiten und signifikant weniger nosokomialen Pneumonien assoziiert ist.

Sowohl die Beatmungspflege, als auch die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung erfordern einen kontinuierlichen Versorgungsverlauf. Dementsprechend ist auch eine Informationsübermittlung, die über die Dienste hinausgeht und die zu jeder Zeit die Möglichkeit zur informierten Entscheidung gewährleistet, unabdingbar.

⁶ Vor allem in der Intensivmedizin ist das Delir ein immer häufiger auftretendes Phänomen (Haken et al., 2010). Dabei handelt es sich um eine hirnrnorganische Störung, die durch Sedierung, anästhesiologische und intensivmedizinische Standardmedikationen sowie Komorbiditäten bedingt ist. Es stellt eine besondere Herausforderung dar, da es mit Störungen in Wahrnehmung, Denken, Schlaf-Wach-Rhythmus, Bewusstsein sowie im Gedächtnis einhergeht. Die Dauer eines Delirs kann sich von wenigen Stunden bis zu mehreren Wochen ausdehnen. Behandelt wird es mit individuellen, reorientierenden Begleitmaßnahmen, intensiver Physiotherapie, adäquater Schmerztherapie und Neuroleptikagabe (ebd.).

5.3.1.3. Infektionsprophylaxe

In intensivmedizinischen Bereichen weisen PatientInnen einen geschwächten Allgemeinzustand auf (Gurski, 2010). Zudem sind viele von ihnen bspw. durch Blasenverweilkatheter, intravenöse Zugänge und arterielle Katheter zur Intensivüberwachung versorgt oder haben offene Wunden. Diese vermehrte Präsenz von invasiven Eintrittspforten für Krankheitserreger erhöht das Infektionsrisiko für diese PatientInnengruppe deutlich (ebd.). Ebenso birgt die IMV ein erhöhtes Infektionsrisiko. In diesem Zusammenhang wurde die beatmungsassoziierte nosokomiale Pneumonie als häufigste Todesursache bei nosokomialen Infektionen identifiziert (Robert Koch-Institut, 2013). Daraus entsteht die Notwendigkeit einer Bronchialtoilette durch das endotracheale Absaugen des Tracheal- und Bronchialsekrets, um präventiv gegen nosokomiale Infektionen und Sekretverhalt vorzugehen (ebd.). Überdies ermöglicht die Bronchialtoilette die Sichtung, Beurteilung sowie Labordiagnostik des Sekrets (Larsen, 2016). Würden in diesem Zusammenhang relevante Informationen fehlen bzw. nicht weitergegeben, könnte dies die angemessene Versorgung von PatientInnen beeinträchtigen. Sich entwickelnde Infektionen, sowohl in den Atemwegen als auch in anderen Eintrittspforten, erschweren die Behandlung und können lebensbedrohliche Komplikationen zur Folge haben (Robert Koch-Institut, 2013).

5.3.1.4. Nichtinvasive Beatmung

Die nichtinvasive Beatmung (NIV) wird aufgrund niedrigerer Komplikationsraten als die IMV und vergleichbarer Effektivität zunehmend zum Mittel der Wahl bei akuter respiratorischer Insuffizienz (Westhoff et al., 2015). Vor allem beim hyperkapnischen Atemversagen, das mit behandlungsbedürftig erhöhten Kohlenstoffdioxidwerten im Blut einhergeht, konnte sich die NIV als Therapieform zur Stabilisierung der Atemgase etablieren (ebd.). Anstatt über einen endotrachealen Tubus oder eine Trachealkanüle wird NIV mithilfe einer Beatmungsmaske durchgeführt (Mittermayer, 2010). Trotz der positiven Resonanz dieser Therapieform kann der Einsatz aufgrund der beengenden Maske bei Betroffenen in Panik- und Angstzuständen resultieren (Funk, 2016). Die Nutzung von NIV setzt wache, ansprechbare PatientInnen voraus, die über ausreichende Reflexe wie Husten und Schlucken verfügen (Mittermayer, 2010). Des Weiteren ist eine intensive Überwachung mit regelmäßiger Kontrolle der Blutgaswerte notwendig, um die Effektivität dieser Behandlungsmaßnahme zu überprüfen. Die Weitergabe auffälliger Blutgaswerte ist in diesem Zusammenhang unerlässlich, um potenziellen Komplikationen frühzeitig zu begegnen (ebd.). Misserfolge bei NIV können sich einerseits durch ausbleibende Verbesserung der Blutgaswerte und andererseits durch ungenügende Mitarbeit der PatientInnen ausdrücken (Westhoff, 2015). Es kann sinnvoll sein, Strategien zur Förderung der PatientInnenmitarbeit im Team zu kommunizieren, damit GKP diese stringent verfolgen. PatientInnen erhalten somit eine bedarfsgerechte Beratung und können infolge dessen aktiver am Gelingen der Behandlung mitwirken.

5.3.1.5. PatientInnenverlegung

In einigen Fällen ist die Entwöhnung von der maschinellen Beatmung aus verschiedenen Gründen nicht möglich. Einzelne Studienergebnisse belegen, dass 19,15 % der behandelten PatientInnen mit einer NIV und 9,57 % mit einer IMV entlassen wurden (Müller-Heinrich et al., 2017). Vor allem für PatientInnen, die weiterhin eine IMV benötigen, muss eine außerklinische Beatmungspflege organisiert werden. Während dies sowie die finanziellen Aspekte für die Verlegung der PatientInnen in der Regel von CasemanagerInnen geregelt werden (Tearl et al., 2006), spielen GKP bei der pflegerischen Überleitung und Verlegungsvorbereitung eine wesentliche Rolle (Beckenkamp, 2016). Der Informationsaustausch zwischen GKP ist hier besonders relevant, da der Verlegungsbericht möglichst lückenlos sein sollte, um dem sogenannten Drehtüreffekt präventiv entgegen zu wirken (Vahedian-Azimi et al., 2015). Häufig wechselndes Personal und dementsprechend verteiltes Wissen über Individualitäten der PatientInnenversorgung, macht eine vollständige und systematische Informationsübergabe zwischen den GKP notwendig. Das kann dazu beitragen, eine angemessene Versorgung der PatientInnen auch im außerklinischen Setting zu ermöglichen.

5.3.2. Handlungsoptionen in Dienstübergaben

Dienstübergaben im Setting RCU können einen komplexen Charakter aufweisen, da sie einerseits darauf abzielen, die Versorgungsschwerpunkte und -konzepte sowie die PatientInnenpflege angemessen und dienstübergreifend zu realisieren und andererseits die Inhalte durch die Prävalenz verschiedener Beatmungsursachen stark variieren können (Kap. 5.3.1). Hinzu kommen zahlreiche Umgebungsfaktoren, wie bspw. apparatemedizinische Alarmer, Fragen von MitarbeiterInnen des multidisziplinären Teams oder PatientInnenwünsche (Kap. 5.2.3). Diese Umstände können aus der Dienstübergabe eine Herausforderung für die beteiligten MitarbeiterInnen machen, da sie den Fokus auf das Wesentliche erschweren können. Es ist daher sinnvoll, Strategien zur Vermeidung der Störfaktoren zu entwickeln.

In Studien werden diesbezüglich mehrere Handlungsoptionen hervorgehoben: 1) Face-to-Face-Kommunikation mit interaktivem Nachfragen, 2) Integration des verabschiedenden Dienstes in die weitere Pflegeplanung, 3) Standardisierung der Dienstübergabe sowie 4) Schulungen zum Wissensmanagement (Lauterbach, 2008; Drach-Zahavy & Hadid, 2015; Colvin et al., 2016).

Drach-Zahavy & Hadid (2015) konnten außerdem in einer Regressionsanalyse von 200 Dienstübergabegesprächen zur Erfassung von Korrelationen zwischen individuellen pflegerischen Übergabestrategien und Behandlungsabweichungen zwei wesentliche Strategien ausmachen, die mit einer geringen Anzahl an Behandlungsabweichungen assoziiert sind: 1) Face-to-Face-Kommunikation mit interaktivem Nachfragen sowie 2) Integration des verabschiedenden Dienstes in die weitere Pflegeplanung (ebd.).

Im Folgenden sollen die genannten Strategien und Handlungsoptionen unter Berücksichtigung der theoretischen Vorannahmen des Sender-Empfänger-Modells nach Shannon (1948) und der Konversationsmaximen nach Grice (1979) (Kap. 3.2) näher ausgeführt sowie deren Nutzen für eine angemessene Informationsweitergabe aufgezeigt werden.

5.3.2.1. Face-to-Face-Kommunikation mit interaktivem Nachfragen

Ein positiver Effekt auf die Informationsweitergabe wurde dem interaktiven Nachfragen in Face-to-Face-Dienstübergaben nachgewiesen. Die Face-to-Face-Kommunikation ist durch einen direkten Interaktionsprozess von zwei Personen gekennzeichnet. Durch das interaktive Nachfragen der übernehmenden GKP können Missverständnisse und Fragen zur Behandlungs- und zur Pflegeplanung geklärt werden. Das kann ein niedrigeres Auftreten von Behandlungsabweichungen zur Folge haben (Rayo et al., 2014; Drach-Zahavy & Hadid, 2015). Im Setting der RCU kann diese Strategie dazu beitragen, den Kontext der Behandlungsschwerpunkte bei einzelnen PatientInnen besser nachvollziehen zu können. Gleichzeitig kann diese Strategie einen Impuls für einen Austausch zwischen den Beteiligten setzen, sodass eine Interaktion entsteht, die die Versorgung aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und eine gemeinsame Evaluation und Planung der Pflege initiiert (Oberzaucher, 2014). Das interaktive Nachfragen bietet die Möglichkeit, Unklarheiten sowie Widersprüche zu identifizieren und zu diskutieren. Außerdem können übernehmende GKP Informationen erfragen, die ihrer Meinung nach noch fehlen und für die weitere Pflege relevant sein könnten. Dementsprechend kann diese Strategie dazu beitragen, alle vier Konversationsmaximen zu realisieren (Kap. 3.2.2). Jedoch ist dies mit einem erhöhten Zeitaufwand verbunden, da die Dienstübergabe zu Beginn als Monolog der übergebenden GKP erfolgt und das interaktive Nachfragen erst im Anschluss stattfindet.

5.3.2.2. Dienstübergreifende Pflegeplanung

Die verabschiedenden GKP mit in die weitere Pflegeplanung zu integrieren bietet den Vorteil, individuelle Erfahrungen mit patientInnenbezogenen Pflegesituationen und -phänomenen in die weitere Pflege miteinbeziehen zu können (Drach-Zahavy & Hadid, 2015). Im Setting der RCU ist das Erfahrungswissen der verabschiedenden GKP besonders wertvoll, um allen PatientInnen im Folgedienst eine angemessene und individuelle Pflege zu bieten (Considine, 2005; Khalafi et al., 2016). Mit dieser Strategie werden außerdem die Konversationsmaximen Relevanz und Quantität (Kap. 3.2.2) angestrebt, da der verabschiedende Dienst im Rahmen der Pflegeplanung dementsprechend notwendige und relevante Aspekte einbringen kann (Drach-Zahavy & Hadid, 2015).

5.3.2.3. Standardisierung der Dienstübergabe

Die Forschung zur Standardisierung der Dienstübergabe hat seit 2006 drastisch zugenommen (Riesenberg et al., 2009). Seitdem finden standardisierte Dienstübergaben immer mehr Einzug in die klinische Praxis.

Flemming & Hübner (2013) zeigen auf, dass die Implementierung einer standardisierten Dienstübergabe eine signifikante Steigerung der Informationssättigung zur Folge hat. Standardisierungen sind dahingehend nützlich, als dass sie der Dienstübergabe eine klare Struktur geben und Inhalte klar definiert werden (Colvin et al., 2016). Demnach können sie dazu beitragen, die

Konversationsmaximen Quantität und Relevanz zu erfüllen, da sie einen Leitfaden für relevante Aspekte geben. Des Weiteren können sich die Nutzer an der Standardisierung orientieren und noch nicht übergebene Informationen identifizieren. Diese Orientierung kann gleichzeitig hilfreich sein, um sich nach Unterbrechungen der Dienstübergabe wieder auf den Ausgangspunkt der Informationsvermittlung zu fokussieren (Flemming & Hübner, 2013; Colvin et al., 2016). Im Setting der RCU können Standardisierungen einerseits dazu beitragen, eine Informationsättigung anzustreben. Andererseits kann eine Standardisierung auch limitierend wirken (Philibert, 2009). Die Pflegepraxis ist durch hochindividuelle Pflegesituationen gekennzeichnet (Behrens & Langer, 2010). Eine Fokussierung auf ein standardisiertes Instrument bedingt mitunter eine einseitige Betrachtung individueller Pflegesituationen, die wiederum das Fehlen von Informationen und somit die Verletzung der Maxime Quantität zur Folge haben kann (Philibert, 2009). Des Weiteren erfordert eine angemessene Standardisierung umfassende Schulungen des Personals. Daraus kann sich ein umfangreicher Changemanagementprozess ergeben, der sich über eine lange Zeit erstrecken kann (Klee et al., 2012).

5.3.2.4. Wissensmanagement

Wissensmanagement umfasst jegliche Prozesse die mit Informationsentstehung, -verarbeitung und -vermittlung einhergehen (Lauterbach, 2008). Dabei besteht die Annahme darin, dass sich Wissen kontinuierlich durch Beobachtung, Deutung, Kombination, Sinngebung und Handlung (re-)produziert. Wissensmanagement ist ein Kernelement pflegerischer Versorgung. Dementsprechend reiche es nicht aus, punktuelle Verbesserungen vorzunehmen. Ein Grundkonzept zum Wissensmanagement zu

entwickeln und zu etablieren sei unumgänglich (ebd.). Zahlreiche Programme zur Schulung von MitarbeiterInnen in Bezug auf das Wissensmanagement wurden bereits erstellt (Gordon & Findley, 2011). Dabei gehen viele dieser Programme intensiv auf teambasierte Kommunikation ein. Des Weiteren werden Kommunikationsstrategien vermittelt, die die Sicherung von Informationen gewährleisten sollen. Diese sind mit der Methode des interaktiven Nachfragens vergleichbar (Colvin et al., 2016). Schulungen im Wissensmanagement können zu einer Sensibilisierung beim Umgang mit Informationen beitragen. Dementsprechend kann Wissensmanagement auch die Einhaltung der Konversationsmaxime begünstigen (Lauterbach, 2008).

Die Ausführungen zeigen, dass verschiedene Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, um Herausforderungen in der Dienstübergabe zu bewältigen. Dabei fällt auf, dass die Berücksichtigung der Konversationsmaximen nach Grice (1979) (Kap. 3.2.2) im Vordergrund steht. Das Sender-Empfänger-Modell nach Shannon (1948) (Kap. 3.2.1) gibt Aufschluss darüber, dass Kommunikation durch Störfaktoren aus der Umgebung beeinflusst werden kann. Im Setting der RCU lassen sich jedoch solche Störfaktoren nur bedingt minimieren, da sie häufig mit relevanten Aspekten, wie bspw. der intensivmedizinischen Versorgung, in Beziehung stehen. In diesem Fall kann die Standardisierung hilfreich sein, um den Fokus nach einer Unterbrechung wieder auf die Informationsvermittlung zu setzen. Dabei kann eine Standardisierung als Orientierungshilfe dienen, um nachvollziehen zu können, welche Aspekte bereits vermittelt wurden und welche nicht (Colvin et al., 2016).

6. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, Herausforderungen in Dienstübergaben im Setting der RCU zu identifizieren. Des Weiteren sollten Handlungsoptionen aufgezeigt werden, die zur Optimierung der Dienstübergabe beitragen können. Im Folgenden soll zuerst die methodische Vorgehensweise dieser Arbeit diskutiert werden. Anschließend werden die generierten Erkenntnisse kritisch betrachtet.

6.1. Methodendiskussion

In der zugrundeliegenden Arbeit wurde die Methode der integrativen Literaturübersicht gewählt (Kap. 4.2). Dabei bestand die Schwierigkeit darin, einerseits der breiter gefassten Methode (Whittemore & Knafl, 2005) gerecht zu werden und andererseits besonders geeignete Literaturempfehlungen aus den zahlreichen Suchtreffern der Datenbankrecherche zu extrahieren. Zudem konnten keine Forschungsarbeiten zur Dienstübergabe im konkreten Setting der RCU identifiziert werden. Es besteht die Möglichkeit, dass es zu diesem konkreten Setting keine Forschungsarbeiten bezüglich der Dienstübergabe gibt. Ein weiterer Grund könnte die sprachliche Barriere des Autors sein, wodurch die Literaturrecherche nur auf englisch- und deutschsprachige Publikationen beschränkt wurde. Zudem fehlt der Zugriff zu einigen Datenbanken (z. B. CareLit), wodurch potenziell relevante Publikationen fehlen könnten. Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden im Methodenteil (Kap. 4.2.2) aufgeführt, da sie aus struktureller Sicht in diesem Kapitel angemessen sind. Die durchgeführten Recherchewege waren für das Ziel dieser Arbeit nutzbringend. Dabei stellte sich die Datenbankrecherche als ergiebigster Rechercheweg heraus, da hier die meisten Literaturempfehlungen zur Bearbeitung entnommen werden konnten.

Für die Bearbeitung der Thematik ist die Anzahl der verwendeten Studien ausreichend. Die Teilaspekte wurden zur Beantwortung der formulierten Fragen hinreichend betrachtet. Dabei ist der Großteil der verwendeten Studien aus den letzten zehn Jahren hervorgegangen, sodass die Ergebnisse in den aktuellen Kontext eingeordnet werden können. Ältere Studienergebnisse wurden mit aktuellen Untersuchungen verglichen und in Beziehung gesetzt. Hier wurde aufgezeigt, dass zahlreiche ältere Studienergebnisse noch heute Gültigkeit haben (Petty et al., 1967; Fuhrmann et al., 1987; Corrado et al., 2002).

Zahlreiche verwendeten Studien thematisieren nicht direkt das Setting der RCU, sondern das der ICU. Diesbezüglich wurde aufgezeigt, dass die Settings RCU und ICU als weitestgehend homogen bezüglich der räumlichen, strukturellen und organisatorischen Aspekte betrachtet werden können (Scala, 2012; Larsen, 2016). Des Weiteren sind sie durch multiprofessionelle Teams und die Versorgung schwer, teils lebensbedrohlich erkrankter Menschen gekennzeichnet (Larsen, 2016; Müller-Heinrich et al., 2017). Dementsprechend ist die Verwendung von Studien, die ICUs thematisieren, berechtigt.

Viele der verwendeten Studien wurden mittels qualitativer Forschungsdesigns durchgeführt. Diese waren besonders erkenntnisreich, da sie den Forschungsgegenstand der Dienstübergabe ohne beeinflussende Vorannahmen beschreiben. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse ist kritisch zu betrachten, da es sich hierbei um Beschreibungen konkreter Strukturen und sozialer Begebenheiten handelt. Diese stehen jedoch im Einklang mit repräsentativeren Daten (Riesenberg et al., 2010), weshalb die Ergebnisse auf viele Institutionen übertragbar sind.

Die verwendeten Beurteilungskriterien zur Bewertung der Literatur (Anhang B) wurden passend zu den entsprechenden Designs gewählt. Studien, die keinem konkreten Beurteilungsbogen zuzuordnen waren, wurden anhand allgemeiner Beurteilungskriterien begutachtet (Brandenburg et al., 2013). Die Beurteilung der Literatur war notwendig und nützlich, um die Verwendung bestimmter Studienergebnisse abzuwägen. Hierbei wurde in einigen Untersuchungen keine transparente methodische Vorgehensweise zur Erlangung der Forschungsergebnisse aufgezeigt (Tab. B3). Aufgrund der Homogenität dieser Ergebnisse zu anderen Studienergebnissen, wurden diese trotzdem mit in die Auseinandersetzung eingebracht. Die Beurteilung von Forschungsarbeiten mit verschiedenen Beurteilungsinstrumenten und Kriterien erwies sich als unvoreilhaft, da verschiedene Beurteilungsinstrumente auch verschiedene Schwerpunkte bei der Beurteilung setzen. Deshalb wäre die Beurteilung aller Studien mit den allgemeinen Beurteilungskriterien nach Brandenburg et al. (2013) angemessener gewesen, um vergleichbare Beurteilungsergebnisse zu erhalten. So unterscheiden sich die Beurteilungsergebnisse anhand der Struktur und Inhalte der einzelnen Beurteilungsinstrumente.

Die Ergebnisse dieser Arbeit sind relativ allgemein. Das lässt sich darauf zurückführen, dass das zugrundeliegende Thema zu breit aufgestellt wurde. Beispielsweise hätte eine Eingrenzung auf eine Handlungsoption im Rahmen der Dienstübergabe auf einer RCU zu einer konkreteren Auseinandersetzung und demnach zu konkreteren Ergebnissen bezüglich der Effektivität dieser Handlungsoption führen können. Gleiches gilt für die Literaturrecherche. Auf Grund dieser Limitation wurden viele verschiedene Themenkomplexe recherchiert und bearbeitet. Eine Eingrenzung des Themas hätte konkretere Ein- und Ausschlusskriterien zur Folge gehabt. Daraufhin hätte eine präzisere Literaturrecherche, Publikationsauswahl und tiefgründigere Betrachtung von konkreten Schwerpunkten erfolgen können. Beispielsweise hätte die Thematik auf Handlungsoptionen in der Dienstübergabe im Setting der RCU eingegrenzt werden können. Dabei hätte die Verwendung bestimmter Forschungsdesigns und die Handlungsoption als Einschlusskriterien dienen können, um z. B. den Nutzen standardisierter Dienstübergaben mittels Vorher-Nachher-Studien zu erforschen.

Die vorliegende Arbeit bringt jedoch Grundlagen und Impulse zur Dienstübergabeproblematik im Setting der RCU hervor. Das Ziel der integrativen Literaturübersicht wurde demnach erreicht. Auch die erarbeiteten Forschungsfragen wurden im Rahmen der Arbeit beantwortet. Die daraus hervorgegangenen Ergebnisse werden im nächsten Teilkapitel diskutiert.

6.2. Ergebnisdiskussion

Im Rahmen dieser Arbeit wurden folgende Forschungsfragen formuliert: 1) Was sind Herausforderungen für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen bei Dienstübergaben?, 2) Welche Besonderheiten weisen Dienstübergaben im Setting der RCU auf? sowie 3) Welche Empfehlungen werden hinsichtlich der Gestaltung von Dienstübergaben gegeben?

Bezüglich der ersten Fragestellung zeigt die Ausarbeitung der Dienstübergabeproblematik, welche Funktion und Bedeutung Dienstübergaben haben: die Informationsweitergabe und -erhaltung und folglich die Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität dienstübergreifend. Andererseits konnten eine psychosoziale sowie eine wissensgenerierende Funktion identifiziert werden. Diese Erkenntnisse stammen größtenteils aus Studien bezüglich Dienstübergaben auf Normalstationen (Fuhrmann et al.,

1987; Lauterbach, 2008, Oberzaucher, 2014). Die Ergebnisse sind jedoch auf die ICU und somit auf die RCU übertragbar (Oberzaucher, 2014), da sie die allgemeine Funktion und Bedeutung der Dienstübergabe abbilden.

Die Ergebnisse zeigen, dass Dienstübergaben durch verschiedene Herausforderungen gekennzeichnet sind. Hierbei kann zwischen umgebungsursächlichen Unterbrechungen und personalbedingten Fehlern unterschieden werden (Fuhrmann et al., 1987; Spooner et al., 2015; Colvin et al., 2016) (Kap. 5.2.3). Im Setting der RCU zeigt sich, dass die stationäre und apparatemedizinische Umgebung sowie Präsenzpflcht der GKP Unterbrechungen in der Dienstübergabe bedingt. Außerdem ist diese Versorgungsstruktur durch multidisziplinäre Teams gekennzeichnet, deren Mitglieder mitunter die Dienstübergabe ebenso unterbrechen (Spooner et al., 2015). Hierbei wird deutlich, dass die theoretischen Vorannahmen bezüglich des Sender-Empfänger-Modells und externer Störfaktoren (Shannon, 1948) auch für Dienstübergaben im Setting der RCU Gültigkeit haben. Umgebungsursächliche Unterbrechungen lassen sich aufgrund des Zusammenhangs zur intensivmedizinischen und individuellen PatientInnenversorgung kaum vermeiden. Einzig die Unterbrechungen durch KollegInnen könnten sich durch gezielte Sensibilisierung zur Relevanz der fokussierten Dienstübergabe verringern lassen. Dahingegen lassen sich auch diese nicht vermeiden, wenn Notfallsituationen mit dringlicher Priorität die Unterstützung mehrerer GKP erfordern. Gleichwohl werden Dienstübergaben durch personalbezogene Aspekte beeinflusst (Lauterbach, 2008; Colvin et al., 2016). Hierbei wurde deutlich, dass Informationen partiell falsch oder nicht vermittelt werden, irrelevant sind oder Informationen, die eine vorausschauende Arbeitsorganisation und Pflegeplanung ermöglichen, nicht ausreichend kommuniziert werden (Colvin et al., 2016) In diesem Kontext sind die vier Konversationsmaximen (Grice, 1979) übertragbar. Diesbezüglich zeigen die Ergebnisse auf, dass die theoretischen Vorannahmen zur Verletzung dieser Maximen verifiziert wurden. Anhand der herausgearbeiteten Versorgungsschwerpunkte der RCU wird außerdem deutlich, wie komplex sich die Dienstübergabe in diesem Setting gestalten kann und wie wichtig die informierte Entscheidung der GKP in diesem Kontext ist (Kap. 5.3.1).

Bezüglich der zweiten Fragestellung zeigen die Ergebnisse auf, welche konkreten Versorgungsschwerpunkte, wie Weaning, NIV und Stabilisierung respiratorisch instabiler PatientInnen, im Setting der RCU gesetzt werden (Scala, 2012) (Kap. 5.1.3). Diesbezüglich konnten vielzählige Parallelen zu retrospektiven Datenerhebungen aus RCUs aufgezeigt werden (Clini et al., 2008; Müller-Heinrich et al., 2017), die jedoch nicht immer auf einzelne Institutionen übertragbar sind. Das liegt mitunter an der Realisierung und Fokussierung bestimmter Versorgungskonzepte in einzelnen RCUs, die demnach abweichende Anforderungen an die Pflege und Dienstübergaben aufweisen (Clini et al., 2008; Aloe et al., 2009; Müller-Heinrich et al.; 2017).

Andererseits wird aufgezeigt, dass ICUs durch die Entwicklung verschiedener Fachdisziplinen Spezialisierungen hervorgebracht haben. Während die RCU ebenfalls als Spezialisierung der ICU gesehen werden kann, werden hier PatientInnen behandelt, die aufgrund zahlreicher verschiedener Ursachen beatmungspflichtig wurden (Müller-Heinrich et al., 2017). Demnach erfordert die Spezialisierung der RCU eine inhaltlich spezifizierte Dienstübergabe (Walther,1997). Diesbezüglich wird deutlich, wie wichtig eine gut funktionierende Dienstübergabe im Setting der RCU ist. Außerdem wird anhand der Ausarbeitungen deutlich, wie komplex und differenziert die Anforderungen und somit die zu vermittelnden Informationen sein können, die für eine angemessene Versorgung notwendig sind.

Bezüglich der dritten Fragestellung wurden verschiedene Gestaltungsmöglichkeiten Dienstübergaben aufgezeigt: 1) im gesamten Team im Stationszimmer, 2) im Dialog zwischen GKP, denen ein bestimmter Bereich zugeteilt wurde oder 3) im Dialog zwischen GKP am PatientInnenzimmer oder -bett (Lauterbach, 2008; Oberzaucher, 2014). Aus den Ausführungen geht hervor, dass sich die Dienstübergabe am PatientInnenzimmer oder -bett in intensivmedizinischen Settings etabliert hat (Salani, 2015; Spooner et al., 2015; Grimshaw et al., 2016) (Kap. 5.2.2). Diese bietet sich an, da ein ausführlicherer Informationsaustausch zwischen den GKP unter Einbindung der PatientInnen stattfinden kann (Oberzaucher, 2014). Der Nachteil ist, dass die Dienstübergabe am PatientInnenbett Unterbrechungen durch die PatientInnen begünstigen kann (Spooner et al., 2015; Grimshaw et al., 2016). Die Möglichkeit ist jedoch auch bei Dienstübergaben außerhalb des Zimmers durch das Notfallklingeln der PatientInnen gegeben (Lauterbach, 2008).

Mit Blick auf die Herausforderungen in Dienstübergaben ist eine Sensibilisierung der Beteiligten zur Dienstübergabeproblematik notwendig. Hierbei könnten Teamsitzungen dienlich sein, in denen für die Dienstübergabe besonders relevante Inhalte definiert werden. Gleichzeitig könnten in diesem Rahmen Optionen zur Strukturierung der Dienstübergabe diskutiert werden, um im Konsens des gesamten Teams eine angemessene Strukturierung zu erarbeiten. Des Weiteren könnten kurze Reflexionen des Teams am Ende jeder Dienstübergabe dazu beitragen, den Dienstübergabeprozess regelmäßig zu evaluieren und die MitarbeiterInnen zur Selbstreflexion anzuregen.

Die Forschung zeigt diesbezüglich verschiedene Handlungsoptionen auf: 1) Face-to-Face-Kommunikation mit interaktivem Nachfragen, 2) Integration der verabschiedenden GKP in die weitere Pflegeplanung, 3) Standardisierung der Dienstübergabe und 4) Schulungen zum Wissensmanagement (Lauterbach, 2008; Drach-Zahavy & Hadid, 2015; Colvin et al., 2016). Aus den Ausführungen wird deutlich, dass Face-to-Face-Kommunikation als Mittel der Wahl in der gängigen Praxis gehandhabt wird. Analog zur Integration der verabschiedenden GKP in die weitere Pflegeplanung, wird hier die Möglichkeit geboten, individuelle Pflegeprobleme, -phänomene und Problemlösungsstrategien zu diskutieren und abzuwägen (Drach-Zahavy & Hadid, 2015; Khalafi et al., 2016). Hierbei können verschiedene eingebrachte Perspektiven dazu beitragen, eine ganzheitliche pflegerische Versorgung anzustreben. Das kann bspw. bei der NIV oder beim Delirmanagement von Vorteil sein, um individuelle, wirkungsvolle Pflegemaßnahmen dienstübergreifend zu vermitteln. Andererseits wird der Dienstübergabe eine psychosoziale Funktion zugeschrieben, die partiell mit wertenden Aussagen der GKP einhergeht (Lauterbach, 2008). In diesem Zusammenhang könnte das Risiko bestehen, dass übernehmende GKP durch wertende und stigmatisierende Äußerungen der übergebenden GKP beeinflusst werden und sich Vorurteile bilden, die die PatientInnenversorgung beeinflussen können. Diesbezüglich könnten Supervisionen dazu beitragen, psychisch belastende Sachverhalte zu thematisieren und Strategien zur Bewältigung zu entwickeln, um wertfreie Dienstübergaben zu fördern.

Interaktives Nachfragen begünstigt wiederum die Informationssättigung (Rayo et al., 2014). Da die Dienstübergabe durch einen Interaktionsprozess gekennzeichnet ist (Kap. 3), kann davon ausgegangen werden, dass interaktives Nachfragen in der gängigen Praxis partiell stattfindet. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass diese Strategie alle Konversationsmaximen nach Grice (1979) begünstigen kann. Jedoch zeigen die theoretischen Vorannahmen auf, dass die Einhaltung aller Konversationsmaximen kaum möglich wäre (Kap. 3.2.2). Das interaktive Nachfragen trägt dazu bei, die Konversationsmaximen (Grice, 1979) zu begünstigen, die gänzliche Einhaltung dieser Maximen wird dadurch jedoch nicht gewährleistet. Gerade deshalb ist hier eine Sensibilisierung sinnvoll, um

diese Kommunikationsstrategie im Dienstübergabeprozess zu manifestieren. Die Strategie des interaktiven Nachfragens könnte hierbei als fester Bestandteil des Dienstübergabeprozesses etabliert werden. Außerdem kann die Anwendung dieser Strategie gefördert werden, indem übergebende GKP den Interaktionspartner gezielt hinterfragen, ob Fragen unbeantwortet geblieben sind. Künftig könnte somit auch die aktuell noch häufig rein willkürliche und ohne klare Strategien praktizierte Informationsvermittlung (Lauterbach, 2008) optimiert werden. Die Etablierung eines Wissensmanagements kann dazu beitragen, Kommunikationsstrategien im Rahmen von Schulungen zu verbessern sowie ein Bewusstsein für den Umgang mit Informationen schaffen (Lauterbach, 2008; Colvin et al., 2016).

Weitere Strategien könnten Hinweise an PatientInnen oder an das interdisziplinäre Team sein. Diese könnten beinhalten, dass die Dienstübergabe in einem definierten Zeitraum stattfindet, in dem keine Anliegen an das pflegerische Team vorgebracht werden sollten. Eine Ausnahme sind Notfälle, die sofortiges und professionelles Intervenieren erfordern. Zum Gelingen dieser Vorgehensweise kann es nützlich sein, wenn GKP am Ende des Dienstes Wünsche der PatientInnen erfragen und erfüllen, um das Wohlbefinden der PatientInnen während der Dienstübergabezeit zu gewährleisten.

Eine weitere Handlungsoption stellt die Standardisierung der Dienstübergabe dar. Hier wurde aufgezeigt, dass die daraus resultierende Struktur der zu übergebenden Inhalte eine gesteigerte Informationsättigung zur Folge hat (Flemming & Hübner, 2013). Einzelne Studienergebnisse haben jedoch gezeigt, dass die Standardisierung der Dienstübergabe einen limitierenden Effekt haben kann (Philibert, 2009). Daran ist erkennbar, dass diese Handlungsoption hinsichtlich der Übertragbarkeit in das jeweilige Setting geprüft und evaluiert werden muss, so wie es die evidenzbasierte Pflege vorsieht (Behrens & Langer, 2010). Im Setting der RCU kann eine Standardisierung der Dienstübergabe sicherlich dazu beitragen, die komplexen und vielseitigen Inhalte in übergeordnete Themenkomplexe zu kategorisieren. Im Rahmen der RCU könnten z. B. Kategorien wie Beatmungsform, Weaningsituation, Laborwerte, neue Medikationen, medizinische Vorgeschichte mit fachspezifischen Besonderheiten sowie pflegerische Besonderheiten gebildet werden.

Die Ergebnisse geben einen Impuls für die Auseinandersetzung mit der Dienstübergabeproblematik im Setting der RCU. Da diese auf vorhandenen Wissensbeständen basieren, ist eine gänzliche Übertragbarkeit der Ergebnisse auf eine konkrete Institution nicht immer möglich. Um Dienstübergaben einer konkreten Einrichtung dezidiert beschreiben zu können, würde sich eine ethnomethodologische Untersuchung eignen. Mithilfe dieser Vorgehensweise begeben sich Forschende direkt in das zu untersuchende Feld, um die Akteure in ihrem direkten Umfeld auf verschiedene Weise zu beobachten (Flick, 2007; Brandenburg et al., 2013). Im Rahmen der Dienstübergabeproblematik kann daraus eine konkrete und tiefgründige Beschreibung der sozialen Strukturen, organisatorischen Begebenheiten und speziellen Anforderungen in einem Setting entwickelt werden. Gleiches gilt für die Darstellung von Herausforderungen und Handlungsoptionen. Im weiteren Verlauf könnten mittels Vorher-Nachher-Studien Handlungsoptionen implementiert und auf ihre Effektivität geprüft werden. Weitere Qualitative Erhebungen können dazu beitragen, das Erleben von GKP bei den Handlungsoptionen zu evaluieren und weitere verbesserungswürdige Aspekte zu identifizieren.

7. Fazit

Die zugrundeliegende Literaturübersicht gibt einen Aufschluss über Herausforderungen in Dienstübergabesituationen im Setting der RCU am Beispiel von GKP.

Die RCU schließt die Versorgungslücke zwischen ICU und Normalstationen. Dabei stellt sie eine spezialisierte Versorgungsstruktur mit besonderen Versorgungsschwerpunkten und -konzepten dar.

Diese Arbeit zeigt auf, dass Dienstübergaben in pflegerischen Settings eine relevante Rolle für die Sicherstellung der kontinuierlichen PatientInnenversorgung und -pflege einnehmen. Dienstübergaben im Setting RCU sind einerseits durch verschiedene Versorgungsschwerpunkte gekennzeichnet und können dementsprechend einen komplexen Charakter aufweisen. Andererseits ist die RCU, da sie über intensivmedizinische und -pflegerische Ressourcen und ein multidisziplinäres Personal verfügt, durch verschiedene Umgebungsstörfaktoren gekennzeichnet, die mitunter den Dienstübergabeprozess unterbrechen. Außerdem treten personalbedingte Fehler im Rahmen der dienstübergreifenden Informationsvermittlung auf.

Handlungsoptionen, die den Informationsaustausch begünstigen, gibt es verschiedene. Der aktuelle Forschungsstand legt nahe, dass zur Vermeidung personalbezogener Fehler in Dienstübergabesituationen gezielte Kommunikationsstrategien wie das interaktive Nachfragen oder der Einbezug des vorhergehenden Dienstes in die weitere Pflegeplanung nutzbringend sein können. Außerdem wird die Etablierung eines umfassenden Wissensmanagements gefordert, das dem Personal Kompetenzen bezüglich eines bewussten Umgangs mit versorgungsrelevanten Informationen verschaffen soll. Es wird deutlich, dass an das jeweilige Setting adaptierte Standardisierungen von Dienstübergaben helfen können, speziellen Versorgungs- und Pflegeschwerpunkten gerecht zu werden. Die Implementierung einer standardisierten Dienstübergabe erfordert dabei umfassende Schulungen.

Zusammenfassend ist diese Qualifikationsarbeit als Grundlagenforschung zu betrachten, da die Dienstübergabe im Setting der RCU ein weitestgehend unerforschtes Feld ist. Zukünftig sind deshalb weitere Forschungsarbeiten notwendig, um Herausforderungen von Dienstübergaben im Setting der RCU angemessen zu begegnen.

Literaturverzeichnis

- Afentakis, A. (2009): Krankenpflege - Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen. Herausgegeben von Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/PDF2009_08.pdf? blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/PDF2009_08.pdf?blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 23.07.2017.
- Aloe, K.; Ryan, M.; Raffaniello, L. et al. (2009): Creation of an intermediate respiratory care unit to decrease intensive care utilization. In: *The Journal of nursing administration* 39 (11), S. 494–498. DOI: 10.1097/NNA.0b013e3181bd6001.
- Beckenkamp, T. (2016): Eine neue Perspektive. In: *intensiv* 24 (06), S. 324–329. DOI: 10.1055/s-0042-115126.
- Behrens, J.; Langer, G. (2010): *Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*. 3. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Brandenburg, H.; Panfil, E.-M.; Mayer, H. (2013): *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. 2., vollständig überarb. Aufl. Bern: Huber.
- Büscher, A.; Stehling, H. (2015): Patientenübergaben. In: A. Euteneier (Hg.): *Handbuch Klinisches Risikomanagement. Grundlagen, Konzepte, Lösungen - medizinisch, ökonomisch, juristisch*. 1. Aufl. 2015. Berlin: Springer (Erfolgskonzepte Praxis- & Krankenhaus-Management), S. 469–473.
- Caruso, T. J.; Marquez, J. L.; Wu, D. S. et al. (2015): Implementation of a standardized postanesthesia care handoff increases information transfer without increasing handoff duration. In: *Joint Commission journal on quality and patient safety* 41 (1), S. 35–42.
- Chalmers, A. F.; Bergemann, N. (Hg.) (2007): *Wege der Wissenschaft. Einführung in die Wissenschaftstheorie*. 6., verbesserte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Clini, E. M.; Siddu, P.; Trianni, L. et al. (2008): Activity and analysis of costs in a dedicated weaning centre. In: *Monaldi archives for chest disease = Archivio Monaldi per le malattie del torace* 69 (2), S. 55–58. DOI: 10.4081/monaldi.2008.396.

-
- Colvin, M. O.; Eisen, L. A.; Gong, M. Ng. (2016): Improving the Patient Handoff Process in the Intensive Care Unit: Keys to Reducing Errors and Improving Outcomes. In: Seminars in respiratory and critical care medicine 37 (1), S. 96–106. DOI: 10.1055/s-0035-1570351.
- Considine, J. (2005): The role of nurses in preventing adverse events related to respiratory dysfunction: literature review. In: Journal of advanced nursing 49 (6), S. 624–633. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2004.03337.x.
- Corrado, A.; Roussos, C.; Ambrosino, N. et al. (2002): Respiratory intermediate care units: a European survey. In: European Respiratory Journal 20 (5), S. 1343–1350.
- Creswell, J. W. (2009): Research design. Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 3. ed. Los Angeles CA u.a.: Sage.
- Deutsches Krankenhausinstitut (2017): Personalsituaion in der Intensivpflege und Intensivmedizin. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Online verfügbar unter: http://www.dkgev.de/media/file/55651.2017-07-15_PM_Anlage_Langfassung_DKI-Gutachten_Personalsituation_Intensivpflege_und_Intensivmedizin.pdf, zuletzt geprüft am 08.08.2017.
- Donchin, Y.; Gopher, D.; Olin, M. et al. (2003): A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. In: Quality & safety in health care 12 (2), 143-149.
- Douglass, P. S.; Rosen, R. L.; Butler, P. W. et al. (1987): DRG payment for long-term ventilator patients. Implications and recommendations. In: Chest 91 (3), S. 413–417.
- Drach-Zahavy, A.; Hadid, N. (2015): Nursing handovers as resilient points of care: linking handover strategies to treatment errors in the patient care in the following shift. In: Journal of advanced nursing 71 (5), S. 1135–1145. DOI: 10.1111/jan.12615.
- Dudenredaktion (2017): Duden - Die deutsche Rechtschreibung. Das umfassende Standardwerk auf der Grundlage der amtlichen Regeln. 27. Aufl. (Duden - Deutsche Sprache in 12 Bänden).
- Flemming, D.; Hübner, U. (2013): How to improve change of shift handovers and collaborative grounding and what role does the electronic patient record system play? Results of a

-
- systematic literature review. In: International journal of medical informatics 82 (7), S. 580–592. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2013.03.004.
- Flick, U. (2007): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg., [1. Aufl. der Neuausg.]. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Foster-Hunt, T.; Parush, A.; Ellis, J. et al. (2015): Information structure and organisation in change of shift reports: An observational study of nursing hand-offs in a Paediatric Intensive Care Unit. In: Intensive & critical care nursing 31 (3), S. 155–164. DOI: 10.1016/j.iccn.2014.09.004.
- Fuhrmann, S.; Trill, R.; Witzemberger, M. (1987): Ein Element der Kommunikation im Pflegebereich. Die Dienstübergabe. In: Krankenpflege (Frankfurt am Main, Germany) 41 (9), S. 350–354.
- Funk, G.-C. (2016): Schmerz, Unruhe und Delir bei akuter respiratorischer Insuffizienz. In: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 111 (1), S. 29–36. DOI: 10.1007/s00063-015-0136-6.
- Gaidys, U. (2007): Pflegeforschung in der Anästhesie- und Intensivpflege. In: intensiv 15 (5), S. 242–246. DOI: 10.1055/s-2007-963438.
- Giugale, L. E.; Sears, S.; Lavelle, E. S. et al. (2017): Evaluating the Impact of Intraoperative Surgical Team Handoffs on Patient Outcomes. In: Female pelvic medicine & reconstructive surgery. DOI: 10.1097/SPV.0000000000000370.
- Gordon, M.; Findley, R. (2011): Educational interventions to improve handover in health care: a systematic review. In: Medical education 45 (11), S. 1081–1089. DOI: 10.1111/j.1365-2923.2011.04049.x.
- Graf, J.; Rath, T.; Roeb, E. (2009): Kommunikation – ein Missverständnis?! In: Intensivmed 46 (5), S. 313–317. DOI: 10.1007/s00390-009-0049-9.
- Grice, H. P. (1979): Logik und Konversation. In: G. Meggle (Hg.): Handlung, Kommunikation, Bedeutung. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Theorie, 78), S. 243–265.
- Grimshaw, J.; Hatch, D.; Willard, M. et al. (2016): A Qualitative Study of the Change-of-Shift Report at the Patients' Bedside. In: The health care manager 35 (4), S. 294–304. DOI: 10.1097/HCM.0000000000000125.
-

-
- Gurski, S. (2010): Infektionsrisiken auf einer neurochirurgischen Intensivstation. In: Krankenhaus-Hygiene + Infektionsverhütung 32 (3-4), S. 89–93. DOI: 10.1016/j.khinf.2010.06.001.
- Haken, R. von; Gruss, M.; Plaschke, K. et al. (2010): Delir auf der Intensivstation. In: Der Anaesthesist 59 (3), S. 235–247. DOI: 10.1007/s00101-009-1664-3.
- Hassenpflug, M.; Steckart, J.; Nelson, D. (2016): Chronic Critical Illness. Influence of Etiology of Ventilator Dependency on Weaning Outcomes at a Regional Weaning Center. In: Chest 150 (4), 323A. DOI: 10.1016/j.chest.2016.08.336.
- Janssens, U.; Werdan, K. (2006): Erforderliches Monitoring auf der Intensivstation. In: Herz 31 (8), S. 749–760. DOI: 10.1007/s00059-006-2906-7.
- Joanna Briggs Institute (2016): Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies. Online verfügbar unter: https://joannabriggs.org/assets/docs/critical-appraisal-tools/JBI_Critical_Appraisal-Checklist_for_Analytical_Cross_Sectional_Studies.pdf, zuletzt geprüft am 02.07.2017.
- Jorch, G.; Kluge, S.; König, F. et al. (2010): Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen. Herausgegeben von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. Online verfügbar unter: http://www.divi.de/images/Dokumente/Empfehlungen/Strukturempfehlungen/2011_StrukturempfehlungLangversion.pdf, zuletzt geprüft am 23.07.2017.
- Khalafi, A.; Elahi, N.; Ahmadi, F. (2016): Continuous care and patients' basic needs during weaning from mechanical ventilation. A qualitative study. In: Intensive & critical care nursing 37, S. 37–45. DOI: 10.1016/j.iccn.2016.05.005.
- Klee, K.; Latta, L.; Davis-Kirsch, S. et al. (2012): Using continuous process improvement methodology to standardize nursing handoff communication. In: Journal of pediatric nursing 27 (2), S. 168–173. DOI: 10.1016/j.pedn.2011.08.005.
- Kreppein, U.; Litterst, P.; Westhoff, M. (2016): Hyperkapnisches Atemversagen. Pathophysiologie, Beatmungsindikationen und -durchführung. In: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 111 (3), S. 196–201. DOI: 10.1007/s00063-016-0143-2.

-
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4., vollst. überarb. Aufl., [Nachdr.]. Weinheim: Beltz PVU.
- Larsen, R. (2016): Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege. Unter Mitarbeit von Tobias Fink und Tilmann Müller-Wolf. 9., vollst. überarb. Aufl. 2016. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. DOI: 10.1007/978-3-662-50444-4
- Lauterbach, A. (2008): Dienstübergaben in der Pflege. ...da ist nichts, ausser dass das zweite Programm nicht geht. Norderstedt: Books on Demand (Reihe Pflegewissenschaft).
- Mecke, F.; Jäkel, D. (2012): Personalmix in der Pflege. In: Heilberufe 64 (1), S. 30–31. DOI: 10.1007/s00058-012-0137-2.
- Mittermayer, C. (2010): Die Pflege des beatmeten Menschen. 3., aktualisierte Aufl. Hannover: Schlüter (Brigitte-Kunz-Verlag).
- Morandi, A.; Brummel, N. E.; Ely, E. W. (2011): Sedation, delirium and mechanical ventilation: the 'ABCDE' approach. In: Current opinion in critical care 17 (1), S. 43–49. DOI: 10.1097/MCC.0b013e3283427243.
- Müller-Heinrich, A.; Warnke, C.; Heine, A. et al. (2017): Weaningzentrum Greifswald - Struktur und Ergebnisse bei der Entwöhnung von der Langzeitbeatmung über zehn Jahre. In: Pneumologie (Stuttgart, Germany). DOI: 10.1055/s-0043-103094.
- Noseworthy, T. W.; Jacobs, P. (1990): Economic and ethical consideration in the intensive care unit. In: Healthcare management forum 3 (2), S. 3–18. DOI: 10.1016/S0840-4704(10)61259-8.
- Oberzaucher, F. (2014): Übergabegespräche. Interaktionen im Krankenhaus. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg (Qualitative Soziologie, 18).
- Patterson, E. S.; Wears, R. L. (2010): Patient handoffs. Standardized and reliable measurement tools remain elusive. In: Joint Commission journal on quality and patient safety 36 (2), S. 52–61.
- Petty, T. L.; Boyd Bigelow, D.; Nett, L. M. (1967): The Intensive Respiratory Care Unit—An Approach to the Care of Acute Respiratory Failure. In: California Medicine 107 (5), S. 381–384.

-
- Philibert, I. (2009): Use of strategies from high-reliability organisations to the patient hand-off by resident physicians: practical implications. In: *Quality & safety in health care* 18 (4), S. 261–266. DOI: 10.1136/qshc.2008.031609.
- Rayo, M. F.; Mount-Campbell, A. F.; O'Brien, J. M. et al. (2014): Interactive questioning in critical care during handovers: a transcript analysis of communication behaviours by physicians, nurses and nurse practitioners. In: *BMJ quality & safety* 23 (6), S. 483–489. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002341.
- Riesenberg, L. A.; Leitzsch, J.; Cunningham, J. M. (2010): Nursing handoffs: a systematic review of the literature. In: *The American journal of nursing* 110 (4), 24-34; quiz 35-6. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000370154.79857.09.
- Riesenberg, L. A.; Leitzsch, J.; Little, B. W. (2009): Systematic review of handoff mnemonics literature. In: *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality* 24 (3), S. 196–204. DOI: 10.1177/1062860609332512.
- Ritschl, V.; Weigl, R.; Stamm, T. (Hg.) (2016): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben. Verstehen, Anwenden, Nutzen für die Praxis.* 1. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Studium Pflege, Therapie, Gesundheit). DOI: 10.1007/978-3-662-49908-5.
- Robert Koch-Institut (2013): Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie. In: *Bundesgesundheitsbl.* 56 (11), S. 1578–1590. DOI: 10.1007/s00103-013-1846-7.
- Röhner, J.; Schütz, A. (2012): *Psychologie der Kommunikation.* 1. Aufl. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).
- Rothe, F. (2006): *Zwischenmenschliche Kommunikation.* 1. Aufl. s.l.: DUV Deutscher Universitäts-Verlag.
- Sala, E.; Balaguer, C.; Carrera, M. et al. (2009): Activity of an Intermediate Respiratory Care Unit Attached to a Respiratory Medicine Department. In: *Archivos de bronconeumologia* 45 (4), S. 168–172. DOI: 10.1016/j.arbres.2008.09.003.
- Salani, D. (2015): Implementation of shift report at the bedside to promote patient- and family-centered care in a pediatric critical care unit. In: *Journal for nurses in professional development* 31 (2), S. 81–86. DOI: 10.1097/NND.000000000000128.

-
- Salzwedel, C.; Bartz, H.-J.; Kühnelt, I. et al. (2013): The effect of a checklist on the quality of post-anaesthesia patient handover: a randomized controlled trial. In: International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care 25 (2), S. 176–181. DOI: 10.1093/intqhc/mzt009.
- Scala, R. (2012): Respiratory High-Dependency Care Units for the burden of acute respiratory failure. In: European journal of internal medicine 23 (4), S. 302–308. DOI: 10.1016/j.ejim.2011.11.002.
- Schönhofer, B.; Geiseler, J.; Dellweg, D. et al. (2014): Prolongiertes Weaning. S2k-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. In: Pneumologie (Stuttgart, Germany) 68 (1), S. 19–75. DOI: 10.1055/s-0033-1359038.
- Schönhofer, B.; Wagner, T. O. F. (2006): Ort der maschinellen Beatmung im Beatmungszentrum--Intensivstation, Intermediate care oder spezialisierte Normalstation. In: Pneumologie (Stuttgart, Germany) 60 (6), S. 376–382. DOI: 10.1055/s-2006-932134.
- Schulz von Thun, F. (2009): Miteinander reden 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation. 47. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl.
- Schwab, S.; Schellinger, P.; Werner, C.; Unterberg, A.; Hacke, W. et al. (2015): NeuroIntensiv. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schwabbauer, N. (2014): Der Atmungstherapeut im Team der Intensivstation. In: Medizinische Klinik, Intensivmedizin und Notfallmedizin 109 (3), S. 191–195. DOI: 10.1007/s00063-014-0362-3.
- Sexton, A.; Chan, C.; Elliott, M. et al. (2004): Nursing handovers. Do we really need them? In: Journal of nursing management 12 (1), S. 37–42.
- Shannon, C. E. (1948): A Mathematical Theory of Communication. In: Bell System Technical Journal 27 (3), S. 379–423. DOI: 10.1002/j.1538-7305.1948.tb01338.x.
- Souza, M. Tavares de; Silva, M. Dias da; Carvalho, R. de (2010): Integrative review: what is it? How to do it? In: Einstein (Sao Paulo, Brazil) 8 (1), S. 102–106. DOI: 10.1590/S1679-45082010RW1134.

-
- Spichiger, E.; Kesselring, A.; Spirig, R. et al. (2006): Professionelle Pflege - Entwicklung und Inhalte einer Definition. In: *Pflege* 19 (1), S. 45–51. DOI: 10.1024/1012-5302.19.1.45.
- Spooner, A. J.; Corley, A.; Chaboyer, W. et al. (2015): Measurement of the frequency and source of interruptions occurring during bedside nursing handover in the intensive care unit: An observational study. In: *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses* 28 (1), S. 19–23. DOI: 10.1016/j.aucc.2014.04.002.
- Tearl, D. K.; Cox, T. J.; Hertzog, J. H. (2006): Hospital discharge of respiratory-technology-dependent children. Role of a dedicated respiratory care discharge coordinator. In: *Respiratory care* 51 (7), S. 744–749.
- Vahedian-Azimi, A.; Ebadi, A.; Saadat, S. et al. (2015): Intelligence Care: A Nursing Care Strategy in Respiratory Intensive Care Unit. In: *Iranian Red Crescent medical journal* 17 (11), e20551. DOI: 10.5812/ircmj.20551.
- Wachter, R. M.; Koppenberg, J. (Hg.) (2010): *Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen*. Berlin: ABW Wiss.-Verl.
- Wagner, K. H. (1997): *Einführung in die Sprachwissenschaft*. Universität Bremen. Bremen. Online verfügbar unter: <http://www.fb10.uni-bremen.de/khwagner/grundkurs1/kapitel3.aspx>, zuletzt geprüft am 23.07.2017.
- Walther, S. (1997): *Im Mittelpunkt der Patient? Übergabegespräche im Krankenhaus*. Stuttgart: Thieme.
- Watzlawick, P.; Bavelas, J. B.; Jackson, D. D. (2011): *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. 12., unveränd. Aufl. Bern: Hans Huber.
- Waydhas, C.; Herting, E.; Kluge, S. et al. (2017): *Intermediate Care Station. Empfehlungen zur Ausstattung und Struktur Langversion*. Herausgegeben von der Deutsche Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e.V. Online verfügbar unter: <http://www.divi.de/images/Dokumente/IMC/IMC-Empfehlungen%202017%20Langversion.pdf>, zuletzt geprüft am 23.07.2017.
- Westhoff, M.; Schönhofer, B.; Neumann, P. et al. (2015): *S3-Leitlinie Nichtinvasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz*. Herausgegeben von der Deutschen

Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin. Online verfügbar unter: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-004l_Nichtinvasive_Beatmung_ARI_2015-09.pdf, zuletzt geprüft am 23.07.2017.

Whittemore, R.; Knafl, K. (2005): The integrative review: updated methodology. In: Journal of advanced nursing 52 (5), S. 546–553. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x.

World Health Organization (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Online verfügbar unter: http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf, zuletzt geprüft am 12.08.2017.

World Health Organization (2007): Communication During Patient-Handovers. Online verfügbar unter: <http://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>, zuletzt geprüft am 03.08.2017.

Anhang

Im Anhang werden die Tabellen zur Datenbankrecherche in den Datenbanken Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL und PsycINFO sowie zur Darstellung und Beurteilung der verwendeten Studien aufgezeigt. Die Beurteilungsbögen befinden sich vor der jeweiligen Beurteilungstabelle. Für die Beurteilung von qualitativen Studien, wurde der Beurteilungsbogen Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie nach Behrens & Langer (2010) verwendet. Die verwendete Querschnittsstudie wurde mit der Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies vom Joanna Briggs Institute (2016) beurteilt. Bei der Verwendung von Beurteilungsbögen bezieht sich die Nummerierung in den Tabellen auf die Fragen in den jeweiligen Beurteilungsbögen. Studien zu denen kein passender Beurteilungsbogen identifiziert werden konnte wurden anhand der allgemeinen Kriterien zur Beurteilung von Studien nach Brandenburg et al. (2013) beurteilt. Die entsprechenden Kriterien sind in der Tabelle aufgeführt.

Der Anhang wurde wie folgt eingeteilt:

Anhang A - Datenbankrecherche

- Tab. A1: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche – Cochrane Database of Systematic Reviews
- Tab. A2: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche - CINAHL
- Tab. A3: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche - PsycINFO

Anhang B - Beurteilung verwendeter Studien

- Beurteilungsbogen Kritische Beurteilung von qualitativen Studien (Behrens & Langer, 2010)
- Tab. B1: Beurteilung qualitativer Studien
Beurteilungsbogen Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies (Joanna Briggs Institute, 2016)
- Tab. B2: Beurteilung der Querschnittsstudie
- Tab. B3: Beurteilung weiterer Studien

Anhang A - Datenbankrecherche

Tab. A1: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche – Cochrane Database of Systematic Reviews

Suchbegriffe	Limitation	Trefferzahl
"respiratory care unit"	Title/Abstract	1
"intensive care unit" OR "critical care unit"		242
("intensive care unit" OR "critical care unit") AND (handoff OR handover OR "shift report")		10
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n= 10		
handoff OR handover OR "shift report"	Title/Abstract	79
(handoff OR handover OR "shift Report) AND nurs*	Title/Abstract	20
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n= 20		

Tab. A2: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche - CINAHL

Suchbegriffe	Limitation	Trefferzahl
"respiratory care unit"	Title/Abstract	49
"respiratory care unit"	2007 – 2017, deutsch und englisch, Title/Abstract	44
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n = 44		
handoff OR handover OR "shift report"	Title/Abstract	229
(handoff OR handover OR "shift report") AND "respiratory care unit"	Title/Abstract	0
(handoff OR handover OR "shift report") AND ("intensive care unit" OR "critical care unit")	Title/Abstract	23
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n = 23		

Tab. A3: Suchbegriffe, -treffer und Limitationen der Datenbankrecherche - PsycINFO

Suchbegriffe	Limitation	Trefferzahl
"respiratory care unit"	Title/Abstract	55
"respiratory care unit"	2007 – 2017, deutsch und englisch, Title/Abstract	44
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n = 44		
handoff OR handover OR "shift report"	Title/Abstract	426

(handoff OR handover OR "shift report") AND "respiratory care unit"		0
(handoff OR handover OR "shift report") AND ("intensive care unit" OR "critical care unit")		23
Zur weiteren Bearbeitung verwendet: n = 23		

Anhang B - Beurteilung verwendeter Studien

Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit	
1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	z.B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Wie erfolgte die Auswahl?
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Auch die Perspektive des Forschers?
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Methode der Datensammlung?
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	Wenn nein: warum nicht?
Aussagekraft	
9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?
Anwendbarkeit	

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1-2-3-4-5-6

<http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572> V 1.1 aus: Behrens, J., & Langer, G. (2010): Evidence-based Nursing and Caring. Hans Huber: Bern

Tab. B1: Beurteilung qualitativer Studien

Autor (Jahr)	Glaubwürdigkeit	Aussagekraft	Anwendbarkeit
Grimshaw et al. (2016) (peer-reviewed)	<p>1 Ja. Folgende Frage wurde formuliert: What are acute care nurses' perceptions of the change-of- shift report at the patients' bedside?</p> <p>2 Phänomenologie um wesentliche Eindrücke der Befragten zur Dienstübergabe am PatientInnenbett zu identifizieren und zu kategorisieren.</p> <p>3 Eine ausführliche Literaturrecherche wurde durchgeführt.</p> <p>4 Ja. Es wurde Intensivpflegepersonal (n = 7) ausgewählt, jedoch keine konkrete Begründung im Artikel vorhanden.</p> <p>5 Teilnehmende wurden ausführlich beschrieben, Umfeld wurde genannt. Referenzen der ForscherInnen vorhanden. ForscherInnen sprechen sich für eine Dienstübergabe am PatientInnenbett aus.</p> <p>6 Ja. Tiefeninterviews, Audioaufnahmen sowie Interviewnotizen wurden verwendet.</p> <p>7 Die AutorInnen bildeten aus dem Datenmaterial fünf Themen. Keine konkrete Datenanalysemethode angegeben.</p> <p>8 Keine Angabe.</p>	<p>9 Die Entwicklung der Themen ist Artikel nicht ganz transparent. Jedes Thema ist jedoch mit mindestens einem Zitat unterlegt. Dadurch scheinen die Themen schlüssig.</p> <p>10 Konsens scheint im ForscherInnenteam vorhanden zu sein. Keine Validierung durch die Teilnehmenden im Text erkennbar.</p>	<p>11 Ja.</p> <p>12 Laut ForscherInnenteam können die Ergebnisse von Stationsleitungen und PflegemangerInnen nützlich sein.</p>
Khalafi et al. (2016) (peer-reviewed)	<p>1 Nein. Ziel der Studie: Identifizierung von hinderlichen und förderlichen Faktoren im Weaningprozess, in erster Linie aus Sicht der Pflegenden</p> <p>2 Phänomenologie um wesentliche Aspekte kontinuierlicher Pflege im Weaningprozess aus Sicht der Befragten zu identifizieren und zu kategorisieren.</p> <p>3 Literaturrecherche wurde als methodische Vorgehensweise nicht erwähnt. Der Background der Untersuchung nimmt jedoch Bezug auf</p>	<p>9 Aufgrund der Darstellung der Verwendeten Datenanalysemethode ist die Entwicklung der Themen nachvollziehbar und transparent. Jede Subkategorie wurde mit mindestens zwei</p>	<p>11 Ja.</p> <p>12 Laut ForscherInnenteam können die Ergebnisse für PflegemanagerInnen und Stationsleitungen nützlich sein.</p>

	<p>zahlreiche Forschungsarbeiten.</p> <p>4 Ja. Es wurde Intensivpflegepersonal (n = 15) ausgewählt, da es eine zentrale Rolle im Weaningprozess einnimmt. Zusätzlich wurden PflegemanagerInnen (n = 4), MedizinerInnen (n = 3), PatientInnen (n = 3) befragt mit der Begründung, ein tieferes, umfassenderes Verständnis der Thematik zu ermöglichen.</p> <p>5 Teilnehmende und Umfeld wurden beschrieben. Referenzen der ForscherInnen vorhanden, jedoch keine Perspektive.</p> <p>6 Ja. Halbstrukturierte Interviews wurden durchgeführt. Exemplarisch wurden auch Interviewformulierungen genannt wie bspw.: „Describe how you minimise interruptions in care during the shift.“</p> <p>7 Qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Landsman. Bildung von Kategorien und Subkategorien.</p> <p>8 Keine Angabe.</p>	<p>Zitaten unterlegt.</p> <p>10 Konsens scheint im ForscherInnenteam vorhanden zu sein. Keine Validierung durch die Teilnehmenden im Text erkennbar.</p>	
Lauterbach (2008)	<p>1 Ja, es wurden 13 Fragestellungen formuliert. Beispiele: Wie werden Übergaben durchgeführt? Welche Probleme gibt es bei der Übergabe?</p> <p>2 Daten- und Methodentriangulation.</p> <p>3 Ausführliche Literaturrecherche mit Analyse der historischen Entwicklung der Publikationszahlen in diesem Feld.</p> <p>4 Ja. Pflegende einer „Station, die hinsichtlich der Versorgungsstruktur und der Parameter möglichst „durchschnittlich“ erscheint.“ (ebd.: 40): Eine chirurgisch- gynäkologische und eine internistische Station. Aus repräsentativen Gründen.</p> <p>5 Teilnehmende und Umfeld wurden beschrieben. Referenzen des Forschers sind vorhanden, jedoch keine</p>	<p>9 Ja. Die Datenanalyse und Hinführung zu Ergebnissen ist transparent und nachvollziehbar. Es wurden Zitate zur Veranschaulichung verwendet.</p> <p>10 Nur ein Forscher. Keine Validierung durch die Teilnehmenden im Text erkennbar.</p>	<p>11 Ja. Es wurden zwar keine Übergaben auf Intensivstationen beobachtet, jedoch lassen sich zahlreiche Ergebnisse aufgrund der Homogenität der Berufsgruppe der Pflegenden verwenden.</p> <p>12 Zur Identifizierung der Schwachpunkte von Übergaben und</p>

	<p>Perspektive.</p> <p>6 Ja. Teilnehmende Beobachtung und Transkription von Raumtonaufnahmen während Dienstübergabesituation, Transkription der pflegerischen Dokumentation, Focus Group sowie Sekundäranalyse von bereits erhobenen Forschungsdaten (Walther,1996).</p> <p>7 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1980) und quantitative Inhaltsanalyse.</p> <p>8 Ja.</p>		<p>als Grundlage zur Erarbeitung von Problemlösungen in diesem Feld. Der Autor entwickelt in der Studie eine umfassende Darstellung der Übergabe mit Historie und Entwicklung, Problemen, Grenzen Alternativen, Handlungsoptionen.</p>
Oberzaucher (2014)	<p>1 Ja. Es wurden 5 Fragestellungen formuliert. Beispiele:</p> <p>Wie werden Übergänge realisiert? In welche gesprächsstrukturellen Phasen lässt sich ein Übergabegespräch einteilen, welche typischen Merkmale weisen diese auf und worin unterscheiden sie sich voneinander? Gibt es auffällige Gleichförmigkeiten oder typische Episoden, die eine Übergabe strukturieren?</p> <p>2 Ethnomethodologie um eine konkrete Beschreibung der sozialen Wirklichkeit in Bezug auf Dienstübergaben zu generieren.</p> <p>3 Literaturrecherche wird als methodische Vorgehensweise nur im Rahmen qualitativer Sozialforschung erwähnt, jedoch ohne Transparenz der Suchstrategie oder Ergebnisse der Recherche. Der Autor bezieht sich jedoch ausführlich auf Publikationen sowohl zu methodischen als auch zu inhaltlichen Aspekten des untersuchten Forschungsfeldes.</p> <p>4 Ja. Die Untersuchung bezieht sich auf Dienstübergaben von Gesundheits- und</p>	<p>9 Die Entwicklung der Themen ist nachvollziehbar. Jeder Themenkomplex wird mit Transkriptauszügen und Bildmaterial unterlegt.</p> <p>10 Konsens scheint im ForscherInnenteam vorhanden zu sein. Keine Validierung durch die Teilnehmenden im Text erkennbar.</p>	<p>11 Ja. Vor allem die Erkenntnisse zu Übergaben auf einer Intensivstation sind nützlich.</p> <p>12 Zur konkreten Beschreibung sozialer Phänomene in Dienstübergabesituationen sowie zur Darstellung verschiedener Übergabepraktiken.</p>

	<p>KrankenpflegerInnen.</p> <p>5 Teilweise. Das Umfeld wurde ausreichend beschrieben. Die Teilnehmer waren Pflegende eines Krankenhauses. Jedoch wurden alle Stationen betrachtet. Spezielle Settings wie die Intensivstation wurden mitunter in der Datenanalyse beschrieben. Referenzen des Forschers sind vorhanden, jedoch keine Perspektive.</p> <p>6 Für die Untersuchung verwendet wurden 28 Stunden Audiomaterial und zwölf Stunden Videomaterial. Keine konkrete Beschreibung der Vorgehensweise bei der Erhebung.</p> <p>7 Konversationsanalyse und Bildung von Themenkomplexen.</p> <p>8 Ja.</p>		
<p>Vahedian-Azimi et al. (2015)</p> <p>(peer-reviewed)</p>	<p>1 Nein. Ziel der Studie: Identifizierung von Strategien der Pflegenden zur Koordination der Pflege auf einer RICU.</p> <p>2 Grounded Theory um eine angemessene Pflegestrategie im Setting Respiratory Intensive Care Unit zu erforschen, die speziellen Anforderungen dieses Settings gerecht wird.</p> <p>3 Literaturrecherche wurde als methodische Vorgehensweise nicht erwähnt. Der Background der Untersuchung nimmt jedoch Bezug auf zahlreiche Forschungsarbeiten.</p> <p>4 Ja. Es wurde Intensivpflegepersonal (n = 23) ausgewählt. Keine Begründung im Artikel.</p> <p>5 Teilnehmende und Umfeld wurden beschrieben. Referenzen der ForscherInnen sind vorhanden, jedoch keine Perspektive dieser.</p> <p>6 Ja. Neben den halbstrukturierten Interviews wurden Beobachtungen, PatientInnenberichte und Dokumente</p>	<p>9 Aufgrund der Darstellung der verwendeten Datenanalysemethode ist die Entwicklung der Themen nachvollziehbar und transparent. Jede Subkategorie wurde mit einem Zitat unterlegt.</p> <p>10 Konsens scheint im ForscherInnenteam vorhanden zu sein. Keine Validierung durch die Teilnehmenden im Text erkennbar.</p>	<p>11 Ja.</p> <p>12 Laut ForscherInnenteam können die Ergebnisse für PflegemanagerInnen und Stationsleitungen nützlich sein.</p>

	genutzt. 7 Qualitative Inhaltsanalyse nach Graneheim & Landsman. Bildung von Kategorien und Subkategorien. 8 Ja. Interviews wurden bis zur Informationsättigung durchgeführt.		
--	---	--	--

JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Tab. B2: Beurteilung der Querschnittsstudie

Autor (Jahr)	JBL Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies
Corrado et al. (2002)	<p>1 Ja. Einschlusskriterien waren: Personalausstattung, materielle Ausstattung und mögliche Beatmungsform, Aufnahmekriterien für PatientInnen.</p> <p>2 Teilweise. Folgende Beschreibungen der Stationen wurden durchgeführt: Art der Station (ITS, IMC, RMU), Beatmungsform, PatientInnenpopulation und infektiologische Komplikationen. Personalausstattung wird im Artikel nicht beschrieben.</p> <p>3 Ja. Die Fragen aus dem Fragebogen passen zur Fragestellung der Untersuchung.</p> <p>4 Unklar. Es wird im Artikel nicht beschrieben, wie die Stationen die Daten erhoben haben.</p> <p>5 Ja. Ein Störfaktor wurde benannt: Die Auswahl der Stationen begrenzte sich auf die Länder, aus denen Vertreter Mitglied der European Respiratory Society Task Force waren. Somit waren einige europäische Länder nicht mit eingebunden.</p> <p>6 Laut AutorInnen wird der benannte Störfaktor durch das umfassende Wissen der befragten Stationen über pneumologische Medizin ausgeglichen.</p> <p>7 Ja. Die erhobenen Daten beantworten die Fragestellung.</p> <p>8 Es wurde keine statistische Methode angegeben. Die Daten werden mit prozentualen Angaben in tabellarischer Form oder in Diagrammen dargestellt.</p>

Tab. B3: Beurteilung weiterer Studien

Autor (Jahr)	Allgemeine Kriterien zur Beurteilung von Studien nach Brandenburg et al. (2013: 210)		
Clini et al. (2008)	Design	Analyse und Auswertung retrospektiv erhobener Daten über drei Perioden (2000 - 2001, 2002 - 2003, 2004 - 2005)	
	Forschungsfrage	keine	
	Ziel	Analyse der Charakteristika der PatientInnen anhand der DRG's sowie Kostenanalyse	
	Glaubwürdigkeit		
	Literaturrecherche	Keine Angabe, jedoch Bezugnahme auf zahlreiche relevante Publikationen	
	Stichprobe	Auswertung von 140 patientInnenbezogenen Datensätzen (n = 140)	
	Datenerhebung	Keine Angabe	
	Ethik	Keine Angabe	
	Datenanalyse	Deskriptive Analyse und Verwendung verschiedener Signifikanztests	
	Aussagekraft		
	Ergebnisse	tabellarische Darstellung von Charakteristika der behandelten PatientInnen sowie deren Liegedauer, Darstellung von Behandlungskosten	
	Diskussion	ausführliche Diskussion der Ergebnisse sowie Einbettung in den aktuellen Forschungsstand, Aufzeigen von Limitationen	
	Übertragbarkeit		
	Ergebnisse können einen ökonomischen Einblick in die Aktivität von Respiratory Intensive Care Units mit Weaningschwerpunkt geben.		
Colvin et al. (2016)	Design	Literaturreview	
	Forschungsfrage	keine	
	Ziel	Aufzeigen von Relevanz der Dienstübergabe, Dienstübergabefehler, Kommunikationsbarrieren, Methoden zu Verbesserung der Übergabe auf Intensivstation	
	Glaubwürdigkeit		
	Literaturrecherche	keine Angabe, jedoch Bezugnahme auf zahlreiche relevante Publikationen	
	Stichprobe	keine	
	Datenerhebung	Literaturrecherche	
	Ethik	keine Angabe	
	Datenanalyse	keine Angabe, Ergebnissicherung in verschiedenen Kategorien	
	Aussagekraft		
	Ergebnisse	ausführliche Problemdarstellung, tabellarische Darstellung von Dienstübergabefehlern, Darstellung von Kommunikationsbarrieren, Darstellung verschiedener Verbesserungsmöglichkeiten	

	Diskussion	kurze Diskussion der Ergebnisse mit Formulierung weiterer Forschungsziele
	Übertragbarkeit	
	Ergebnisse geben einen Überblick über Herausforderungen des Dienstübergabe-prozesses auf Intensivstation und zeigt mögliche Maßnahmen auf, um eine Verbesserung anzustreben.	
Drach-Zahavy & Hadid (2015) (peer-reviewed)	Design	Mixed-Methods (prospektive Beobachtungen, Fragebögen und Auswertung patientInnenbezogener Daten)
	Forschungsfrage	keine
	Ziel	Analyse der Korrelation zwischen pflegerischen Dienstübergabestrategien und Häufigkeit sowie Arten von Behandlungsabweichungen
	Glaubwürdigkeit	
	Literaturrecherche	keine Angabe, jedoch Bezugnahme auf zahlreiche relevante und aktuelle Publikationen
	Stichprobe	200 Dienstübergabesituationen (n = 200) inklusive Kontextinformationen und patientInnenbezogener Daten sowie demografische Daten der beteiligten Pflegenden
	Datenerhebung	Behandlungsabweichungen wurden anhand der Krankenakten erfasst (bspw. vergessene Medikationen, Ernährungsumstellungen), Beobachtungsinstrument wurde anhand vorhandener Literatur erstellt und enthielt acht pflegerische Dienstübergabestrategien, Beobachter hatten im Voraus 12-stündige Vorbereitungskurse
	Ethik	Keine Angabe
	Datenanalyse	deskriptive Datenanalyse, Regressionsanalyse zur Herstellung von Korrelationen zwischen Dienstübergaben und Behandlungsabweichungen, Ausbleiben von Behandlungsabweichungen als Kontrollvariable
	Aussagekraft	
	Ergebnisse	Darstellung der Stichprobe, tabellarische Darstellung der statistischen Ergebnisse der Regressionsanalyse anhand der Dienstübergabestrategien und Behandlungsabweichungen
	Diskussion	ausführliche Diskussion der Ergebnisse, ausführliche Darstellung von Limitationen sowie Darstellung praktischer Implikationen
	Übertragbarkeit	
	Ergebnisse geben Hinweise auf Korrelationen von Dienstübergabestrategien und Behandlungsabweichungen und können deshalb zur Sensibilisierung bestimmter Strategien beitragen. Jedoch werden keine Kausalzusammenhänge dargestellt. Demzufolge lässt sich nicht eindeutig sagen welche Strategie welchen Effekt hat. Jedoch ist eine Tendenz erkennbar.	
Flemming & Hübner (2013)	Design	Systematische Übersichtsarbeit
	Forschungsfrage	Vier Forschungsfragen wurden formuliert. Für die zugrundeliegende Arbeit ist folgende Frage von besonderer Relevanz:

(peer-reviewed)		What strategies and instruments for systematizing information and communication in handovers are described in the literature and how are they evaluated?
	Ziel	Keine Angabe
	Glaubwürdigkeit	
	Literaturrecherche	Eine umfassende Literaturrecherche wurde durchgeführt in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Cochrane.
	Stichprobe	Von 519 Publikationen (n = 519) wurden letztlich 60 Publikationen (n = 60) für die Bearbeitung verwendet.
	Datenerhebung	Die Auswahl der Publikationen erfolgte anhand von Ein- und Ausschlusskriterien wie z. B. Design, formale Qualität etc.
	Ethik	Keine Angabe
	Datenanalyse	Die Publikationen wurden anhand Design kategorisiert und verglichen sowie in Beziehung gesetzt
	Aussagekraft	
	Ergebnisse	Die vier Fragestellungen wurden beantwortet. Für die zugrundeliegende Arbeit relevante Ergebnisse: SBAR-Konzept zur Standardisierung der Dienstübergabe zeigt positiven Effekt. Nur eine Publikation zeigt ein ein anderes Ergebnis auf.
	Diskussion	Die Ergebnisse wurden ausführlich diskutiert und in den aktuellen Forschungskontext gesetzt. Limitationen wurden aufgezeigt.
	Übertragbarkeit	
	Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen auf, welche Vorteile eine Standardisierung der Dienstübergabe haben kann.	
Fuhrmann et al. (1987)	Design	Zeitstudie
	Forschungsfrage	keine
	Ziel	Identifizierung von Art und Dauer von Störfaktoren während der Dienstübergabe sowie Erfassung übermittelter Inhalte
	Glaubwürdigkeit	
	Literaturrecherche	Keine Angabe
	Stichprobe	Keine Angabe
	Datenerhebung	Zeitaufnahme und Erstellung eines Protokolls
	Ethik	Keine Angabe
	Datenanalyse	Keine Angabe
	Aussagekraft	
	Ergebnisse	tabellarische Darstellung von übermittelten Inhalten mit Prozentanteil von der Gesamtdienstübergabe, Darstellung von Störfaktoren sowie deren Häufigkeiten
	Diskussion	kurze Diskussion der Ergebnisse
	Übertragbarkeit	
Trotz des kaum dargestellten methodischen Vorgehens, sind die Ergebnisse nachvollziehbar und mit Vorerfahrungen des Autoren vergleichbar.		
Müller-	Design	Analyse und Auswertung retrospektiv erhobener Daten

Heinrich et al. (2017) (peer-reviewed)		über einen 10-Jahres-Zeitraum
	Forschungsfrage	keine
	Ziel	Darstellung der Entwicklung des Weaningzentrum Greifswald anhand erhobener patientInnenbezogener Daten
	Glaubwürdigkeit	
	Literaturrecherche	keine Angabe, jedoch Bezugnahme zu passender Literatur
	Stichprobe	Auswertung von 616 patientInnenbezogenen Datensätzen (n = 616)
	Datenerhebung	elektronische Patientenakte (Integrated Care Manager, ICM)
	Ethik	Keine Angabe
	Datenanalyse	SAS 9.4, ausführliche Beschreibung der statistischen Vorgehensweise
	Aussagekraft	
	Ergebnisse	Daten, Auswertung und Ergebnisse wurden ausführlich beschrieben
	Diskussion	kritische Reflexion der Methode und Diskussion der Ergebnisse im Kontext des aktuellen Forschungsstandes
	Übertragbarkeit	
	Die Ergebnisse sind laut der AutorInnen vergleichbar mit anderen Weaningzentren Deutschlands.	
Petty et al. (1967)	Design	retrospektive Datenanalyse
	Forschungsfrage	keine
	Ziel	Darstellung des Konzeptes Respiratory Intensive Care Unit zur Behandlung von Menschen mit akuten oder chronischen Einschränkungen der Atemfunktion
	Glaubwürdigkeit	
	Literaturrecherche	keine Angabe, jedoch Bezugnahme auf relevante Publikationen
	Stichprobe	Auswertung von 285 patientInnenbezogenen Datensätzen und Outcomes (n = 285)
	Datenerhebung	Keine Angabe
	Ethik	Keine Angabe
	Datenanalyse	Keine Angabe
	Aussagekraft	
	Ergebnisse	ausführliche Darstellung des Settings, tabellarische Darstellung von erhobenen Daten
	Diskussion	kurze Diskussion der Ergebnisse und Darstellung der Notwendigkeit dieser Versorgungsstruktur
	Übertragbarkeit	
	Ergebnisse geben einerseits Einblick, wie eine Respiratory Intensive Care Unit strukturell und personell ausgestattet sein kann. Die Anwendbarkeit auf die heutige Zeit ist aufgrund des Publikationsjahres fraglich. Ergebnisse sind jedoch vergleichbar mit aktueller Literatur.	
Scala (2012)	Design	Literaturreview
	Forschungsfrage	keine

(peer-reviewed)	Ziel	Darstellung von Versorgungsstrukturen zur Behandlung akuter und chronischer Einschränkungen der Atemfunktion, deren Einordnung in der Institution Krankenhaus sowie Charakteristika und Versorgungsschwerpunkte
	Glaubwürdigkeit	
	Literaturrecherche	keine Angabe, jedoch ausführliche Bezugnahme auf zahlreiche relevante und aktuelle Publikationen
	Stichprobe	Keine Angabe
	Datenerhebung	Literaturrecherche
	Ethik	Keine Angabe
	Datenanalyse	keine Angabe, Ergebnissicherung in verschiedenen Kategorien
	Aussagekraft	
	Ergebnisse	ausführliche Problemdarstellung, tabellarische Darstellung von Charakteristika, sowohl behandelter PatientInnen als auch Versorgungsschwerpunkte; Einordnung der Versorgungsstrukturen in der Institution Krankenhaus sowohl im Text als auch grafisch; Darstellung der Entwicklung der Versorgungsstrukturen in Europa
	Diskussion	kurze Diskussion der Ergebnisse mit Darstellung relevanter Eckpunkte des Artikels
Übertragbarkeit		
Ergebnisse geben einen ausführlichen Überblick über Entwicklung in Europa und Versorgungsschwerpunkte von Versorgungsstrukturen zur Behandlung von akuten und chronischen Einschränkungen der Atemfunktion. Ergebnisse sind vergleichbar mit deutschen Versorgungseinrichtungen.		
Spooner et al. (2015) (peer-reviewed)	Design	Prospektive Beobachtungsstudie
	Forschungsfrage	keine
	Ziel	Messung von Häufigkeit von Unterbrechungen sowie Erfassung der Störquellen während der Dienstübergabe am PatientInnenbett auf Intensivstation
	Glaubwürdigkeit	
	Literaturrecherche	keine Angabe, jedoch Bezugnahme auf zahlreiche relevante und aktuelle Publikationen
	Stichprobe	Alle Pflegenden einer Intensivstation wurden für die Teilnahme angefragt, Leasingpersonal wurde ausgeschlossen, 40 Pflegenden in 20 Dienstübergabesituationen wurden beobachtet (n = 20)
	Datenerhebung	zwei Study-Nurses führten Erhebung durch, halbstrukturiertes Beobachtungstool, das laut AutorInnen hohe Interrater-Reliabilität aufweist
	Ethik	Genehmigung durch das Institutional Human Research and Ethics Committee

	Datenanalyse	Excel-Kalkulationstabelle für deskriptive Analyse, Frequenz von Unterbrechungen erfasst, Störquellen wurden in Prozentangaben dargestellt
	Aussagekraft	
	Ergebnisse	Angabe von beobachteter Gesamtzeit jedoch keine Angabe wie Zeit gemessen wurde, bzw. fehlende Festlegung von Beginn und Ende der Dienstübergabesituation, deshalb Zeitangabe fraglich; sonstigen Ergebnisse sind anschaulich in Tabellen und Diagrammen dargestellt, Stichprobe ist relativ klein um repräsentative Aussagen zu treffen, jedoch lässt sich eine Tendenz hinsichtlich Störquellen und Unterbrechungshäufigkeit erkennen
	Diskussion	ausführliche Diskussion der Ergebnisse mit Formulierung weiterer Forschungsziele, Aufzeigen von Limitationen dieser Untersuchung sowie Einbettung der Ergebnisse in den aktuellen Stand der Forschung
	Übertragbarkeit	
	Ergebnisse sind nützlich zur Sensibilisierung bezüglich Störfaktoren und -quellen auf Intensivstation.	