

Andreas Blank
Nicole Potthoff-Zittlau

Dienstübergabe in der Pflege

Einführung und Umsetzung im Team

2. Auflage

 Springer

Dienstübergabe in der Pflege

Andreas Blank · Nicole Potthoff-Zittlau

Dienstübergabe in der Pflege

Einführung und Umsetzung im Team

2. Auflage

Mit 6 Abbildungen

Andreas Blank
Hannover, Deutschland

Nicole Potthoff-Zittlau
Hannover, Deutschland

ISBN 978-3-662-67531-1 ISBN 978-3-662-67532-8 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-67532-8>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über ► <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2017, 2023

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Sarah Busch

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Die Dienstübergaben zählen zu den zeitintensivsten Routinetätigkeiten in der Pflege. Umso erstaunlicher ist die Tatsache, dass dieses Thema weder in der Ausbildung von Pflegenden, noch in der Fort- und Weiterbildung große Beachtung findet. Folglich findet man zum Thema „Dienstübergaben“ wenig aktuelle und generell wenig publizierte, deutschsprachige Literatur.

Die im Jahre 2002 durchgeführte „Next-Studie“, welche die europaweite Zufriedenheit von Pflegenden, bezogen auf Dienstübergaben, untersuchte, zeigte wie andere wissenschaftliche Arbeiten und unsere aktuellen Recherchen auch, dass es sich lohnt sich näher mit diesem Thema zu beschäftigen. Begründet ist dies unter anderem darin, dass Pflegende wenig zufrieden mit den Übergaben sind und sie nicht standardisiert ablaufen, was wiederum zu einer sehr zeit- und kostenintensiven Tätigkeit führt. Dadurch werden die wenigen zeitlichen Ressourcen des oft unterbesetzten Pflegepersonals nicht effektiv genutzt.

Ein weiterer Grund, sich diesem Thema zu widmen, ist der, das neben dem Inhalt vor allem die innere und äußere Haltung von Pflegekräften gegenüber dem Patienten und damit auch ihrer Tätigkeit deutlich wird. Problematisch erleben es vor allem Auszubildende, wenn in dieser Haltung verbal oder auch nonverbal zum Ausdruck kommt, dass Patienten beispielsweise als „nervig“ beschrieben werden und es kaum positive Aspekte der Arbeit in einem Dienst zu geben scheint.

Aus diesen und anderen Gründen möchten wir Sie ermuntern dieses Buch zu lesen. Die von uns zusammengestellten Informationen können Ihnen helfen, Ihre Übergaben anhand eines kurzen Fragebogens zu reflektieren und neu zu organisieren.

In der aktualisierten Auflage haben wir den generalisitschen Gedanken mit aufgenommen und das Kapitel der Übergabeformen aktualisiert. Im Rahmen eines Projektbeitrages zur Konzeption eines veränderten Übergabeformates stellen wir praxisnah die Herausforderungen und positiven Entwicklungen ausführlich dar.

Unser Ziel ist es, Ihre Dienstübergaben zukünftig strukturiert, ressourcenschonend und vor allem patientenorientiert zu gestalten. Ein informierter Patient kann seinen Genesungsprozess mitgestalten und damit Ihre Arbeit aktiv unterstützen. Zudem:

» Nur wer sich ändert bleibt sich treu. (Rolf Biermann)

Nicole Potthoff-Zittlau und Andreas Blank

Hannover
im Mai 2023

Inhaltsverzeichnis

1	Stellenwert der Übergabe	1
1.1	Ist eine Übergabe noch zeitgemäß?	2
1.2	Worum geht es in diesem Buch	2
2	Das Problem der Übergabe	5
2.1	Unklare Aspekte in Übergaben	6
	Literatur	8
3	Übergaben	9
3.1	Erster Einblick	10
3.2	Begriffsbestimmung und Funktion	10
3.3	Formen der Übergabe	12
3.4	Dauer und Umfang von Übergaben	16
	Literatur	18
4	Wirksame Informationsweitergabe	19
4.1	Informationsstruktur	20
4.2	Bedeutung von Informationen	20
4.3	Informationsarten	21
4.4	Informationsquellen	21
4.5	Zusammenführen von Informationen	22
4.6	Nutzen von Informationen	23
4.7	Wichtige und unwichtige Informationen	25
4.8	Tatsächliche Informationen der Übergabe	27
4.9	Sicherung von Informationen	28
	Literatur	31
5	Die Vielfältigkeit der Übergabe	33
5.1	Sinn der Übergabe	35
5.2	Dilemma der Übergabe	35
5.3	Problematiken und Fehler bei bestehenden Übergabeformen	38
5.4	Intention der Übergabe	41
5.5	Aufbau und Ablaufstruktur einer Übergabe	43
5.6	Störungen der Übergabe	65
5.7	Qualitätsmerkmale einer Dienstübergabe	68
5.8	Ausblick	69
	Literatur	71
6	Kommunikation in Übergaben	73
6.1	Wieso ist es denn so wichtig, wie ich etwas sage?	74
6.2	Was kommt an? – Kommunikationsmodelle für Übergaben	75
6.3	Jugendsprache in der Pflege	79
6.4	Die Pflegesprache unter Druck – Möglichkeiten der Entschleunigung	81
6.5	Wichtige Aspekte der Kommunikation für die Übergabe	85

6.6	Die Bedeutung des Genderaspekts im Übergabegespräch	85
6.7	Die Bedeutung der inneren und äußeren Haltung im Übergabekontext.....	87
	Literatur	89
7	Psychohygiene	91
7.1	Bedeutsamkeit entlastender Gespräche	92
7.2	Die Bewusstwerdung von Tageserfolgen und belastenden Faktoren	93
7.3	Fallbesprechung.....	95
7.4	Supervision.....	103
	Literatur	106
8	Rahmenbedingungen	109
8.1	Braucht eine Übergabe bestimmte Rahmenbedingungen?	110
8.2	Institutioneller Rahmen	110
8.3	Übergabeorte : Braucht es den ungestörten Raum?	110
8.4	Übergabeform.....	112
8.5	Patienten- und Bewohnerlisten	113
8.6	Teilnehmende Personen.....	116
8.7	Patientenklientel und Übergabedauer	117
8.8	Übergabezeitpunkt.....	118
8.9	Entwicklung eines Übergaberituals	119
8.10	Speisen und Getränke in Übergaben	121
8.11	Ziel und Effekt des Türschilds „Bitte nicht stören“	122
	Literatur	123
9	Übergabe am Patientenbett	125
9.1	Visite und Pflegevisite	126
9.2	Was ist eine Pflegevisite	127
9.3	Arten der Pflegevisite	129
9.4	Ablauf der Pflegevisite	133
9.5	Vor- und Nachteile der Pflegevisite.....	136
	Literatur	138
10	Rechtliche Aspekte der Informationsweitergabe	139
10.1	Gibt es eine Dokumentationspflicht?.....	140
10.2	Sinn und Zweck der Dokumentation	141
10.3	Rechtliche Grundlagen für die Weitergabe von Informationen	142
10.4	Rechtliche Folgen	143
10.5	Inhalt der Pflegedokumentation	144
10.6	Erfahrungen aus den Befragungen.....	145
	Literatur	146
11	Auf einem Blick	147
11.1	Das veränderte Übergabekonzept	148
11.2	Zielvorgaben der Übergabe	148
11.3	Übergaberitual	148
11.4	Inhaltsstruktur.....	149
11.5	Patientenklientel und Empfehlungen der Übergabedauer.....	152

11.6	Festlegung der Übergabeform	153
11.7	Festlegung der teilnehmenden Personen	156
11.8	Festlegung des Übergabeorts	157
	Literatur	158
12	Dienstübergaben in der Pflege- Kapitel für die Neuauflage	159
12.1	Die Idee	160
12.2	Die Umsetzung	161
12.3	Evaluation	165
	Literatur	166
	Serviceeteil	
	Stichwortverzeichnis	169

Über die Autoren



Andreas Blank

■ Abb. 1 ist M.A. Bildungswissenschaften, Diplompflegepädagoge und Lerncoach. Er arbeitet an der Bildungsakademie Pflege der Medizinischen Hochschule Hannover und Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Hochschule Hannover Als Fachautor für diverse pflegerische Unterrichtsplanungen hat er Konzepte veröffentlicht und führt zu unterschiedlichen Fachthemen bzw. pädagogischen Themen Fortbildungen durch.

■ Abb. 1 Andreas Blank



Nicole Potthoff-Zittlau

■ Abb. 2 ist systemisch-integrativer Coach, Diplompflegepädagogin und Dozentin szenisches Lernen und Supervision. Sie arbeitet an der Bildungsakademie Pflege der Medizinischen Hochschule Hannover und lehrt zudem in verschiedenen Pflegestudiengängen sowie in den Bereichen der Lehrer- und Praxisanleiterfortbildung. Neben ihrer pädagogischen Arbeit ist sie als Fachautorin und Übungsleiterin für progressive Muskelentspannung tätig.

■ Abb. 2 Nicole Potthoff-Zittlau



Stellenwert der Übergabe

Inhaltsverzeichnis

- 1.1 Ist eine Übergabe noch zeitgemäß? – 2
- 1.2 Worum geht es in diesem Buch – 2

1.1 Ist eine Übergabe noch zeitgemäß?

„Können wir jetzt Übergabe machen?“ – Dies ist eine ständig wiederkehrende Frage in nahezu allen pflegerischen Berufen. Eine Frage, die eigentlich eine Aufforderung ist.

Für Pflegende, die ihren Dienst absolviert haben, ist die Übergabe der Moment, in dem sie die betreuten Patienten und damit auch die Verantwortung an die nachfolgende Schicht abgeben. Für die Pflegenden, die ihren Dienst beginnen, ist sie der Moment, in dem sie einen ersten Überblick über die zu pflegenden Patienten erhalten. Die Übergabe wird deshalb in der beruflichen Praxis als Grundlage gesehen, um im anstehenden Dienst priorisiert arbeiten zu können.

Doch ist dies wirklich so? Benötigen Pflegende bei der Vielzahl von neuen EDV-Pflegeplanungs- und Dokumentationssystemen noch immer eine verbale Übergabe und was ist eigentlich unter dem Begriff „Übergabe“ zu verstehen? Welche Formen und Phasen der Übergabe existieren und welche Funktionen erfüllt sie im pflegerischen Alltag? Diese und andere Fragen sollen mithilfe dieses Buches beantwortet werden.

1.2 Worum geht es in diesem Buch

Im ► Kap. 2 werden bereits einige der in ► Abschn. 1.1 formulierten Fragen beantwortet.

Einen ersten Überblick über die Übergaben erhalten Sie im ► Kap. 3: Begriffe werden bestimmt und die unterschiedlichen Übergabeformen kurz vorgestellt.

Das ► Kap. 4 informiert Sie über die Inhalte einer Übergabe. Hierzu wurden Pflegekräfte aus verschiedenen Kliniken und ambulanten Einrichtungen befragt und Ergebnisse aus der zur Verfügung stehenden

Literatur zusammengestellt. Im Anschluss wird die wirksame Informationsweitergabe im Rahmen der Übergabe beschrieben. Wir gehen auf die Bedeutung von Informationsquellen ein und wie sie gezielt genutzt werden können. Weiterhin wird dargestellt, wie wichtige von unwichtigen Informationen priorisiert und für die Übergabe effektiv genutzt werden.

In ► Kap. 5 geht es um die Vielfältigkeit der bestehenden Übergabeformen. Anhand einer aktuellen Problemdarstellung steht die Intention der Übergabe im Mittelpunkt und die dreizehn unterschiedlichen Formen von bestehenden Übergaben werden erörtert. Im Weiteren gibt es einen kurzen Überblick über typische bestehende Störungen der Übergabe. Es werden mögliche Veränderungsideen aufgezeigt, um Übergabearten im praktischen Setting optimal anzupassen.

„Der kann das eigentlich alles selbst machen, der hat nur keine Lust“. Ein bekannter Satz der im Pflegealltag häufig einen Patienten beschreiben soll, aber oft nur eine subjektive Einschätzung ist und zwangsläufig dem verantwortlichen Pflegenden in der nachfolgenden Schicht das Gefühl suggeriert, bei diesem Patienten etwas skeptisch zu sein, wenn er um Hilfe bittet. Es wird eine subjektive Einschätzung durch die Pflegekraft vorgenommen. Um solche und weitere Aspekte der Ausdrucksweise und den Möglichkeiten der Verbesserung geht es ► Kap. 6. Hier werden speziell auf die Übergabe bezogene konkrete Empfehlungen zu kommunikativen Aspekten, z. B. zur Wortwahl und zum Genderaspekt, gegeben. Die Pflegesprache hat sich verändert. Sie steht unter Druck – nicht nur bezogen auf die Übergabe, aber dort wird es oft sehr deutlich. Im Sinne der Selbstreflexion und der Außenpräsentation ist es bedeutend, sich mit solchen Aspekten zu beschäftigen.

Im ► Kap. 7 liegt dann der Fokus auf der Psychohygiene der Pflegekraft. In Untersuchungen zu Übergaben wurde

festgestellt, dass Pflegende insbesondere während der Übergaben über schwierig erlebte Patientensituationen und konflikthafte Teambegegnungen sprechen. Aus diesem Grund werden verschiedene Möglichkeiten zur Thematisierung dieser Aspekte vorgestellt und das Verfahren der Fallbesprechung ausführlich erläutert.

In ► Kap. 8 geht es um die Frage der Rahmenbedingungen. Hier wird auf mehrere Voraussetzungen, wie z. B. den Ort einer Übergabe oder die teilnehmenden Personen eingegangen. Es wird jede Rahmenbedingung erläutert und es werden zudem Möglichkeiten und Ideen zur Umsetzung vorgestellt.

Eine moderne und effektive Übergabeform ist die Pflegevisite. Diese wird im ► Kap. 9 als Exkurs zur regulären Übergabe genauer beschrieben und mit praktischen Umsetzungstipps untermauert.

In ► Kap. 10 werden die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Übergabe und zur Pflegedokumentation aufgeführt und erläutert.

Das ► Kap. 10 und 11 stellt Ihnen abschließend in einem komprimierten Format vor, wie sie die Übergabe in Ihrem Bereich verändern und effektiver gestalten können. Neben einer wissenschaftlichen Recherche wurden auch hierzu wieder Pflegekräfte aus verschiedenen Pflegebereichen befragt. Die Ergebnisse der Befragungen ergaben ein eindeutiges Bild: Es besteht ein Veränderungsbedarf und es gibt Möglichkeiten, diesem durch eine optimierte Übergabe zu begegnen. In Kapitel 12 wird eine neue Übergabeform, die im Rahmen einer Neuausrichtung einer Übergabe im akutstationären Setting konzipiert wurde, ausführlich und praxisnah dargestellt.



Das Problem der Übergabe

Inhaltsverzeichnis

2.1 **Unklare Aspekte in Übergaben – 6**

Literatur – 8

2.1 Unklare Aspekte in Übergaben

2

Eigentlich ist alles ganz klar. Sobald ein Dienstwechsel des Personals ansteht, erfolgt eine Übergabe. Dies passiert bis zu dreimal täglich in Kliniken, ambulanten Diensten und weiteren Gesundheitseinrichtungen. Nicht klar, sondern eher tradiert und unreflektiert sind allerdings folgende Aspekte.

Bedeutende Aspekte der Übergabe

- Ziele der Übergabe
- Inhalte einer Übergabe (und Nichtinhalte!)
- Teilnehmer einer Übergabe
- Dauer einer Übergabe
- Form der Übergabe
- Ort der Übergabe

Vielleicht sind das Gründe dafür, warum es in mündlichen Übergaben dazu kommt, dass primär klinische Informationen, wie Diagnosen, Operation und Laborwerte weitergegeben werden und es weniger zu einem Austausch pflegerelevanter Informationen kommt (wie z. B. erreichte Pflegeziele, veränderte Pflegemaßnahmen, aktuelle Bedürfnisse und Ressourcen des Patienten, etc.). Auch die von uns befragten Pflegekräfte bestätigten weitgehend dieses Muster. Meißner stellte zudem fest, dass es für Pflegende schwierig ist, ihre Beobachtungen und Wahrnehmungen in Worte zu fassen. Dadurch werden Tätigkeiten bereits in der mündlichen Übergabe reduziert dargestellt und dies setzt sich in der schriftlichen Übergabe noch weiter fort. Beachtenswert ist dazu die von Weiss getroffene Aussage zur Dokumentation von Pflege, wozu ja auch der Pflegebericht gehört:

» Mit geschriebener Sprache lässt sich Wissen organisieren und zuverlässig transportieren. Gesprochenes ist Schall

und Rauch. Geschriebenes aber bleibt und weist nach, welche Gedanken, Aussagen, Sprachverhalte und Ereignisse in welchem Zusammenhang wichtig genug waren, um festgehalten zu werden. (Weiss 2004)

In diesem Zitat wird deutlich, wie wichtig eine schriftliche Pflegedokumentation in Form eines Übergabeberichts ist und was Pflegende aus dieser entnehmen können. In der Praxis zeigt sich dies überwiegend reduzierter. Im Vergleich zur mündlichen Übergabe besteht für die pflegerische Dokumentation aber eine Dokumentationspflicht. Hierüber wird „die sachgerechte Pflege, die Betreuung und Versorgung in einer geeigneten Form in der Pflegedokumentation dargestellt und somit bewiesen.“ (Riebe und Schönshofer 2016). Diese Pflicht besteht für eine mündliche Übergabe nicht. In Anbetracht der Tatsache, dass mündliche Übergaben aber dreimal täglich stattfinden und verhältnismäßig viel Zeit in Anspruch nehmen (bis zu zwei Stunden) ist es ein Problem, dass die ohnehin schon knappe Zeit für die Pflege eines Patienten dann auch noch für Übergaben benötigt wird, die wenig strukturiert erfolgen und oft von Störungen betroffen sind.

Die Ergebnisse der „Next-Studie“ machten ebenfalls deutlich, dass es beachtenswerte Probleme mit den pflegerischen Übergaben gibt. Im internationalen Vergleich wurde festgestellt, dass Pflegende in Deutschland mit 52,3 % am unzufriedensten mit der Übergabe sind, gefolgt von Frankreich mit 49,3 %. In Großbritannien hingegen lag der Anteil des mit der Übergabe unzufriedenen Personals bei 21,3 % und in der Slowakei bei 16,3 %. Als wesentliche Gründe für diese ausgeprägte Unzufriedenheit wurden „viele Störungen“, „Zeitmangel“ und der „ungenügende Informationsaustausch“ benannt.

➤ Zielführend sollte deshalb eine Übergabe sein, welche die wenigen zeitlichen und

personellen Ressourcen für diese Aufgabe berücksichtigt, die aber dennoch alle notwendigen Informationen enthält und das Gespräch nicht durch ein Protokoll oder ähnliches ersetzt.

Eine erste Einschätzung darüber, ob Sie selbst oder ein Mitarbeiter Ihres Bereiches einen Bedarf darin sehen, die Übergabe zu optimieren, können Sie mit dem Fragebogen in ■ Tab. 2.1 vornehmen.

■ Tab. 2.1 Fragebogen zur Bedarfsanalyse für veränderte Pflegeübergaben

Frage	Stimme zu	Stimme nicht zu
Eine mündliche Übergabe finde ich wichtig	X	
In unseren Übergaben kommt es oft zu Störungen (Patient klagt, Mitarbeiter wird weggerufen, Telefonanrufe, etc.)	X	
In unseren Übergaben würde ich mir zeitweise auch die Anwesenheit anderer an der Pflege beteiligter Professionen wünschen (Physiotherapeuten, Psychologen, Mediziner, etc.)	X	
Über Zeitpunkt, Dauer und Inhalte unserer Übergaben habe ich mir noch keine Gedanken gemacht	X	
Unsere Übergaben haben für mich eine geeignete Form (Bereichsübergabe, Großgruppenübergabe, Übergabe am Bett ...)		X
Ich bekomme in der Übergabe wenige Informationen über die Ressourcen und über pflegerische Fort- und Rückschritte des Patienten	X	
Ich bekomme in der Übergabe viele Informationen die medizinisch-technischer Natur sind (Diagnose, Labor, Diagnostik, Therapievorhaben, etc.)	X	
Ich nutze die Übergabe auch um mich emotional von der Arbeit mit den Patienten und den Angehörigen zu entlasten	X	
Ich erlebe es immer wieder, dass in der Übergabe auch private Gespräche geführt werden	X	
Ich glaube, dass eine strukturierte Übergabe Zeit einsparen und den Patienten mehr in den Mittelpunkt rücken würde	X	
Ich würde gern eine Übergabe nach einem Standard ausprobieren	X	

Die Auswertung erfolgt nach der Anzahl der Kreuze bei „Stimme zu“:

„**Stimme zu**“ **nie angekreuzt**: Sie sind absolut zufrieden mit der Übergabe in ihrem Bereich und sehen keinen Veränderungsbedarf.

„**Stimme zu**“ **1- bis 3-mal angekreuzt**: Sie sehen Veränderungsbedarf in den Übergaben Ihres Bereiches. Ihr Bedarf ist allerdings gering und betrifft ausgewählte Themen. Sie sollten schauen, ob Sie die einzelnen Themen allein verändern können (z. B. private Gespräche während der Übergabe unterlassen) oder ob Sie mit Ihrer Vorgesetzten sprechen und ggf. das ganze Team befragt wird, um eine grundlegende Veränderung herbeizuführen (z. B. wenn es darum geht einen neuen Übergabestandard auszuprobieren).

„**Stimme zu**“ **4- bis 7-mal angekreuzt**: Sie sehen Veränderungsbedarf in den Übergaben Ihres Bereichs. Die Übergabe in Ihrem Bereich sollte unter Berücksichtigung ihrer Einschätzung und die Ihrer Kollegen adaptiert werden.

„**Stimme zu**“ **8- bis 11-mal angekreuzt**: Sie sehen ausgeprägten Veränderungsbedarf in den Übergaben Ihres Bereichs. Um Übergaben zukünftig verändert durchzuführen und dadurch z. B. eine strukturiere Übergabesituation zu erreichen, sollten sie einen zeitnahen Gesprächstermin mit Ihrer Vorgesetzten vereinbaren.

Literatur

- Lauterbach A (2008) Da ist nichts, außer das zweite Programm geht nicht. Dienstübergaben in der Pflege. Books on Demand, Norderstedt
- Meißner A, Roser M, Hasselhorn H (2004) Sind Pflegende zufrieden mit der Übergabe. Printernet, Nidda
- Riebe I, Schönshofer H (2016) Grundlagen und rechtliche Rahmenbedingungen. In: Pflegecoach für Theorie und Praxis. Pflegeplanung und Dokumentation. Cornelsen, Berlin

- Rösen E (2019) Pflegedokumentation in der Altenpflege. Elsevier, München
- Sexton A, Chan C, Elliott M et al (2004) Nursing handovers: do we really need them? J Nursing Management 12:37–42
- Weiss A, Meißner A, Roser M, Hasselhorn H (2004) Sind Pflegende zufrieden mit der Übergabe. Printernet, Nidda



Übergaben

Inhaltsverzeichnis

3.1	Erster Einblick – 10
3.2	Begriffsbestimmung und Funktion – 10
3.3	Formen der Übergabe – 12
3.3.1	Patientennahe Übergabe – 12
3.3.2	Patientenferne Übergabe – 13
3.3.3	Teilnehmer der Übergabe – 14
3.4	Dauer und Umfang von Übergaben – 16
	Literatur – 18

3.1 Erster Einblick

Die Dienstübergabe in der Pflege ist ritualisiert und ein Arbeitsmoment der für den Großteil der Pflegenden unerlässlich ist.

Diese Fakten verwundern nicht, weil in den Übergaben patientenbezogene, für die Pflege notwendige, Informationen weitergegeben werden sollen. Sie dienen somit der „Herstellung der Anschlussfähigkeit von temporal bereits abgeschlossenen Ereignissen und der Prognose potenziell erwartbarer Vorkommnisse in der Folgeschicht.“, (Oberzaucher 2014).

Neben dem patientenbezogenen Austausch kann eine Übergabe aber auch zum Austausch dienstbezogener Informationen genutzt werden, wie z. B. zur Besprechung der Dienstplangestaltung. Schon hier wird deutlich, dass sich hinter dem Begriff der Übergabe mehrere Möglichkeiten der inhaltlichen Gestaltung ergeben können. In diesem Kapitel erfolgt jedoch erst einmal eine Begriffs- und Funktionsbestimmung der Übergabe. Im Anschluss daran geben wir Ihnen einen Überblick über aktuelle Varianten der Übergabe, die in ► Kap. 5 inhaltlich detaillierter vorgestellt werden.

3.2 Begriffsbestimmung und Funktion

In einer traditionellen Übergabe setzen sich Pflegenden der einen Schicht mit den Pflegenden der nächsten Schicht zusammen, um Informationen über die aktuelle Situation des Patienten vorzustellen und sich darüber auszutauschen. Die Übergabe kann deshalb auch als Informationsinstrument bezeichnet werden. Sie dient dem Austausch zwischen den Arbeitsschichten innerhalb einer Klink bzw. auch dem Austausch zwischen den Schichten in anderen Pflegeeinrichtungen.

Ein übergeordnetes Ziel der Übergabe besteht darin, die pflegerische Versorgung kontinuierlich und lückenlos sicherzu-

stellen. Dieses Ziel kann anhand der Zielformulierungen bzgl. einer Übergabe von Fuhrmann, Trill und Witzenberger in mehrere Teilziele aufgegliedert werden.

Ziele von Übergaben

- ─ Planung individueller Pflege des Patienten bei sehr guter Pflegequalität
- ─ Sicherheit und Geborgenheit für den Patienten herstellen
- ─ Informationen über den physischen und psychischen Zustand des Patienten
- ─ Gewährleistung der ärztlichen Maßnahmen
- ─ Sicherstellung der Kontinuität der Pflege
- ─ Klärung organisatorischer Fragen
- ─ Förderung der Zusammenarbeit
- ─ Abbau von Unsicherheiten
- ─ Förderung des Arbeitsklimas

Durch die Analyse verschiedene Literaturquellen und aktueller Aussagen Pflegenden, kann festgehalten werden, dass die Akteure der Übergaben immer bestrebt sind, Informationen weiterzugeben. Diese können sich am Patienten, an der Therapie, den Pflegemaßnahmen oder der Organisation orientieren. Neben der patientenbezogenen Information geht es auch um organisatorische Fragen, wie z. B. die Dienstplangestaltung, um die Neuregelung von Arbeitsabläufen und nicht zuletzt darum, Lob und Wertschätzung für seine Arbeit zu erfahren. Nicht unerwähnt sei deshalb an dieser Stelle, dass Übergaben zeitlich begrenzt sind. Eine konkrete Dauer ist zwar gesetzlich nicht vorgegeben, es geht aber immer darum, dass in kürzester Zeit – diese wird z. B. durch Leitungen festgelegt – die wesentlichen Informationen der Patienten für die kommende Pflegekraft zusammengefasst werden sollen. Auf die Dauer einer Übergabe wird im ► Kap. 7 und 8 genau eingegangen. Hier sei jedoch schon

erwähnt, dass sich eine begrenzte Übergabedauer einerseits aus der Fülle von Pflegeanlässen und Bedeutsamkeiten, die während eines Dienstes vorkommen und die aber nur begrenzt wieder zu geben sind, ergibt. Andererseits aus der Situation, dass die übergebende Schicht oft im Anschluss an die Übergabe Ihre Arbeit zeitnah beendet und die zu übernehmende Schicht die Arbeit vor sich hat. Beide Schichten sind also in einer Art Anspannung sowohl was die Beendigung und den Beginn der Arbeit angeht, aber auch was den Punkt der Verantwortlichkeit betrifft. Die beschriebenen Aspekte verdeutlichen schon hier, wie sinnvoll eine Strukturierung der Übergabe ist.

Kritiker der Übergabe können sagen, dass man all diesen Dingen mit einem adäquaten Übergabebericht begegnen kann und schließlich auch mit der im Dienst erfolgten Dokumentation der Pflegemaßnahmen. Dies würde allerdings die schon von Abt-Zeglin 1998 beschriebene „Spracharmut der Pflege“ verstärken und nicht dazu führen, dass die Pflegenden eine Übergabe als Instrument nutzen, mit welchem sie vor allem pflegerelevante Probleme und pflegerische Interventionsmöglichkeiten thematisieren. Nach unserer aktuellen Einschätzung und den Literaturrecherchen hat sich bis heute weder in den Kliniken noch in anderen Pflegeeinrichtungen das alleinige Lesen des Berichts sowie der erfolgten Dokumentation durchgesetzt.

Gründe hierfür liegen beispielsweise darin, dass der Bericht keine nonverbalen Zeichen enthält, die das geschriebene Wort z. B. durch eine Geste unterstreichen. Ein weiterer Grund besteht darin, dass sich Pflegenden während der Übergabe auch über ihre zwischenmenschlichen Erlebnisse mit dem Patienten oder seinen Angehörigen und oft auch über die Mediziner und weiterer Berufsgruppen austauschen. Dieser Austausch dient der notwendigen emotionalen Entlastung und wird als „Ventilfunktion“ bezeichnet und genutzt. Übergaben erfüllen demnach neben der Informieren-

den Funktion auch die der sog. „psychohygienischen Funktion“. Besonders Emotionen wie Ärger und Trauer können in den Momenten der Übergabe thematisiert werden, wenn auch oft nicht bewusst und ohne jegliche Supervision. Zu diesem Ergebnis kam auch Sabine Walter: Sie stellte in einer Studie fest, dass Pflegenden neben der sachbezogenen Informationsübermittlung gerade in der Übergabe auch ihren Unmut zu verschiedenen Themen äußern. Auch Wegener stellte in seiner Untersuchung fest, dass die psychohygienische Funktion von den Pflegenden zwar nicht explizit erwähnt wird, aber diese Funktion in jeder Übergabe vorkommt und zeitlich nicht unerheblich ist.

Obwohl die Funktion der Psychohygiene äußerst wichtig ist, birgt sie während der Übergabe allerdings die Gefahr, dass die Übergaben zu lange andauern. Dort geäußerte Emotionen werden zwar gehört und verbal findet auch eine Entlastung statt, aber die Emotionen werden nicht qualitativ bearbeitet und damit auch nicht (professionell) verarbeitet. Zudem kann ein solcher Austausch über herausfordernd erlebte Patienten- und Mitarbeiterkontakte dazu führen, dass die kommende Pflegekraft diesen Patienten und Kollegen mit einem Vorurteil begegnet.

Im Kontext der Begriffsbestimmung beschreibt Oberzaucher die Übergabe auch als ein Fachgespräch und eine „Ausnahmetätigkeit“, die Aufmerksamkeit der Teilnehmenden stark bindet und die Funktion eines „Frühwarnsystems“ besitzt. An diesen Merkmalen wird klar, wie bedeutsam Übergabegespräche in der Pflege sind, da pflege- und medizinisch relevante Informationen über den Patienten nicht nur besprochen werden, sondern diese „wechselseitig ausgehandelt, verifiziert und angemessen eingeschätzt werden“. Diese Möglichkeiten bietet ein Bericht nicht. Er kann auch die Begegnung der Pflegenden nicht ersetzen, die notwendig ist, weil erst diese Begegnung in Form der formalen Interaktion

die Möglichkeit schafft, Korrekturen von Einschätzungen und Entscheidungen vorzunehmen. Es würde auch sicher nicht adäquat erscheinen, wenn in einem Bericht steht, „*Mein Gefühl sagt mir, dass mit der Patientin etwas nicht stimmt, vielleicht schaust Du lieber mal einmal mehr nach ihr.*“, obwohl pflegewissenschaftlich längst bewiesen ist, das erfahrene Pflegekräfte genau über ein solches „intuitives Wissen“ verfügen.

- Das alleinige Lesen eines Übergabeberichts kann den notwendigen fachlichen und psychohygienischen Austausch zwischen Pflegekräften und anderen Berufsgruppen nicht ersetzen. Empfehlenswert ist eine mündliche, zeitlich begrenzte und strukturierte Übergabe, die sich an festgelegten Zielen orientiert.

3.3 Formen der Übergabe

Pflegende arbeiten in unterschiedlichen Pflegesettings und dort wieder mit unterschiedlichen Pflegeorganisationssystemen. Sie können z. B. in einem ambulanten Pflegedienst, in einer Klinik oder in einem Seniorenwohnheim beschäftigt sein. Je nach dem wo sie tätig sind und abhängig davon mit welchem System (Bezugs, Bereichs, Funktionspflege) gestalten sich auch die Dienstübergaben formell und inhaltlich unterschiedlich.

Grundsätzlich ist erst einmal zu unterscheiden, ob Übergaben „*patientennah*“ oder „*patientenfern*“ stattfinden.

3.3.1 Patientennahe Übergabe

Eine patientennahe Übergabe findet am Patientenbett statt. Sie wird z. B. auf Intensiv- und Normalstationen sowie im Rahmen einer Pflegevisite durchgeführt. Diese Form der Übergabe hat bedeutende Vorteile.

Vorteile der patientennahen Übergabe

- Der Patient ist anwesend und kann Nachfragen stellen
- Der Patient wird über Sinn und Zweck von Pflegemaßnahmen informiert
- Der Patient wird zur Mitarbeit motiviert (hier besteht eine sehr gute Möglichkeit über Ressourcen zu sprechen)
- Der Pflegeverlauf und Pflegeziele werden erörtert
- Der Patient und Angehörige wissen, wer ab jetzt pflegerischer Ansprechpartner ist
- Möglichkeit die anwesenden Angehörigen miteinzubeziehen
- Die eigene Pflegearbeit kann kontrolliert werden
- Informationen werden kurz und sachlich übermittelt

Nachteile dieser Form der Übergabe bestehen darin, dass auch andere Patienten in einem Mehrbettzimmer anwesend sind und damit vertrauliche Inhalte öffentlich werden. Der Patient erfährt möglicherweise auch Dinge, die ihn beunruhigen könnten. Zudem kann es dazu kommen, dass sich die Dauer der Übergabe verlängert und die Fachsprache der Pflegenden den Patienten verwirrt oder verunsichert. Dem Aspekt der Fachsprache lässt sich entgegenwirken, indem man vor dem Patienten in einer verständlichen Weise und wenig in Fachtermini spricht. Zudem kommt, dass dieser Punkt in ärztlichen Visiten oft vernachlässigt wird und Pflegende nicht selten „die Übersetzung“ der ärztlichen Visiteninhalte für den Patienten übernehmen. Dieser Fakt ist Ihnen bewusst und kann dementsprechend berücksichtigt werden. In der Praxis wird aus den verschiedenen Vor- und Nachteilen oft eine Mischform aus „patientennahe und -ferne“ Übergabe durchgeführt.

3.3.2 Patientenferne Übergabe

Die patientenferne Form der Übergabe findet nicht am Patientenbett oder im Patientenzimmer, sondern überwiegend in einem für jeden Klinikmitarbeiter zugänglichen „Dienstzimmer“ statt. Sie ist laut Josuks die immer noch häufigste Form der Übergabe. Viele der kürzlich von uns befragten Pflegenden bestätigten diese Aussage. In der patientenfernen Übergabe wird über den Patienten, aber nicht mit ihm gesprochen. Es erfolgt dadurch eine subjektive Einschätzung des Patienten durch die Pflegende und der Patient wird nicht erlebt, sondern es wird über ihn berichtet.

In der ambulanten Pflege existiert fast ausschließlich diese Form der Übergabe. Sogenannte „Tourenübergaben“ in mündlicher, aber auch in schriftlicher Form sind hier die Normalität. Die „Tourenbücher“ werden dort als Übergabeinstrument genutzt. Nach Aussagen dort beschäftigter Pflegekräfte kommt es dadurch aber auch zu Fehlinterpretationen und es geht wertvolle Zeit verloren, um das Geschriebene zu entziffern. Zudem werden diese Einträge oft am Ende des Dienstes vorgenommen. Die Konzentration lässt dort bekanntlich nach. Gerade das Schreiben und das Erinnern relevanter Dinge erfordern aber eine hohe Konzentration und keinen Zeitdruck. Dieser ist aber sowohl in einer Klinik wie auch in einem ambulanten Dienst am Schichtende gegeben, da die Pflegenden ihren Dienst pünktlich beenden sollen (und auch wollen) und oft mehrere Stunden ohne eine echte Pause gearbeitet haben.

■ Vorteil

Der Vorteil einer patientenfernen Übergabeform besteht darin, dass problematisch-erscheinende Dinge zu dem Patienten oder den Angehörigen erst einmal im Pflege-team besprochen werden können. Hierbei kann es z. B. darum gehen, dass eine infauste Prognose im Raum steht, diese aber noch nicht gesichert ist. Ein anderes Bei-

spiel bezieht sich auf die Pflege von Kindern. Eltern erkrankter Kinder können sich so ohnmächtig fühlen, dass sie zur Mitarbeit am Genesungsprozess gar nicht in Lage sind oder dem Kind elementare Dinge abnehmen und dadurch verhindern, dass das Kind eine notwendige Selbstständigkeit nicht erreicht, welche es aber braucht, um die Erkrankung zu bewältigen. Ein weiterer Vorteil besteht darin, dass vergessene Informationen der übergebenden Pflegekraft von anderen Pflegenden ergänzt werden. Dieser Punkt ist allerdings auch kritisch zu sehen. Er kann nämlich durchaus dazu führen, dass verschiedene Aussagen und Wahrnehmungen im Raum stehen und sich dadurch die Dauer der Übergabe verlängert. Nach unseren Befragungen zeigte sich hierzu, dass einige Pflegende in solchen Momenten Anekdoten erzählen die mit: „*Weißt du noch damals bei der Familie ...*“ beginnen. Zudem passiert es, dass mehrere der Anwesenden durcheinanderreden, das Detailbeschreibungen und Informationen weitergegeben werden, die länger zurückliegen. All diese Informationen führen dazu, dass die nachfolgende Pflegende eher verunsichert ist und die notwendige Information ausbleibt oder nicht mehr als elementar erkannt wird.

➤ Bei der Durchführung einer patientenfernen Übergabe sollte genau überlegt werden, wer an der Übergabe teilnehmen muss (nicht Alle brauchen Alles). Ständige Störungen während der Übergabe vermindern die Konzentration der Pflegenden, verhindern eine Strukturierung und erfordern dadurch mehr personelle und zeitliche Ressourcen. Aus diesen Gründen sind ein ruhiger Raum und eine sog. „Springerkraft“ während der Übergabe notwendig.

■ Nachteil

Ein wesentlicher Nachteil dieser patientenfernen Übergabe, und das bestätigten neben der Next-Studie auch viele der von uns

befragten Pflegekräfte, besteht darin, dass es während der Übergabe oft zu Störungen kommt – nicht zuletzt durch den Patienten oder durch Angehörige, weil diese gerade Fragen oder Bedürfnisse haben, die keinen Aufschub dulden. Zudem ist eine solche Übergabe oft unruhig und die Gefahr, dass Informationen wiederholt werden und verloren gehen, ist gegeben. Es wird auch beschrieben, dass es bei dieser Form zu Abschweifungen und unsachlichen Kommentaren kommt. Einige der von uns befragten Pflegenden wünschten sich z. B. durchgehend „respektvolle Worte“ auch beschrieben als „angemessene Ausdrucksweise“. Darauf wird in ► Kap. 6 näher eingegangen.

3.3.3 Teilnehmer der Übergabe

Neben den beschriebenen Formen ist noch zu unterscheiden, ob die Übergabe in einer „Großgruppenform“ oder zwischen zwei Pflegekräften stattfindet.

Im Pflegesystem der Bereichspflege beispielsweise übergibt die zuständige Pflegekraft die von ihr betreuten Patienten an die nachfolgend zuständige Pflegekraft. Die Voraussetzung für eine Bereichspflege ist aber, dass es ausreichend Personal gibt. Hat eine Station z. B. 30 Patienten, aber im Spätdienst nur zwei Pflegekräfte, so kommt es dazu, dass die Pflegekraft des einen Bereichs auch zu den Patienten gehen muss, die eigentlich dem Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereich Ihrer Kollegin obliegen. Ist diese aber beschäftigt und kann den Klingelruf eines bedürftigen Patienten nicht nachkommen, ist die andere Kollegin in der Pflicht. Nach unseren Recherchen nehmen die Großgruppenübergaben, aufgrund von Personalmangel in der Pflege, vom Frühdienst zum Spätdienst wieder zu. Die zuständigen Pflegenden haben Sorge, dass sie nicht ausreichend informiert sind, um im Notfall adäquat handeln zu können. Ebenso empfinden sie es als unprofes-

sionell, wenn sie aktuelle Fragen des Patienten, seiner Angehörigen und die anderer Berufsgruppen nicht beantworten können. Hier kann der Eindruck entstehen, dass „keiner richtig Bescheid weiß“. Dieser Faktor verunsichert Patienten ebenso wie Angehörige und den für den Patienten zuständigen Arzt. Dadurch wird das Vertrauen in die Kompetenzen Pflegenden gemindert und der Eindruck verstärkt, dass es sinnvoller ist, sich lieber gleich an den Arzt zu wenden, denn „der weiß Bescheid“. Im Rahmen verschiedener pflegequalitätssichernder Maßnahmen ist dies ein bedeutender Punkt. Er sollte auf der Managementebene einer gesundheitsversorgenden Institution, gerade in Fragen der Personalplanung, Berücksichtigung finden.

Auch an den Großgruppenübergaben nehmen meist nur die Pflegekräfte teil. Die „interdisziplinäre Übergabe“ findet nach unseren Ergebnissen in chirurgischen, wie auch internistischen und ambulanten Pflegebereichen kaum statt. Hier wird jedoch – wenn auch selten – das Instrument der Fallbesprechung (► Kap. 7) genutzt. Zu diesem Ergebnis kam auch Wegener in seiner Untersuchung: Demnach hält sich in den Kliniken immer noch die berufsgruppeninterne Übergabe, in der z. B. die Physiotherapeutin ihre Eindrücke auch wieder an die folgende Physiotherapeutin übergibt aber nur selten oder zufällig an die Pflege. Ebenso verhält sich umgekehrt.

Praxistipp

Interdisziplinäre Übergaben sind absolut empfehlenswert, da sie einen umfassenden Blick auf den Patienten/Bewohner ermöglichen. Besonders in herausfordernden, lebensendenden und langanhaltenden Pflegesituationen ist diese Form der Übergabe oder eine Fallbesprechung für alle beteiligten Personen eine Bereicherung.

Ganz anders hingegen sieht es in den psychiatrischen und onkologischen Pflegesettings aus. Hier gibt es anstelle der interdisziplinären Übergabe wöchentliche oder bedarfsweise Fallbesprechungen. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie den gezielten Austausch verschiedener Fachdisziplinen fördern. Sie bieten die Chance, neue Handlungsmöglichkeiten für den Patienten zu überlegen und zu diskutieren. Fallbezogene Besprechungen hingegen, wie sie im Case-Management praktiziert werden können, beziehen Patienten und deren Angehörige mit ein.

Diese Besprechungen sollten ebenso wie die Übergabe am Bett, nicht mit einer „Pflegevisite“ verwechselt werden. Eine Pflegevisite bildet nicht wie die Übergabe am Bett die tägliche Routine ab, sondern ist ein spezifisches Ereignis. Ihr zugrunde liegt der Pflegeprozess und sie ist sehr sinnvoll, um mit dem Patienten gemeinsam zu schauen, inwieweit die durchgeführte Pflege Erfolge erzielt hat. Es werden z. B. auch neue Absprechen/Vereinbarungen mit dem Patienten über das weitere pflegerische Vorgehen getroffen. Es erfolgt damit eine qualitätsbezogene Reflektion der Pflegehandlungen und die Pflegevisite bietet zudem die Möglichkeit sowohl Angehörige, wie auch das multiprofessionelle Team mit einzubeziehen.

Nach unseren Ergebnissen wird allerdings die ärztliche Visite aus Sicht der Pflege zum Anlass genommen, übergaberelevante Fragen zu klären und sich über den Patienten auszutauschen.

Nicht unerwähnt soll hier bleiben, dass es aktuell Unternehmen gibt, die eine „fließende Übergabe“ anstreben. Diese Unternehmen sehen nach Wegener keine Überschneidungszeiten der Schichten vor. Dadurch muss Alles absolut einwandfrei dokumentiert sein und eine Übergabe kann – wenn überhaupt – nur zwischen „Kommen und Gehen“ stattfinden. Auch Josuks beschreibt diese Form der Übergabe als die

sog. „stumme Übergabe“. In dieser Form beginnen die Pflegenden der folgenden Schicht ihren Dienst damit, die Kurven (Kadex) der ihnen anvertrauten Patienten zu lesen. Sollten Verständnisfragen auftreten, sind diese kurz zu besprechen. Fragen der Organisation oder andere Dinge werden über Anhänge und Organisationsbücher weitergegeben. Das pflegerische Arbeiten auf der Basis einer solchen Übergabe erfordert eine tägliche fachgerechte und lückenlose Dokumentation, sowie die stetige Evaluierung und Aktualisierung der Pflegemaßnahmen. Mit Blick auf den akuten und fortlaufend bestehenden Fachkräftemangel, den durchgängig beschriebenen Zeitmangel für die Pflegearbeit und mit Blick auf die Forschungsergebnisse Meißners ist diese „stumme“ Form der Übergabe praktisch wenig umsetzbar. Wie ► Kap. 2 erwähnt enthält die schriftliche Übergabe noch weiter reduzierte Ausführungen zu den Tätigkeiten und Vorkommnissen im pflegerischen Kontext als die mündliche (Meißner et al. 2004). Zudem stellte sie fest, dass Pflegenden Schwierigkeiten haben, beobachtete und durchgeführte Tätigkeiten in Worte zu fassen. Somit wird deutlich, dass diese stumme Übergabe eher nicht zu empfehlen ist, wenn gleich sie auch einige Vorteile aufweist, welche allerdings kritisch zu betrachten sind.

Vorteile der „stummen Übergabe“

- Sachliche Informationsweitergabe über Dokumentation
- Transparenz der Pflegetätigkeiten
- Überprüfung der Tätigkeiten von Dienst zu Dienst möglich
- Möglichkeit Reflexionsfragen zu stellen
- Übergabedauer kürzer, Kostenersparnis
- Verbesserte Dokumentation
- Privatgespräche werden verringert oder bleiben aus

Schaut man sich diese Vorteile an, so könnte man meinen, genau diese Vorteile sind die Lösung des Problems. Doch äußerst kritisch anzumerken ist hier, dass sich die Dokumentation nicht (automatisch) verbessert und es zu einer kürzeren Übergabedauer kommt. Wenn man bedenkt dass immer mehr Pflegende in Teilzeitmodellen arbeiten, Kliniken und andere Einrichtungen auf Mitarbeiter aus Zeitarbeitsfirmen zurückgreifen, dann benötigen all diese Pflegenden Zeit, um sich mit der Dokumentation vertraut zu machen und Pflegemaßnahmen und Besonderheiten dieser zu entnehmen. Schneller ginge dies sicher in einer kurzen und fundierten mündlichen Übergabe, die den Übergabebericht als rechtliche Absicherungsergänzung nutzt.

Ebenso ist es fraglich, ob es möglich werden kann, die Informationen rein sachlich weiterzugeben. Nur weil die Berichterstattung in schriftlicher Form erfolgt, heißt das nicht, dass sich die Wortwahl und die subjektive Wahrnehmung einer Pflegenden in diesen Berichten nicht mehr wiederfinden, bzw. für diese Entlastungsmomente andere Möglichkeiten genutzt werden.

Fazit

Abschließend ist zu den Formen der Übergabe zu erwähnen, dass die meisten Übergaben aktuell mündlich erfolgen und es auf einigen Stationen wieder einen Trend zur Großgruppenübergabe gibt.

Die unterschiedlichen Formen der Übergaben und ihre inhaltliche Differenzierung werden in ► Kap. 5 genauer dargestellt.

3.4 Dauer und Umfang von Übergaben

Nach unseren Recherchen beträgt die Übergabedauer im stationären Bereich zwischen 20–45 min. Dieses Ergebnis stimmt weit-

gehend mit dem von Lauterbach überein. Er stellte fest, dass Übergaben unabhängig von institutionellen und patientenabhängigen Gegebenheiten immer gleich lang dauern. Zu diesem Ergebnis kamen auch Linzenberg u. Reimann:

» In einer Untersuchung über die Länge der Dienstübergabe in 38 Krankenhäusern ergab sich, dass zwischen Stationsgröße, Fachbereich und Länge der Übergabezeit kein Zusammenhang besteht.

Nach den Ergebnissen von Lauterbach u. Walther, das bestätigten auch unsere aktuellen Recherchen, ist die Übergabe vom Frühdienst an den Spätdienst die umfangreichste. Sie dauerte zwischen 10–70 min und der Durchschnittswert wurde von Lauterbach mit 38 min angegeben. Im Vergleich dauert die Übergabe vom Spätdienst zum Nachtdienst im Durchschnitt 25 min und die vom Nachtdienst zum Frühdienst 26 min.

Schaut man sich nun die Anzahl der Redebeiträge in den einzelnen Übergaben an, so deckt sich dies mit der Dauer der Übergaben. Lauterbach kam bezogen auf den Umfang einer Übergabe zu folgenden Ergebnis:

Nachtdienst zum Frühdienst	223 Redebeiträge = 23 %
Frühdienst zum Spätdienst	514 Redebeiträge = 52 %
Spätdienst zum Nachtdienst	246 Redebeiträge = 25 %

Die von uns befragten Pflegenden führen ähnlich wie Lauterbach in diesem Kontext verschiedene Gründe an. Die sog. Mittagsübergabe liegt bezogen auf die Dauer mit 40 % über denen der anderen beiden. Berechtigt ist hier die Frage nach dem „Warum?“. Walther nimmt an, dass in der „Mittagsübergabe“ umfangreiche medizinische Fakten genannt werden, die sich aus der Diagnostik und den Interventionen des Vormittags ergeben haben. Zudem

schlussfolgert sie, dass nicht der Patient im Zentrum der Übergabe steht, sondern „eher die Rituale der Institution Krankenhaus“ (Walther 1997). Hier ist z. B. der Überlappungszeitraum beider Schichten zu nennen. Übergaben dauern ungefähr so lange, wie beide Schichten gleichzeitig anwesend sind.

Andere Autoren erklären die Länge der „Mittagsübergabe“ damit, dass es häufiger zu Störungen kommt und sich dadurch die Dauer der Übergabe verlängert. Mitarbeiter verschiedener Professionen und Angehörige sind zu dieser Zeit beim Patienten und benötigen oder wünschen eine Information der zuständigen Pflegekraft. Da diese nicht im Patientenzimmer oder auf dem Flur zu finden ist, klingelt der Patient. Die Mitarbeiter anderer Professionen suchen die betreffende Pflegende im Stationszimmer. Nach unseren Recherchen finden auf den sog. „Normalstationen“ (z. B. chirurgische Allgemeinstation) die Übergaben häufig in den Stationszimmern statt.

Gerade die Tatsache, dass Patienten und Angehörige oft als „Störfaktor“ der Übergabe erlebt werden, ist aktuell nicht zu unterschätzen. Bedingt durch die heutige verkürzte Liegezeit (im Durchschnitt 5 Tage) hat eine Station viele Patienten und Angehörige, welche in nur kurzer Zeit betreut werden. Das bedeutet bezogen auf die Übergabe, dass sich Patienten und Angehörige kaum auf den Übergabezeitpunkt einstellen können, denn wenn dies soweit ist, wird der Patient meist entlassen oder verlegt und ein neuer Patient mit seinen Angehörigen benötigt Ihre Aufmerksamkeit.

Praxistipp

Informieren Sie Patienten und Angehörige darüber, wann die pflegerischen Übergaben täglich stattfinden, warum sie bedeutend sind und wie lange diese andauern. Gerade Patienten und Angehörige wissen oft nicht, wann und warum Pflegende Übergaben durchführen.

Ebenso geht es vielen Pflegenden in den Übergaben. Allerdings nicht bezogen auf den Zeitpunkt der Übergabe, sondern bedingt durch ein Arbeitszeitmodell in Teilzeit. Simon veröffentlichte dazu in einer Studie, dass mehr als die Hälfte der Beschäftigten in den Pflegebereichen in Teilzeit arbeitet. Für die Übergabe ist dies relevant, da es dadurch häufig dazu kommt, dass eine Pflegekraft längere Zeit nicht anwesend war. Dementsprechend braucht oder wünscht sie bestimmte Informationen, die die übergebende Pflegekraft vielleicht als gar nicht mehr relevant einstuft, da sich die Therapie längst änderte oder der Patient aufgrund bestimmter Dinge jetzt ganz andere Probleme hat.

Nach unseren Recherchen fragen Teilzeitpflegende (aber auch Vollzeitpflegende) bei Beginn der Übergabe auch nach Patienten, die sie bis zu ihrem oft längeren „Frei“ noch betreut haben, die aber für sie unerwartet nicht mehr auf der Station sind. Sie möchten hier z. B. wissen, wo die Patienten sind. Es interessiert sie, ob sie verlegt oder verstorben sind, wie die Angehörigen mit der Situation umgegangen sind, etc. Ein solches Gespräch kann im Rahmen der Psychohygiene für Pflegendе sehr sinnvoll sein. Über den gegenseitigen Austausch können z. B. be- und entlastende Momente während der Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen bewusst werden. Allerdings sollte so ein Austausch, gerade wenn jemand unerwartet verstarb oder es eine sehr unbefriedigende pflegerische, oder medizinische Situation war, im Rahmen einer rückblickenden Fallbesprechung oder einer Supervision stattfinden. Diese Elemente können eine wirkliche Reflexion bewirken und das Pflegehandeln darüber langfristig positiv beeinflussen. Pflegendе erhalten dort die Möglichkeit sich unter Anleitung emotional, und – wenn gewünscht – auch fachlich auszutauschen. Es können z. B. besonders belastende Pflegesituationen besprochen werden, Ideen gesammelt und Wünsche geäußert werden, wie man zukünftig in solchen Situationen

zusammenarbeitet. Oft werden dort auch weitere Unterstützungssysteme einer Institution erst bewusst und in der Folge dann auch genutzt. Das alles erreicht ein kurzer Minutenaustausch in der Dienstübergabe oder im Anschluss daran nicht.

Abschließend ist zur Dauer einer Übergabe zu erwähnen, dass es für diese keine gesetzliche Regelung gibt. Es gibt auch kaum Kliniken oder andere Pflegeeinrichtungen, die für ihre Stations- oder hausinternen Übergeben eine Mini- oder Maximaldauer festgelegt haben. Einige haben ein Zeitfenster definiert, in welchem die Übergabe stattfinden soll. Hier handelt es sich überwiegend um die erwähnten „Überlappungszeiträume“ zweier Schichten.

Nach Lauterbach (2008) ist aber davon auszugehen,

- » dass die Dauer der individuellen Übergabe von Faktoren wie Krankheitsbild, Pflegezustand, Pflegeleitbild, Qualität der Dokumentation und Qualifikation des Pflegeteams erheblich beeinflusst wird.

Beachtenswert ist hier, dass er von einer individuellen Übergabe spricht. Da es nur wenige Kliniken oder in den Kliniken und Wohnbereichen, etc. nur bestimmte Bereiche gibt, die in Projekten oder Eigenarbeit sog. „Check- oder Vorgehenslisten“ für Übergeben entwickelt haben, bleibt der Inhalt und damit auch die Dauer jeder Übergabe der einzelnen Pflegekraft überlassen. Um dieser Willkür kompetent zu begegnen und dadurch zeitliche und personelle Ressourcen effektiv zu nutzen, ist es notwendig einen haus- oder stationsinternen Überga-

bestandard zu entwickeln bzw. den hier vorgestellten zu nutzen und ihn ggf. zu adaptieren.

Literatur

- Fuhrmann S, Trill R, Witzenberger M (1987) Ein Element der Kommunikation im Pflegebereich: Die Dienstübergabe. *Krankenpflege* 9:350–354
- Heering C (2018) *Das Pflegevistenbuch*. Huber, Bern
- Josuks H (2011) Gute Dienstübergaben gestalten. *CNE.fortbildung* 1:2–6
- Lattek J (2009) Intuition als Bestandteil pflegerischen Handelns in der Pflege – Entstehungskontexte und Merkmale intuitiven Handelns. Bremen. ► <https://elib.suub.uni-bremen.de/start.html>. Zugegriffen: 14. Jan. 2017
- Lauterbach A (2008) Da ist nichts, außer das zweite Programm geht nicht. Dienstübergaben in der Pflege. Books on Demand, Norderstedt
- Lingenberg E, Reimann R (2000) *Der Pflegedienst im Krankenhaus. Grundlagen zur Organisation einer Pflegeeinheit*. 5. Aufl. Schlütersche, Hannover
- Meißner A, Roser M, Hasselhorn H (2004) Sind Pflegende zufrieden mit der Übergabe. *Pflegewissenschaft* 10–2004
- NN (2020) *I Care Pflege*. Thieme, Stuttgart
- Simon M (2012) Beschäftigte und Beschäftigungsstrukturen in Pflegeberufen ► http://www.hs-hannover.de/fileadmin/media/doc/pp/Simon_2012_Studie_zur_Beschaeftigung_in_Pflegeberufen.pdf. Zugegriffen: 14. Jan. 2017
- Oberzaucher F (2014) *Übergabegespräche. Interaktion im Krankenhaus. Eine Interaktionsanalyse und deren Implikation für die Praxis*. Lucius, Stuttgart
- Walther S (1997) Im Mittelpunkt steht der Patient? *Übergabegespräche im Krankenhaus*. Thieme, Stuttgart
- Wegener M (2012) *Die Pflegeübergabe im Akutkrankenhaus. Ablauf, Struktur und Funktion für die Teilnehmer*. Grin, Norderstedt
- Zeglin Abt A (1998) Die Übergabe – Ein überflüssiges Relikt? *Heilberufe* 49:22–25



Wirksame Informationsweitergabe

Inhaltsverzeichnis

4.1	Informationsstruktur – 20
4.2	Bedeutung von Informationen – 20
4.3	Informationsarten – 21
4.4	Informationsquellen – 21
4.5	Zusammenführen von Informationen – 22
4.6	Nutzen von Informationen – 23
4.7	Wichtige und unwichtige Informationen – 25
4.8	Tatsächliche Informationen der Übergabe – 27
4.9	Sicherung von Informationen – 28
4.9.1	Störfaktoren der Informationssicherung – 29
4.9.2	Professionelles Auftreten der Pflege – 30
	Literatur – 31

4.1 Informationsstruktur

Eine Übergabe besteht aus mehreren unterschiedlichen Informationen, die viel zu oft ohne besondere Priorität und unstrukturiert weitergegeben werden. Durch unsere Befragung von Pflegekräften wurde sehr deutlich, dass die Pflegepraxis eine gewisse Informationsstruktur benötigt, um faktische Aspekte des Patienten zu priorisieren. Die Übergabe ist meist von einer Informationsflut geprägt, die ungefiltert auf die Pflegekräfte einwirkt, die ihren Dienst gerade beginnen. Es findet auch weniger eine Unterscheidung von wichtigen zu unwichtigen Informationen statt, da Pflegekräfte eher befürchten, das Weitergeben von relevanten Informationen zu vergessen. Zudem ist eine Übergabe oft durch subjektive Interpretationen geprägt, die eigentlich eher das persönliche Empfinden der Pflegekraft widerspiegeln, als dass sie eine wichtige Information beinhalten.

In diesem Kapitel wollen wir die unterschiedlichen Informationsstrukturen beleuchten, was ist für die Übergabe wichtig und nutzbar und was ist eher unnötig. Wir zeigen auf, welche Informationen für eine Übergabe unumgänglich sind und wie diese optimal weitergegeben und gesichert werden.

4.2 Bedeutung von Informationen

Eine Information ist eine Teilmenge an Wissen, die zwischen einem Sender und Empfänger über ein bestimmtes Medium ausgetauscht wird.

Der einfachste Austausch findet über die kommunikative Ebene statt. Natürlich können Angaben auch in schriftlicher Form, z. B. durch die Pflegedokumentation, weitergegeben werden. Alle Informationen, die durch die verschiedenen Medien weitergegeben werden, werden immer schon durch den Sender in irgendeiner Form be-

einflusst. Der Sender interpretiert das Gesamtgeschehen und somit erhalten die Informationen einen entsprechenden Wert. Daher bekommt der häufige Satz über einen Patienten „Bei Herrn M. war heute nichts Besonderes.“ eine ganz andere Bedeutung. Der Patient wird in seiner Pflegeintensität und seiner ganzen Persönlichkeit durch diese Interpretation und „Bewertung“ der Pflegekraft völlig abgewertet. Es stellt sich doch sofort die Frage, wenn bei Herrn M. „nichts Besonderes war“ – warum ist er dann überhaupt im Krankenhaus oder warum hat er überhaupt einen Pflegebedarf?

Eine Information hat immer ein allgemeines oder spezielles Interesse, Wissen beim Empfänger zu befriedigen. Beim Informationsempfänger stellt sich z. B. bei einer Neuaufnahme eine gewisse Neugierde ein, um was für einen Patienten es sich handelt. Wird diese Neugierde im Gespräch nicht befriedigt, entstehen logische situative Nachfragen um das „Bild“ des neuen Patienten zu komplettieren. Oft rekonstruiert der Empfänger anhand der Informationen des Senders die zu erwartende Pflegeintervention. Somit findet auch auf dieser Ebene eine weitere Interpretation statt und eine Klassifizierung in „guter“ oder „schlechter“ Patient erfolgt unbewusst.

Im Rahmen der Patientenanamnese sprechen wir von der Erhebung von objektiven, subjektiven, aktuellen und historischen Daten. Dies sind natürlich auch Informationen, die schon nach einem entsprechenden Muster kategorisiert sind. Daten sind nur Darstellungen oder Angaben über bestimmte Sachverhalte. Durch kognitive Verknüpfungen des Senders oder Empfängers werden sie zu Informationen gemacht. Man spricht von sog. „zweckbezogenem Wissen“, dass man bei einer Handlung im Hinblick auf ein festgelegtes Nahziel benötigt. Aufgenommene Daten werden also z. B. aufgrund von Erfahrungen schematisiert. Es entstehen unterschiedliche Schlussfolgerungen, die

verschiedene Handlungsmuster nach sich ziehen können. Das bedeutet, dass gleiche Daten unterschiedlich interpretiert und somit unterschiedlich bewertet werden. Verfolgt man bei der Begriffsdeutung von „Informationen“ einen nutzerorientierten Ansatz, der für den pflegerischen Bereich zum Tragen kommt, bedeutet dies, dass neue Information des Senders gleichbedeutend mit dem Transfer von Wissen ist. Es führt beim Empfänger zu einer Veränderung des bisherigen Wissens. Ohne dieses Wissen kann keine folgerichtige Entscheidung getroffen werden.

4.3 Informationsarten

Informationen resultieren im Wesentlichen aus vier unterschiedlichen Quellen. Wir bekommen sie aus

- unbewegten Bildern, Abbildungen oder Standbildern, aber auch aus
- bewegten Bildern, Filmen, Bildsequenzen oder
- Handlungsabläufen sowie aus
- geschriebenen sowie gehörten Texten, Begriffen, Wörtern oder Zahlen.

Hierbei kann es sich um stabile Informationen handeln, die eindeutig wiederzugeben sind, da sie auf klaren Quellen basieren. Es kann sich aber auch um flüchtige Informationen handeln, die eher unwirklich sind und nebenbei aufgenommen wurden. Diese Informationen sind allerdings für Neulinge schwer einzuschätzen und in eine sinnvolle Beziehung zu bringen, da es ihnen an der nötigen Erfahrung mangelt. Beide Arten treffen allerdings keine Aussage über ihre Wichtigkeit.

Visuelle Informationen sind leichter zu merken und prägen sich schneller und gehaltvoller ein. Sehen wir z. B. in der Übergabe ein dargestelltes Foto von einer Wunde eines Menschen, können wir uns sofort das Ausmaß vorstellen und es prägt

sich viel besser ein, als wenn der Zustand verbal beschrieben wird.

Allerdings sind auch auditive Informationen einprägsam. Handelt es sich z. B. um einen dramatisch niedrigen oder hohen Blutwert, merken wir uns diesen oft aufgrund der Konsequenz, die daraus resultiert. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alle vier Informationsarten für eine Übergabe von wichtiger Bedeutung sind und gut kommuniziert werden sollten.

4.4 Informationsquellen

Informationsquellen sind Orte, an denen Fakten, erste Behauptungen und Meinungsabbildungen entstehen. Informationen sind in diesem Kontext Wissen und Erläuterungen, die an den genannten Orten kreiert werden. In unserem Informationszeitalter werden Informationen immer wichtiger und es gibt immer mehr Quellen, aus denen sie entstehen. Eine Informationsquelle ist somit erst mal nichts anderes als ein Austrittsort von Wissen.

Für die Übergabe und den weiterführenden Pflegeprozess ist es wichtig, diese vielen Quellen zu differenzieren. Wir beziehen uns daher auf vier mögliche Quellen, die für die Übergabe genutzt werden können:

Die Pflegekraft kann die **direkten und indirekten Informationsquellen** nutzen. Als direkte Informationsquelle ist der Patient gemeint. Hier werden Informationen im direkten Gespräch weitergegeben bzw. direkt von der Pflegekraft am Patienten beobachtet. Ist der Patient nicht mehr in der Lage selbstständig Informationen über sich weiterzugeben, nutzt man die indirekte Informationsquelle über die nahen Angehörigen, Freunde und Bekannte. Weitere indirekte Quellen sind z. B. Arztbriefe, alte Akten und Verlegungsberichte aus anderen Pflegeeinrichtungen. Hier können natürlich auch andere Berufsgruppen als indirekte Quellen genutzt werden. Wurde der Patient bereits

vom Arzt aufgenommen, kann die Pflegekraft die bereits ermittelten Informationen für sich nutzen.

Weiterhin können **objektive und subjektive Quellen** genutzt werden. Unter objektiven Informationen fasst man alle messbaren Daten und Werte zusammen wie z. B. Gewicht, Blutdruck, Blutzuckerwerte und Temperatur. Aber auch krankheits-spezifische Informationen gehören dazu wie z. B. die Wundbeurteilung anhand objektiver Beurteilungskriterien. Die subjektiven Informationen werden vom Patienten selbst empfunden und weitergegeben. Dazu gehören klassischer Weise das Schmerzerleben oder Angstempfindungen. Subjektive Einschätzungen können auch von Dritten stammen. Die Ehefrau kann subjektive Verhaltensveränderungen ihres Mann mitteilen. Die Pflegekraft kann diese nicht erkennen, da sie den Ehemann zu wenig kennt, um eine solche Schlussfolgerung durchzuführen. Eine Unterscheidung der Informationsquellen ist zu empfehlen, da gerade subjektive Informationen eine differenzierte Problemstellung bieten können.

Eine gute Nutzung der unterschiedlichen Informationsquellen ist ratsam, da nur so wichtige Details für alle an der Pflege Beteiligten verfügbar gemacht werden können.

Praxistipp

Vier Quellen, aus denen Informationen für die Übergabe abgeleitet werden:

- Direkte Informationsquelle: der Patient selbst
- Indirekte Informationsquelle: soziales Umfeld des Patienten, Arztbriefe, Akten etc.
- Objektive Informationsquellen: messbare Daten, z. B. Größe, Blutdruck, Puls etc.

- Subjektive Informationsquellen: Empfindungen wie z. B. Schmerz, Angst etc.

4.5 Zusammenführen von Informationen

Das Zusammenführen und Sammeln von Informationen ist zu keinem Zeitpunkt der Pflegekraft-Patienten-Beziehung beendet. Die pflegerelevanten Informationen gelangen aus den erwähnten Quellen mittels unterschiedlichen Methoden zur Pflegekraft. Der Erstkontakt zwischen Pflegekraft und Patient findet im Aufnahmegespräch statt. Die Pflegekraft trägt die Verantwortung dafür, die ermittelten Informationen in einem strukturierten Rahmen abzubilden. Das kann u. a. ein Anamnesebogen sein, der nach der ATL-Struktur (Aktivitäten des täglichen Lebens) gegliedert ist. Möglich sind aber auch alle anderen Arten von Assessmentinstrumenten zur Strukturierung von Pflegedaten. Dabei sollte beachtet werden, dass die Daten nicht statisch abgefragt werden, sondern in einem fließenden Gespräch erfasst werden.

- Eine Checkliste dient als Gesprächsfaden, nicht als Abhakliste.

Bei geplanten Aufnahmen von Patienten macht es Sinn, vor der Informationserhebung relevante Daten aus dem Überleitungsbogen, Arztbrief oder Einweisungsbericht in das Dokumentationssystem zur Informationssammlung aufzunehmen. Das verschafft auch der Pflegekraft einen groben Überblick. Sie kann sich auf das Gespräch und den Patienten einstimmen und die weitere Informationserhebung ist deutlich effektiver. Es können gezielte Informationen erfragt werden und somit generelle Daten aus der Checkliste weggelassen

werden. So muss z. B. ein junger Patient zumeist nicht nach seinem Hörgerät oder Zahnprothese befragt werden. In dem Fall fühlt sich der Patient auch nicht ernst genommen, ebenso wenn man ihn routinierter nach seiner Stuhlgangsfrequenz befragt.

Bedeutend hervorzuheben sind auch die sozialanamnestischen Daten, die im Klinikalltag oft vergessen werden, jedoch für die pflegerische Versorgung eine hohe Wichtigkeit haben. Dazu zählen nicht nur die Angehörigen, die im Notfall verständigt werden können, sondern auch die aktuelle Versorgung und Betreuung, soziale Einbindung, der gesellschaftliche Kontext und vieles mehr. Der Nachteil einer starren Checkliste ist, dass man sich ausschließlich an den aufgeführten Punkten orientiert und eine individuelle Datenerhebung somit unmöglich gemacht wird. In der pflegerischen Praxis wird oft bemerkt, dass für die Informationssammlung zu wenig Zeit ist. Es geht ganz klar um eine Priorisierung des Arbeitsanfalls.

Schätzt die Pflegekraft andere Tätigkeiten wichtiger ein als den Erstkontakt mit dem Patienten, indem sie einen guten Bindungsaufbau, Vertrauen und Betreuung entstehen lassen kann, muss sie später mit den Konsequenzen umgehen können, die sich aus einer mangelhaften Informationssammlung ergeben können. Daher kann eine qualitativ hochwertige und effektive Pflege von Beginn an nicht entstehen und der Arbeitsanfall ist im weiteren Pflegeverlauf viel höher. Die Zusammenführung der unterschiedlichen Informationen ist die elementare Basis für die weiterführende Pflege. Sie sind nicht nur die Grundlage für die Erstellung des Pflegeprozesses, sondern liefern im Rahmen der Übergabe auch der nächsten Pflegekraft ein komplexes Bild des Patienten. Beginnt die Pflege mit einer guten Struktur und Sammlung von Informatio-

nen über den zu Pflegenden, können Pflegeprobleme analysiert und benannt werden. Das daraus resultierende Ziel wird im Pflegeprozess verankert und dient als Orientierung für die Pflegeübergabe.

4.6 Nutzen von Informationen

Die Informationen, die für eine Übergabe effektiv genutzt werden können, bilden eine wichtige Voraussetzung für eine patientengerechte Pflege. Es sollen die Informationen weitergegeben werden, die für die weitere Pflege bedeutsam sind. Daher haben die Daten vom Patienten selbst die höchste Relevanz für die berufliche Pflege. Alle weiteren Informationen aus weiterführenden Quellen, wie oben bereits erwähnt, haben daher nur eine geringere Relevanz.

- Der Patient ist Experte für sein erlebtes Krankheitsempfinden und kann die Bedeutung für sich und sein Umfeld ausschließlich einschätzen. Der Patient selbst muss aktiv im therapeutischen Team beteiligt werden. Nur er kann benennen, was er in der erlebten Situation fühlt, was er braucht und inwieweit er selbst in der Lage ist, seinen Genesungsprozess zu unterstützen.

Eine Datenerhebung zu Beginn der pflegerischen Intervention lässt eine professionelle Einschätzung des Ist-Zustands des Patienten zu. Es erfolgt eine konsequente Bewertung des Pflegebedarfs und somit beginnt hier die professionelle Pflege. Viele Pflegekräfte haben diesen Sinn noch nicht erkannt und betrachten das Sammeln von Patienteninformationen als lästige Aufgabe, die z. B. ebenso gut von einer Hilfskraft erledigt werden kann.

Der erste Kontakt bindet den Menschen an die Person, die Interesse signali-

siert und die das individuelle Empfinden wertschätzt. Hier entsteht Professionalität, die im pflegerischen Kontext genutzt werden kann. Eine differenzierte Absprache im multidisziplinären Team kann viele Doppelerhebungen von Informationen ersparen, die Zeit kann effektiver genutzt werden und der Patient fühlt sich gut betreut, da er nicht mehrfach die gleichen Informationen berichten muss. Das Nutzen der erhobenen Informationen von allen Fachbereichen ist hier wünschenswert. Eine Datenerhebung, die von der Pflege, vom Arzt und vom Physiotherapeuten gleichermaßen genutzt und ergänzt werden kann, ist optimal.

Informationen die in einer Patientenvorstellung nach der Patientenaufnahme in der Übergabe weitergegeben werden sollten, wären Angaben zur Person, Persönlichkeit und wenn nötig zur Biografie (je nach Institution). Im Weiteren gehören medizinisch/pflegerisch relevante Aspekte wie Diagnose, Therapie und getroffenen Anordnungen dazu. Ebenso wie Informationen zum sozialen Umfeld, das Krankheitserleben, Ressourcen des Patienten und der aktuelle Informationsstand des Patienten selbst. Hier wird erneut die Wichtigkeit der Differenzierung zwischen subjektiven und objektiven Informationen deutlich. Da, wie bereits erwähnt, fortlaufend im pflegerischen Verlauf neue Informationen entstehen und berücksichtigt werden, ist es erforderlich, diese in festgelegten Zyklen zu ergänzen. Die Zeitabfolgen können somit auch an den Aufenthalt des Patienten angepasst werden.

Im akut-stationären Bereich ist eine differenzierte Informationssammlung weniger erforderlich, wenn klar ist, dass der Patient nach Abschluss einer drei tägigen postoperativen Behandlung wieder entlassen wird. Im ambulanten oder langzeitstationären Bereich ist eine differenzierte Informationssammlung hingegen unumgänglich und macht ein Erheben in festgelegten Zyklen erforderlich. Somit sollte sich die Erstübergabe des Patienten an das Pflegeteam an folgenden Informationsstrukturen orientieren:

Als erstes an der **Pflegeanamnese**. Sie ist die Vorgeschichte des Patienten. Dazu zählen alle Informationen, die schon immer bestand hatten, wie z. B. biografische Informationen, das individuelle Gesundheitsverhalten, Krankheitserleben und Lebensgewohnheiten. Eine Pflegeanamnese ist nicht zu Beginn der Aufnahme des Patienten vollständig zu erheben, sondern ergänzt sich in den ersten Tagen des Aufenthalts.

Als zweites ist der **Aufnahmestatus** zu berücksichtigen, der eine Momentaufnahme des aktuellen Ist-Zustands abbildet. Hier wird die Ausgangslage des Patienten festgehalten um beispielsweise zu einem späteren Zeitpunkt eine Aussage über den Gesundheitsverlauf treffen zu können. Der Aufnahmestatus muss daher in den ersten 24 h erhoben werden. Eine spätere Veränderung der erhobenen Daten ist nicht zu befürworten, da nur so ein Abbild des Patientenzustands erschaffen werden kann.

Als drittes ist die Erhebung des **Verlaufsstatus** zu berücksichtigen. Hier wird eine Momentaufnahme von der aktuellen Pflegesituation des Patienten im Verlauf des Aufenthalts festgehalten. Das ermöglicht, allen an der Pflege Beteiligten, einen Vergleich zur Ausgangslage und zu weiteren festgelegten Erhebungszeiträumen zu erreichen. Durch die mehrfache Erhebung eines Verlaufsstatus bietet er eine Beweisdeutung in rechtlichen Fragen. Daher ist es auch sinnvoll, eine Stuserhebung bei Verlassen oder Wechsel der Pflegeeinrichtung durchzuführen. Somit ist eine aktuelle Datenlage vorhanden und kann wiederum für rechtliche Regresse genutzt werden. Diese komplette Informationsstruktur bietet allen an der Pflege beteiligten Berufsgruppen eine Datengrundlage und kann für die verschiedenen Zwecke genutzt werden. In der Praxis ist das Bewusstsein der Pflege hierfür leider noch wenig ausgeprägt, da sich immer noch an der medizinischen Datenerhebung orientiert wird. Die Meinung, dass sich pflegerische Interventionen an den medizinischen Diagnosen orientieren, ist immer noch

maßgebend. Klassische Hierarchien im berufspolitischen Kontext verstärken die tradierten Strukturen zusätzlich. Zur Professionalität der Pflege gehört eine detaillierte, bedarfsorientierte Informationserhebung. Nur so kann eine wirkliche Arbeit im multidisziplinären Team gelingen.

- Direkte Informationen vom Patienten selbst haben die höchste Relevanz im Rahmen der Datenerhebung. Nur so ist eine optimale Einschätzung des Ist-Zustands des Patienten möglich. Ausschließlich durch diese Informationen erfolgt eine Einschätzung des Pflegebedarfs, um eine professionelle Pflege einzuleiten.

4.7 Wichtige und unwichtige Informationen

Spricht man von etwas Unwichtigem, bedeutet das nichts Anderes als nutzlos, sinnlos und unnütz. Unwichtige Informationen sind oft Interpretationen oder Belange, die unnötig in die Länge gezogen werden und einen geringen Informationswert haben. Sie schmücken Geschehnisse aus, umschreiben die Sachlage und lassen Raum für Interpretationen. Sie sind unkonkret und nicht wirklich nachvollziehbar.

Wichtige Informationen hingegen benennen einen klaren Sachverhalt, sind sehr konkret und orientieren sich an einem Geschehnis. Sie haben einen aktuellen Wert. Sie lassen eine Bedeutsamkeit erkennen und es wird schnell klar, dass etwas Wichtiges für jemanden eine wesentliche Bedeutung hat. Wichtige Informationen haben eine große Tragweite und die Folgen daraus sind von elementarer Bedeutung. Sie ziehen oft eine Veränderung der bestehenden Situation nach sich. Hier wird deutlich, dass es in einer Pflegeübergabe nur um die Weitergabe der wichtigen Informationen gehen darf.

Die Praxis spiegelt allerdings ein anderes Bild wider. Eine Selektion wird hier zu wenig vorgenommen. Eine klare Struktur fehlt, um Wichtiges von Unwichtigem zu trennen. Auch die Verantwortung für die Selektion von Informationen wird nur selten übernommen, da es in wenigen Fällen doch dazu kommen kann, dass unwichtige Informationen gebraucht werden könnten. Oft fehlt der Pflegekraft auch die Erfahrung eine Selektion bzw. Interpretation der Information vornehmen zu können. Sicherlich kann man nicht pauschal sagen, welche Aspekte in einer Übergabe als wichtig eingestuft werden müssen, da es u. a. von dem individuellen Pflegeverständnis und der Patientensituation abhängig ist. Allerdings kann eine Pflegekraft in diesen Prozess eingeführt werden und lernen, dafür eine Verantwortung zu entwickeln. Bereits in der Ausbildung müssen die angehenden Pflegekräfte zu diesem Thema sensibilisiert werden. Sie sind selbst in der Situation, dass sie bei den Übergaben wenig verstehen können, da ihnen nicht alle Begrifflichkeiten klar sind und sie nicht in der Lage sind, eine Priorisierung von Informationen vorzunehmen. Sie orientieren sich an den erfahrenen Pflegekräften, da sie davon ausgehen, dass diese eine klare Bewertung von Informationen durchführen können. Somit wird die gleichbleibend undifferenzierte Struktur einer Übergabe über das Lernen am Modell weitergegeben.

Zwar bemängeln viele Pflegekräfte in allen pflegerischen Bereichen dieses Vorgehen, aber eine Struktur daraus entsteht in der Praxis nur selten. Anne Meißner benennt in ihrer Veröffentlichung nicht nur einen ungenügenden Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen, sondern auch einen ungenügenden Informationsgehalt. Pflegenden reichen Informationen, die dazu dienen ein Patientenbild entstehen zu lassen. Aber welche Informationen führen dazu, dass man sich ein gutes Bild über einen Menschen machen kann? Gerade wenn die Informationen nicht von der Person

selbst kommen, sondern im Vorfeld schon von einer weiteren Person selektiert und bewertet wurden? Meißner führt an:

» ... dass Pflegekräfte häufig das Gefühl haben, ihre Informationen nicht richtig strukturieren zu können oder nicht die Worte für das zu finden, was sie ausdrücken und weitergeben möchten.

Auch durch unsere Befragung, die über zehn Jahre später stattfand, können wir diesen Ansatz nur bestätigen. Wir haben Pflegekräfte danach gefragt, welche Informationen überhaupt in einer Pflegeübergabe in ihrem Bereich weitergegeben werden. Das Ergebnis war sehr unspezifisch und doch aussagekräftig. Es wurden viele Beispiele von Übergabeinformationen aufgeführt, wie z. B. Vitalparameter, psychische Situation, Medikamente, Therapie und vieles mehr. Wir haben diese Daten in zwei Bereiche „clustern“ können:

- in eher medizinische Informationen und
- in pflegerische Informationen.

Die medizinischen Informationen wurden als wichtiger eingestuft und auch viel häufiger benannt. Dazu gehörten hauptsächlich die Vitalparameter, angeordnete/durchgeführte Untersuchungen, die Haupt- und Nebendiagnosen, Zugänge und Ableitungen, Operationsverfahren, Blutwerte, Infusionen und Transfusionen, Verbandswechsel, und vieles mehr. Natürlich haben diese Informationen auch eine Auswirkung auf die Pflege und die weitere Versorgung eines Menschen, allerdings wurden dazu wenig bis keine pflegerelevanten Informationen benannt.

Zu den klassischen pflegerischen Informationen, die in unserer Befragung benannt wurden, zählten u. a. der Pflegebedarf des Menschen, die psychische Situation, einzelne Versorgungsschwerpunkte, Kostform, Mobilisationsgrad, Kontinenz, Besonderheiten aus Patientensicht und vieles mehr. Keine Pflegekraft hat den Pflegeprozess, den Anamnesebogen oder das Kur-

venblatt als Informationsquelle benannt. Nach unserer Meinung bietet der Pflegeprozess eine gute, strukturelle Basis für eine Übergabe. In der Praxis findet dieser gerade in der Akutversorgung allerdings nur geringe bis keine Anwendung und kann daher auch nicht als Orientierungsrahmen genutzt werden. Nach unserer Befragung wird auch keine bewusste Wertigkeit von Patienteninformationen vorgenommen. *„Es wird das weitergegeben, was gerade dran ist, sonst kann sich die andere Schicht ja kein wirkliches Bild über den Patienten machen ...“*, sagte eine Pflegekraft. Das bestätigt einmal mehr, dass sich zwischen den Ergebnissen von Meißner und unserer Befragung leider nichts verändert hat.

Die Pflegekräfte wollen eine Vereinheitlichung bzw. eine Struktur für eine Übergabe, aber es besteht keine Intention aus der Pflegepraxis heraus, diese zu entwickeln. In wenigen Pflegesettings sind wir allerdings doch fündig geworden. In der Kinderklinik und im ambulanten Bereich sind wir auf eine gewisse Handlungsstruktur gestoßen. Im allgemeinen stationären Bereich wurde der Bedarf klar erkannt, ein Konzept fehlt. Unserer Meinung nach kann es nicht an dem Bedürfnis nach Struktur liegen, sondern eher an einem gewissen Unvermögen Verantwortung für die weitergegebenen Informationen zu nehmen. Auch wenn hier oft eine doppelte Absicherung durch die schriftliche Dokumentation gegeben ist, besteht immer noch die weitverbreitete Ansicht, dass die Pflegekraft in der Lage sein muss, alle relevanten Informationen zum Patienten zusammenzuführen und wiedergeben zu können. Wenn sie keine Priorisierung vornehmen kann, endet ein Übergabegespräch in einem endlosen „Geschichtenwettbewerb“, der ohne wirkliche Höhen und Tiefen dahin plätschert. Wer soll sich da noch wirklich relevante Informationen merken können? Verständlicherweise Niemand.

Praxistipp

Eine mögliche Struktur zur Informationserhebung kann in Anlehnung an den Pflegeprozess erfolgen. Probleme und Ressourcen werden vom Patient erfasst, Pflegeziele als grobe Orientierung festgelegt und anschließend effektive Pflegemaßnahmen benannt. Nach der Durchführung ist eine Evaluation selbstverständlich.

4.8 Tatsächliche Informationen der Übergabe

Die Informationen der Dienstübergabe werden, wie bereits erwähnt, eher unstrukturiert und nach eigenem Ermessen ausgewählt. Eine Orientierung findet fast immer an der aktuellen Kurve statt. Hier werden die wichtigsten medizinischen Informationen abgerufen und weitergegeben. Oft lassen sich daran auch die pflegerischen Informationen ableiten. Eine reine Pflegewertigkeit erfolgt selten. Es wird sich wenig an der Pflegedokumentation bzw. an der Pflegeanamnese orientiert. Selbst wenn ein Patient neu aufgenommen wird, ist die Grundlage nicht die Informationssammlung anhand des Stammblasses, sondern die Informationen werden eher wahllos weitergegeben und es wird das gesagt, was der Bezugspflegekraft gerade noch zum Patienten einfällt. Hier entsteht das erste, große Ungleichgewicht zwischen Theorie und Praxis.

Im Rahmen der Ausbildung lernen die angehenden Pflegekräfte die Wichtigkeit der Pflegeanamnese, die in der Praxis, oft aus Zeitmangel, nicht umgesetzt oder an den Auszubildenden übertragen wird. Die Wertigkeit ist somit klar definiert. Nicht die pflegerischen Informationen sind wichtig, sondern werden bewusst als zeitraubend dargestellt. Die Priorität liegt bei den medizinischen Informationen, die eine Diagnose

aufzeigen, die für die Aufnahme des Menschen verantwortlich ist. Eine klare pflegerische Positionierung findet selten statt, vielmehr eine Orientierung an der medizinischen Dringlichkeit.

Das Weitergeben der Aufnahme- und Versorgungssituation sowie der statischen Daten von Vorerkrankungen, Medikation, Therapie erfolgt reibungslos. Auch das Erheben von objektiven Informationen, wie Größe, Gewicht, Blutdruck, Temperatur etc., stellt kein Problem dar. Bei Informationen, die basierend auf das zugrunde liegende Pflegemodell erhoben werden, ist der Informationsgehalt weniger konkreter. Bei der Betrachtung von Pflegeanamnesebögen fällt häufig auf, dass diese entweder gar nicht oder lückenhaft erhoben wurden. Wir sind der Meinung, dass für einen klinischen Kurzaufenthalt nicht die komplette Lebensgeschichte des Patienten bekannt sein muss, allerdings muss die Pflegekraft abwägen können, in welcher Lage des Patienten weiterführende Daten wichtig für das pflegerische Ergebnis sind.

Die uns allen bekannte, alteingesessene „ATL-Struktur“, die sich nach den bedürfnisorientierten Pflege-theorien orientiert, ist mittlerweile sicherlich überholt. Sie erfasst nicht mehr den Bedarf unserer heutigen pflegerischen Intention. Eine Verbesserung der Situation ist schwierig, wenn Pflegekräfte mit einem Instrument arbeiten sollen, was eigentlich den Informationsbedarf erfasst, der für die Pflege von vor zwanzig Jahren wichtig war. Es gibt zwar Alternativen, die leider für die pflegerische Praxis nicht oder zu wenig publik sind.

Anhand unserer Befragung wird eine Reihenfolge der weitergegebenen Informationen deutlich. Zum einen ist sie von der Tagesstruktur abhängig. Zu welchem Zeitpunkt kam der Patient aus dem OP zurück, daraus hat sich die Erhebung der Vitalparameter orientiert, die Kontrolle der Vigilanz, die Analgetikagabe und zum Schluss die Erstmobilisation. Zum Anderen ist die

Reihenfolge klar von der Diagnose abhängig. Daraus resultiert die geplante Versorgung des Menschen. *„Es müssen erst die relevanten, ärztlichen Aspekte weitergegeben werden und anschließend das, was noch zu tun ist ...“*, Zitat einer schriftlichen Aussage aus unserer Befragung. Eine andere Aussage einer Pflegekraft ist: *„... dass die wichtigen Informationen zu Beginn der Übergabe weitergegeben werden, da dann noch alle Pflegekräfte aufmerksam sind.“*. Es gab aber auch Aussagen, die ganz klar den zeitlichen und informellen Aspekt in den Vordergrund gestellt haben. Die Pflegekräfte haben aufgeführt, dass die Übergabe anhand der Zimmerreihenfolge bzw. dem Bereich stattfindet und dass nur die zuständige Pflegekraft dabei ist. Eine weitere Aussage war, dass eine Reihenfolge von Informationen keine Rolle spielt, da alle wichtigen Informationen weitergegeben werden. Hier wurde uns erneut deutlich, dass Pflegenden viel zu unspezifisch über die Wichtigkeit des Informationsgehalts entscheiden.

4.9 Sicherung von Informationen

Aufgrund der geringen Zeitressourcen in der Pflege ist es unabdingbar, eine gezielte Übergabe durchzuführen. Nur wenn relevante Informationen gesichert sind, können sie auch strukturiert weitergegeben werden. Die Ist-Situation sieht allerdings anders aus. Informationen für die Übergabe werden in erster Linie aus der Patientenkurve entnommen. Eine weitere wichtige Informationsquelle sind die Erfahrungen – und Erinnerungswerte der Pflegekraft selbst. Sie teilt die „erlebten“ Informationen zum Patienten mit. Sie lässt kurz das aktuelle Geschehen mit dem Patienten gedanklich Revue passieren und gibt das Wichtige an die nächste Pflegekraft weiter. Der Pflegebericht wird nur in Ausnahmesituationen herangezogen, sofern er überhaupt berücksichtigt wurde. Es fehlt der Pflege immer noch

an einer effektiven, praxisnahen Dokumentationshilfe.

Die moderne Technik und EDV hat längst Einzug in den Pflegealltag gehalten, nur ist eine praxisorientierte Nutzung immer noch nicht effektiv genug. Zum Einen ist nicht nur die Anschaffung von PCs, Laptops, Tablet, Smartphone sehr teuer, v. a. verursacht aber die Wartung und Aktualisierung der Soft- und Hardware hohe Kosten. Zum Anderen gibt es immer noch die Doppeldokumentation, da eine klassische Visite mit Papierkadex und Stift aus medizinischer Sicht nicht wegzudenken ist.

Die Pflege bemängelt den immer steigenden Dokumentationsanfall, aber eine grobe Trennung zwischen medizinischer und pflegerischer Dokumentation wird nicht in Erwägung gezogen. Insbesondere durch die Informationsüberschneidungen beider Bereiche muss geklärt werden, wie zukünftig die Informationen effektiv genutzt werden können. Aufgrund des hohen Zeitaufwands für Administration ist es nachvollziehbar, dass eine Pflegekraft selektiert, welche Informationen umgehend gesichert werden müssen. Der Pflegebericht steht da – logischer Weise – nicht an erster Stelle. Eine Dokumentationspflicht aus rechtlicher Sicht kommt hinzu, eine weitere Ursache der Doppeldokumentation.

Es gibt keine einheitliche Dokumentationskultur für pflegerelevante Informationen, die für eine Übergabe genutzt werden kann oder eine Datensammlung über den Patienten, die eine Übergabe überflüssig machen. Würden wichtige Informationen korrekt gesichert werden, könnte die folgende Pflegekraft diese Daten abrufen und von einer aktuellen Pflegesituation ausgehen.

Allerdings wissen wir auch, dass gerade das persönliche Gespräch viele Vorteile bietet, die durch ein EDV-gestütztes Informationserfassungssystem nicht berücksichtigt werden können. Beleuchtet man die Prozessebene der Informationssicherung der

ganzheitlichen Versorgung eines Menschen, müssen die optimalen Instrumente zur Sicherung der Pflegequalität nicht nur bekannt sein, sondern entsprechend der Praxisrelevanz umgesetzt werden.

Zu den klassischen Informationssicherungsinstrumenten gehören Fall- und Teambesprechungen. Hier kann eine Patientensituation explizit im Pflegeteam oder im multidisziplinären Team analysiert werden. Dazu eignet sich nicht jeder Patient. Liegt allerdings eine besondere oder herausfordernde Pflegesituation vor, macht es Sinn diese im Austausch mit Fachkollegen zu besprechen und im Anschluss zu dokumentieren. Es muss nicht immer eine klassische Fallbesprechung sein, die eine Vorbereitung benötigt und viele Kollegen einbezieht. Diverse Ablaufvarianten sind möglich, da ein effektiver Informationsaustausch im Mittelpunkt steht.

Ein weiteres Informationssicherungsinstrument ist die Pflegevisite. Der aktive Einbezug des betroffenen Menschen ist gewährleistet, die Pflege ist direkt vor Ort am Patienten und kann aktuelle Informationen im Pflegeteam weitergeben und sichern.

Weiterhin zählt zu den Instrumenten der Datensicherung die Beratung mit Experten, wie z. B. dem Schmerzmanagement oder dem Wundexperten und der Austausch mit dem Arzt. Auch hier erfolgt ein schriftliches Fixieren der Daten im Dokumentationssystem.

Fazit

Die Sicherung von pflegerelevanten Informationen erfolgt auf unterschiedlichen Wegen:

1. Durch Erinnerungswerte der Pflegekraft selbst
2. Über die Pflegedokumentation in handschriftlicher Form
3. Über die Pflegedokumentation in digitaler Form

4. Im Rahmen von Fall- und Teambesprechungen
5. Im Rahmen einer Pflegevisite
6. Im Rahmen einer Expertenberatung (Schmerzmanagement)

4.9.1 Störfaktoren der Informationssicherung

In der Praxis unterliegen die Prozesse leider diversen Störungen, die eine sofortige und effektive Sicherung der Informationen verhindern bzw. durch die diese sogar verloren gehen. Dienstübergaben finden meist im Dienstzimmer der Station statt. Hier kommen alle Berufsgruppen und Informationen zusammen, hier ist sozusagen die zentrale Schaltstelle, das „Herz“ einer jeden Station. Für eine ruhige und strukturierte Dienstübergabe in der Mittagszeit jedoch unzumutbar. Einen gesonderten Besprechungsraum gibt es im klinischen Bereich oft nicht und wenn, ist es der offizielle „Aufenthalts- oder Pausenraum“. Auch eine spezielle Beschilderung in der Zeit der Dienstübergabe ist bei dringlichen Anliegen überflüssig und wird ignoriert.

Die häufigsten, benannten Störungen die das Pflegepersonal benennt sind das Telefon, Anfragen vom Patiententransportdienst oder anderen Berufsgruppen sowie ärztliche und andere Anfragen. Hier wird deutlich, dass die Pflegekraft in erster Linie für Anliegen Anderer Verantwortung übernimmt, da diese Problemanliegen gelöst werden müssen. Die Dienstübergabe unter den Pflegekräften wird umgekehrt aber nicht als so wichtig erachtet, das die eigene Problemlösung verschoben bzw. so organisiert werden kann, dass diese nicht in die bekannte Dienstübergabezeit fällt. Die Störungen sind sicherlich nicht komplett zu eliminieren, aber eine für alle Beteiligten klare Zuständigkeitsverteilung für die Zeit der Dienstübergabe kann dieses Problem erheblich minimieren.

Eine weitere klassische Störung für die Informationssicherung ist der Zeitmangel. Die Pflegekraft hat oft zu wenig zeitliche Ressourcen, um eine lückenlosen, gesetzlich vorgeschriebene Informationssicherung vorzunehmen. Der stationsinterne Ablauf ist selten planbar und bietet somit kein geregeltes Zeitfenster für eine Dokumentation. Hinzu kommt noch, dass eine neue Pflegekraft mehr Zeit benötigt als eine Erfahrenere, die durch ihre entwickelten Routinen besser einschätzen kann, wann eine Informationssicherung machbar ist. Hinzu kommt eine hohe Unzufriedenheit bei den Pflegekräften, wenn eine Dokumentation nicht ausreichend oder lückenhaft stattgefunden hat. Meißner merkt zum Zeitmangel an, dass nicht eindeutig nachweisbar ist, ob es sich um objektiven oder subjektiven Mangel an Zeit handelt. Der objektive Zeitmangel kann klar am Mangel an Personal festgemacht werden. Der subjektive Mangel an Zeit liegt eher an einer mangelhaften Struktur, an einer diffusen Informationsweitergabe oder am Unvermögen der Selektion von wichtigen Informationen.

Auch der mangelnde Informationsaustausch wird als Störung benannt. Hiermit ist nicht der Austausch zwischen den Berufsgruppen gemeint, sondern v. a. der fehlende Austausch zwischen den Pflegekräften. Häufigster Grund für den Informationsmangel ist der Zeitmangel! Informationen werden weitergegeben, für ein wirkliches Gespräch zwischen den Pflegekräften ist keine Zeit. In diesem könnten bestimmte Pflegehandlungen begründet werden, wären für die nächste Pflegekraft klar nachvollziehbar und es würde einer erneuten Veränderung der pflegerischen Intervention entgegengewirkt werden. Die gleichbleibende Pflegemaßnahme wäre plausibel und könnte sich durch alle drei Schichten ziehen. Des Weiteren können Unsicherheiten angesprochen und abgebaut werden.

4.9.2 Professionelles Auftreten der Pflege

Sie, als Pflegekraft stehen im Mittelpunkt der Patientenversorgung. Bei Ihnen laufen alle wichtigen Informationen zusammen und daraus leiten Sie die weiterführenden Maßnahmen ein. Für diese elementare Aufgabe ist Ihre innere und äußere Haltung essenziell. Ein professionelles Auftreten im multidisziplinären Team ist wichtig, um eine klare Position für Ihre Berufsgruppe und den Patienten einzunehmen.

Haltung bedeutet so viel wie Gesinnung oder Einstellung, die auf ein Ziel gerichtete Grundhaltung eines Menschen. Eine äußere Haltung ist erkennbar durch z. B. die Körperstellung, eine innere Haltung ist erlebbar durch die unterschiedlichen Ansichten und Werte der Person. Haltung bedeutet aber auch eine Gelassenheit in schwierigen Situationen zu entwickeln, um diese professionell zu meistern. Um diese als Pflegekraft entsprechend zu entfalten, müssen Sie in der Lage sein, Handlungskompetenz zu entwickeln. Unter der Berücksichtigung der uns bekannt Kompetenzen entsteht diese Haltung im Rahmen der Ausbildung und der ersten Berufsjahre. Erkennt eine Pflegekraft ihre Position im multiprofessionellen Team und kann diese auch ausfüllen, bedarf es einer Anpassung aller anderen Berufsgruppen. Findet eine Pflegekraft ihre Position nicht, wird sie als funktionaler Spielball zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen gesehen und sorgt dafür, jeder Gruppe ihre wichtigen Informationen zukommen zu lassen. Es ist wichtig, eine klare Position einzunehmen, die anderen Berufe tun dies auch ohne Schwierigkeit. Nur durch diese eindeutige Positionierung kann eine Gleichwertigkeit aller deutlich gemacht werden und so bekommt die Informationssicherung eine ganz andere Bedeutung. Alle haben eine gleichwertige Wichtigkeit, Informationen weiter zu geben

und somit für eine effektivere Patientenversorgung Verantwortung zu übernehmen.

Ein Pflegeverständnis kann nur ausgestrahlt und vermittelt werden, wenn die Pflegekraft dazu in der Lage ist, dieses auch zu entwickeln und anzunehmen. Ein Pflegeverständnis entsteht aus der persönlichen Überzeugung heraus, ist aber auch abhängig vom Wissenserwerb und von der Institution, in der eine Pflegekraft sozialisiert wird. Letztendlich sollte die Perspektive immer auf die Gesundheitsförderung ausgerichtet sein und die zentrale Fragestellung von Antonovsky aufgreifen: „Was hält einen Menschen gesund?“. Somit hält der oft zitierte fett gedruckt Paradigmenwechsel von der Krankheitsorientierung zur Gesunderhaltung auch in der Entwicklung der pflegerischen Grundhaltung Einzug. Dies macht unserer Meinung nach ein multidisziplinäres Team aus.

Die medizinische Perspektive, die klar nach den Ursachen der Krankheit sucht und dafür sorgt, dass die Funktionalität des Menschen wiederhergestellt wird. Die pflegerische Perspektive, die die entstandene Wiederhergestellttheit aufrechterhält und zusammen mit dem betroffenen Menschen dafür sorgt, dass nach Möglichkeit ein gesundheitsförderliches Verhalten angenommen und neu definiert wird.

Unter diesen Voraussetzungen ist für die Pflege eine professionelle Sicherung der Patienteninformationen sichergestellt:

Die Pflegekraft ist durch ihre innere und äußere Haltung in der Lage, Informationen nach ihrer Wichtigkeit zu selektieren, zu verarbeiten und weiterzugeben. Dies wird durch die mit der Zeit gesammelte Erfahrung noch verstärkt.

Eine Pflegekraft erfährt Sicherheit in ihrem Tun und kann so ein verantwortungsvolles Handeln nach außen vertreten. Diese Sicherheit bei der Übergabe strahlt sie nicht nur in der eigenen Berufsgruppe aus, sondern ist auch in der Lage, ihre Position klar gegenüber allen anderen Berufsgruppen zu vertreten. Hier liegt noch etwas Arbeit vor der Pflege – aber, wenn ihr diese Position der Mitte im Rahmen der Patientenversorgung eingeräumt und zugestanden wird, kann ihr durch die entsprechende Verantwortungsübernahme eine gezielte Selektion von wichtigen Informationen adäquat gelingen.

Eine Position entwickelt man nicht nur durch die persönliche Entfaltung, sondern auch durch ein Entgegenkommen von außen. Wenn jede Berufsgruppe, die an der Versorgung des Patienten beteiligt ist, ihren Platz gefunden und eingenommen hat, sind die Verantwortungsbereiche klar definiert. Nur so ist eine gezielte Informationssicherung und -weitergabe innerhalb eines multiprofessionellen Teams möglich.

Literatur

- Heering C (2018) Das Pflegevisiten-Buch. 3. Aufl. Hans-Huber, Bern Verlag. ► <https://de.wikipedia.org/wiki/Information>. Zugegriffen: 5. Sept. 2016
 ► <http://soziologie.soz.uni-linz.ac.at/sozthe/freitour/FreiTour-Wiki/Informationsquellen.htm>. Zugegriffen: 7. Sept. 2016
- Meißner A (2004) Sind Pflegenden mit der Übergabe zufrieden? Pflegeforschung 10/04. ► <https://www.pflege-wissenschaft.info/archiv/2004/oktober/922-NY-GKTPVFMCIJHBRSLDXWEZ>. Zugegriffen 26. März 2017
- NN (2020) I Care Pflege, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart

Die Vielfältigkeit der Übergabe

Inhaltsverzeichnis

- 5.1 Sinn der Übergabe – 35**
- 5.2 Dilemma der Übergabe – 35**
- 5.3 Problematiken und Fehler bei bestehenden Übergabeformen – 38**
- 5.4 Intention der Übergabe – 41**
- 5.5 Aufbau und Ablaufstruktur einer Übergabe – 43**
 - 5.5.1 Grobe Struktur einer Übergabe – 43
 - 5.5.2 Die strukturierte Übergabe – 45
 - 5.5.3 Die offene Übergabe – 48
 - 5.5.4 Die halboffene Übergabe – 50
 - 5.5.5 Die Übergabe als Gespräch – 51
 - 5.5.6 Die patientenferne Übergabe – 52
 - 5.5.7 Die patientennahe Übergabe – 53
 - 5.5.8 Die schriftliche Übergabe – 54
 - 5.5.9 Die Tourenübergabe – 55
 - 5.5.10 Die Pflegeübergabe als Checkliste – 56
 - 5.5.11 Die Patientenübergabe für den OP – 57
 - 5.5.12 Die Pflegeüberleitung – 58
 - 5.5.13 Die systemische Übergabe – 59
 - 5.5.14 Übergabeformen in Kürze – 62
 - 5.5.15 Interprofessionelle Seminarübergabe – 62
 - 5.5.16 Weitere Übergabekonzepte – 63
- 5.6 Störungen der Übergabe – 65**

5.7 Qualitätsmerkmale einer Dienstübergabe – 68

5.8 Ausblick – 69

Literatur – 71

5.1 Sinn der Übergabe

Die Übergabe hat den Sinn, neue und unbekannte Informationen über einen Menschen weiterzugeben. Sie soll vollständig und umfassend sein, aber auch präzise und zeiteffizient. Die Anforderungen sind unterschiedlich, die Struktur individuell. Ein Vorgehen anhand von vorgegebenen Kriterien ist selten. Weder in der pflegerischen Ausbildung noch in weiterführenden Fortbildungen wird wirklich über eine sinnvolle Struktur der Pflegeübergabe gesprochen, bzw. diese vermittelt und besprochen. Eine Auszubildende orientiert sich an den Vorgaben der Übergabe, die in ihrem praktischen Handlungsfeld vorliegen.

Das so wichtige Instrument der Übergabe, „verkommt“ in der Praxis daher häufig zu einem handlungslosen Informationsaustausch über Patienten ohne eine klare Struktur. Es wird oft von der Individualität gesprochen, die gerade im Rahmen von Informationsweitergaben so wichtig ist. Die Pflegepraxis fordert allerdings immer mehr eine klare Informationsstruktur und eine Bündelung von relevanten Daten der Patienten. Gerade im Rahmen von Kostendruck, knappen Personalressourcen und effizienteren Arbeitsabläufen in der Pflege, wird die Forderung nach einer klaren Übergabestruktur lauter. In diesem Kapitel möchten wir den aktuellen Bedarf an einem klaren Informationsaustausch zwischen den Pflegekräften darstellen, typische Stolpersteine aufdecken und eine konkrete Struktur für die Übergabe aufzeigen.

5.2 Dilemma der Übergabe

Immer wieder wird davon gesprochen, dass die pflegerischen Übergaben chaotisch, unstrukturiert, zeitaufwändig und nach dem Bauchgefühl der jeweiligen Pflegekraft durchgeführt werden. Eine klare Struktur fehlt. Sie sind überlagert von medizinischen Fachbegriffen, die für viele Teilnehmende

ein klares Verständnis erschweren. Der Umfang der weitergegebenen Informationen gegenüber den Kollegen wird eher gering gehalten, um Zeit zu sparen. Die Prioritäten liegen klar auf den medizinischen Fakten, weniger auf den pflegerelevanten Aspekten.

Ein weiteres Merkmal sind Fragen-Antworten-Formate zwischen den Schichtvertretern. Unklarheiten müssen sofort beantwortet werden und werden selten gebündelt zum Abschluss gestellt. Ein Gespräch zwischen den Pflegekräften entsteht kaum, da das Rederecht in erster Linie dem zu Übergabenden obliegt.

Auf Basis der Forschungsarbeit von Anne Meißner zur Pflegeübergabe haben wir uns für unsere Recherche an der Pflegepraxis orientiert und in unterschiedlichen Pflegesettings mit unterschiedlichen Pflegekräften eine Ist-Analyse durchgeführt. Für die Dienstübergabe ist es wichtig einen ruhigen Ort für den Informationsaustausch zu haben. Wir sind davon ausgegangen, dass das in der heutigen Zeit selbstverständlich ist, dass sich die Pflege für Gespräche etc. in einen separaten Raum zurückziehen kann. Viele Übergaben finden im Personalaufenthaltsraum oder im Stationszimmer statt. Teilweise ziehen sich die Pflegekräfte in die Stationsküche oder ins ärztliche Untersuchungszimmer zurück, um dort ungestört zu sein. Auf den Intensivstationen findet der Informationsaustausch im Patientenzimmer bzw. in der Schleuse vor dem Zimmer statt. Im Ambulanten Bereich gibt es immer noch ein Übergabebuch, in dem die wichtigen Informationen für die nächste Schicht dokumentiert werden. In Einheiten des betreuten Wohnens ziehen die Pflegekräfte sich in das Wohnzimmer der Wohngruppe o. ä. zurück. Es wurde allerdings auch über Raumnot geklagt – dann findet die Übergabe gerade da statt, wo ein Platz frei ist.

Oft wird auch darüber diskutiert, für welche Personen die neuen Informationen der Patienten wichtig sind. Klassisch ist

5 auch, dass die zuständige Pflegekraft an der Übergabe teilnimmt und Auszubildende, Praktikanten etc. mit den Informationen nicht wirklich etwas anfangen können. Auf der anderen Seite ist wiederum auch jedem klar, dass alle an der Pflege beteiligten Personengruppen die relevanten Informationen für eine individuelle Pflege benötigen. Bezogen auf beteiligte Personen der Übergaben ergab unsere Recherche ein sehr unterschiedliches Bild: Alle benannten die zuständigen Pflegekräfte, gefolgt von der Stationsleitung. Zum Großteil wurden auch Auszubildende, Praktikanten, Pflegehilfskräfte und FSJler benannt. Für einige Pflegekräfte ist es auch wichtig, dass z. B. die Angehörigen mit anwesend sind. Ebenso wie der behandelnde Arzt oder ein Case-Manager, die gut in eine fallbezogenen Übergabe mit eingebunden werden können. Es gab auch noch den Hinweis, dass eine komplette Übergabe, an der alle Pflegekräfte für alle Patienten teilnehmen als eher unproduktiv gesehen wird. Es gibt zu viele Informationen, die nicht alle Pflegekräfte zu gleichen Anteilen betreffen. Somit kommt es bei dieser Informationsflut zu einer unklaren Selektion von relevanten und irrelevanten Daten.

Ebenso vielfältig wurden die weiterzugebenden Informationen benannt: Es besteht ein großer Strukturierungsbedarf, da viele Pflegekräfte einfach nach Bauchgefühl und Intuition handeln. Die Aussagen reichten von den persönlichen Daten, über die Diagnose bis hin zum Pflegeprozess. Eine klare Struktur und Rangfolge der Informationen war nicht erkenntlich. Auch war nicht erkennbar, welche Daten für die Pflege eine besondere Relevanz haben bzw. welche rein medizinisch sind. Die Reihenfolge der weitergegebenen Informationen basieren ebenfalls auf keiner Strukturgrundlage. Sie werden nach persönlicher Wertigkeit weitergegeben. Sie sind laut Aussage der Pflegekraft von der Tagesstruktur abhängig, werden von der Zimmerstruktur vorgegeben (z. B. mit welchem Patienten begonnen wird)

oder spielen für die Pflege überhaupt keine Rolle.

- Die wichtigen Informationen sollen immer zu Beginn der Übergabe weitergegeben werden, da dann noch alle Pflegekräfte aufmerksam sind.

Eine relativ große Klarheit herrschte unter den befragten Pflegekräften darüber, welche Informationen für sie nicht in eine Übergabe gehören. Eine subjektive Meinung über den Patienten kann unerwähnt bleiben, wozu auch Sympathie oder Antipathie gegenüber dem Patienten gehören. Genauso die „Schuldfrage“ an der jetzigen Situation des Menschen. Auch die Konflikte mit anderen Berufsgruppen gehören nicht in eine Übergabe, sondern müssen z. B. in der Dienstbesprechung thematisiert werden. Angeordnete Medikamenten, die für jeden aus der Kurve zu entnehmen sind brauchen nicht explizit erwähnt werden. Vielen Pflegekräften ist eine angemessene professionelle Ausdrucksweise wichtig. Zudem gehören private Angelegenheiten, Empfindungen, sowie Einstellung zum Patienten nicht in die Übergabe. Das Aufzählung nicht durchgeführter Maßnahmen ist unwichtig, wünschenswert ist das benennen der durchgeführten Aspekte. Lang ausschweifende Detailbeschreibungen von Zuständen sollten auf ein Wichtiges fokussiert werden. Abgesetzte Therapien, Medikamente und Anordnungen können auch unerwähnt bleiben. Hier wird für uns deutlich, dass in der Übergabe viele subjektive Einschätzungen weitergegeben werden und sich wenig an objektivierbare Methoden gehalten wird (z. B. Schmerzskaalen, Assessment-Instrumente etc.) und ein persönliches Meinungsbild vermittelt wird (wie z. B. der „schwierige“ Patient).

Im Weiteren wurde deutlich, dass den befragten Pflegekräften v. a. Zeit, Ruhe und ein separater Raum fehlt. Es wurde auch benannt, dass sich eine Übergabe oft verzögert, weil wichtige Dokumente zur

Orientierung (Patientenkurve) nicht immer vorhanden sind (Patient ist gerade zur Untersuchung, der behandelnde Arzt benötigt die Kurve, es ist Visite, etc.). Auch eine ausführliche Dokumentation, die die Basis einer vollständigen Übergabe ist, wird bemängelt. Es kommt häufig zu Störungen, obwohl die Übergabezeiten klar sind, die Übergabe durch ein Hinweisschild an der Tür verdeutlicht wird, das Telefon klingelt etc.

Der Wunsch nach mehr Austausch der einzelnen Berufsgruppen, z. B. Pflege, Ärzten, Physiotherapie, innerhalb des multiprofessionellen Teams ist sehr groß. Oft kommt es zu mehrmaligen Informationsweitergaben an Andere, wären diese an der Übergabe beteiligt, könnte viel Zeit gespart werden. Auch eine Erläuterung von unbekannten Begriffen, Situationen, Abläufen ist wünschenswert. Im ambulanten Bereich wurde angemerkt, dass die Daten im Übergabebuch oft fehlinterpretiert werden und ein gemeinsamer Austausch einmal pro Woche zu wenig ist. Der Wunsch nach einer Übergabe am Bett, damit der Patient selbst mit einbezogen werden kann, wurde ebenfalls laut. Bei der Befragung wurde zudem häufig angemerkt, dass die Einweisung in unbekannte Geräte nicht effektiv genug erfolgt – auch wenn dies die Übergabe nicht direkt betrifft, sollte dieser wichtige „Kritikpunkt“ nicht unerwähnt bleiben.

Empfehlenswert ist eine angenehme Atmosphäre. Sie ist wichtig für eine gute Konzentration und zum Informationsaustausch. Die befragten Pflegekräfte befürworten eine standardisierte Übergabe, die sich immer nach den gleichen Vorgaben richtet. Die Zeit der Übergabe soll für die Belange des Patienten genutzt werden und nicht immer nur die aktuellen medizinischen Aspekte in den Vordergrund stellen. Die Orientierung am Pflegeprozess wurde herausgestellt. Wenn die Probleme des Patienten klar definiert und Ziele festgelegt sind, kann das eine gute Struktur für die Übergabe sein.

Der Datenschutz wird zu wenig berücksichtigt. Oft liegen die Kurven mit sensiblen Patientendaten bei offener Tür im Stationszimmer. Eine Wahrung dieser Informationen ist oft nicht gegeben. Das Erheben von sozialen Daten im Rahmen einer Sozialanamnese wird selten durchgeführt, dabei sind gerade diese Informationen für die Entlassung und die weiterführende Pflege im ambulanten Bereich äußerst wichtig. Eine Vorausschauende Planung für den Schichtwechsel wird häufig nicht in Erwägung gezogen, auch das macht eine Vernetzung von Informationen schwer. Eigentlich selbstverständliche Dinge, wie ausreichend Sitzplätze, pünktlicher Beginn, klare Zeitstruktur und keine Störungen gehören leider nicht zum Alltag einer Übergabe.

Fazit

Zur Verbesserung der Übergabe müssen folgende sechs Aspekte geklärt sein:

- ─ Wo findet die Übergabe statt?
- ─ Wer nimmt an der Übergabe teil?
- ─ Welche Informationen müssen Inhalt der Übergabe sein?
- ─ Nach welcher Struktur wird während einer Übergabe vorgegangen?
- ─ Welche Dokumente dienen für die Übergabe als Grundlage?
- ─ Wie können Störungen während der Übergabe verhindert werden?

Nach diesen diffusen Informationen zum aktuellen Stand einer pflegerischen Übergabe wird sichtbar, wie wichtig klare Rahmenbedingungen für einen Informationsaustausch sind. Keiner Pflegekraft war tatsächlich bewusst, was zu einer Übergabe gehört, es sei denn, es gibt eine stationsinterne Vorgabe. Hier besteht klarer Handlungs- und Schulungsbedarf. Nur wenn Informationen klar strukturiert weitergegeben werden können, ist eine Pflegekraft in der Lage, professionell zu Handeln und eine gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten.

5.3 Problematiken und Fehler bei bestehenden Übergabeformen

Wie aus unserer Befragung und der vorliegenden Literatur zur Ist-Situation deutlich wird, ist der Bedarf für eine Optimierung der pflegerischen Übergabe unumgänglich.

Die Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem Patienten ist unausgeglichen: Der Patient hat das Recht auf eine optimale pflegerische und medizinische Versorgung, während die Pflegekraft die Aufgabe hat diesem Auftrag nachzukommen.

Auch das Wissensverhältnis beider Beziehungspartner ist ungleich: Die Pflegekraft verfügt ganz klar über ein höheres Maß an Wissen und hat die Pflicht dieses dem Patienten gegenüber transparent zu machen. Sie kennt demnach den aktuellen Zustand und die daraus resultierende Prognose besser, als der betroffene Mensch selbst. Dieser ist aufgrund seiner Wissensdefizite oft nur in Ansätzen in der Lage, die vorliegenden Fakten richtig zu interpretieren und einzuschätzen. Er benötigt die Unterstützung der Pflegekraft, die somit die Pflicht hat, dem Patienten die vorliegenden Fakten zu erläutern und situativ einzuschätzen. Alle an der Pflege beteiligten Berufsgruppen haben den klaren Vorteil, aufgrund ihres Wissens eine objektivere Einschätzung des betroffenen Menschen vorzunehmen als der Betroffene selbst.

Die verbale Beschreibung von Patienten durch das Pflegepersonal bietet eine große Vielfalt. Patienten werden zum Großteil mit ihren personalisierten Daten vorgestellt, d. h. ihrem Namen, Geburtsdatum etc. Teilweise erfolgt eine Orientierung jedoch auch an der Zimmer- und Bettplatznummer, z. B. „... Achtzig im ersten ...“. Auch Operationen, wie z. B. „... die Gastrektomie in Zimmer drei ...“ oder Organe, wie „... die Galle in Zimmer vierzehn ...“ dienen als personalisierte Orientierungen. Das Geburtsdatum dient der Einordnung in „jung“ oder „alt“.

Hier werden auch oft Synonyme, wie „Baujahr“ etc. verwendet. Daran wird oft der Pflegebedarf festgemacht. Dieser ist nach der Kategorisierung in „alt“ automatisch höher.

Oft werden auch klare Arbeitszuweisungen für die übernehmende Pflegekraft ausgesprochen, indem sich die anfallenden Tätigkeiten zuerst in Aufzählungen widerspiegeln und dazu noch in allen Einzelheiten dargestellt werden. Die Pflegekraft, die die Übergabe aktiv durchführt, gewährt den „schwierigen“ Patienten verhältnismäßig viel Raum. Die vorherrschenden Situationen werden detailliert beschrieben und oft negativ dargestellt. Auch Diagnosen, Therapien oder Befunde werden vom Übergebenden subjektiv nach seiner Meinung dargestellt. Der Patient würde seine Realität bestimmt häufig anders darstellen. Bei der Darstellung der aktuellen Situation wird oft die tatsächliche Einschätzung des Patienten gar nicht berücksichtigt. Somit bekommt die Pflegekraft, die diesen Patienten übernimmt in der Regel ein Bild vermittelt, das sich in der Realität ganz anders zeigt. Aus Zeitmangel wird dem Patienten daher ein Einbezug in seine Übergabe verwehrt. Darüber hinaus muss man sich im Klaren sein, dass diese subjektive Interpretation von der durchführenden Pflegekraft auch in der Patientenakte (schriftlich oder digital) dokumentiert wird und somit eine klare Positionierung des Patienten archiviert wird.

Die Übergabe besteht zu großen Anteilen aus klaren Sachinformationen, eine prozesshafte, geplante Pflege wird selten dargestellt. Dafür wird der Zeitmangel zugrunde gelegt. Allerdings lässt sich hier auch vermuten, dass die Pflegepraxis aufgrund mangelnder Gewohnheit eine prozessorientierte Pflege nicht darstellen kann.

Der Beginn einer Übergabe ist häufig von Stress und Zeitmangel geprägt. Manchmal erscheint es so, dass je gestresster die Pflegekraft wirkt, desto höher ihre Arbeitsbelastung ist und umso schneller muss die Übergabe erledigt werden. Ein wirklicher

Austausch erfolgt selten und wenn psychosoziale Aspekte des Patienten thematisiert werden, heißt es häufig, dass dafür keine Zeit ist. Ist eine Arbeitsphase eher ruhig verlaufen, wird das patientenbezogen so formuliert: „Bei Herrn Meier war nichts.“ oder „Die Operation verlief ohne Probleme.“. Zu Bedenken ist, dass negative Situationen anscheinend einen höheren Wert haben, da hier wesentlich mehr Informationen an die nachfolgende Pflegekraft weitergegeben werden. Positive Geschehnisse werden schnell und ohne weitere Kommentare erwähnt. Somit ist eine klare negativ-informative Ausrichtung der Übergabe gegeben. Es ist zu beobachten, dass Übergaben mit einem geringeren Informationswert wesentlich schwieriger zu führen bzw. zu interpretieren sind.

Geht es um „schwierige“ Situationen, ist jeder Pflegekraft die geschilderte Situation klar. Wenn es allerdings um „gute“ Situationen geht, findet keine weitere Definierung statt. Welche Bedeutung hat daher ein „gut“? Eine Ausführung der positiven Situation bleibt fast immer aus. Daher kann auch keine Interpretation eines „guten“ Zustands vorgenommen werden. Für eine herkömmliche Übergabe werden in der Regel dreißig Minuten Zeit eingeplant. Unabhängig von der Anzahl der Patienten und von der Pflegeintensität. Dabei wäre doch eine logische Zeitplanung, im Sinne von 3 min pro Patienten (oder ähnlich) nachvollziehbarer. In vielen Pflegesettings reicht die Zeit von dreißig Minuten gar nicht aus, um der folgenden Pflegekraft ein objektives Bild des weiteren Verlaufs zu verdeutlichen. Informationen werden zusammengeführt, es wird auf die schriftliche Dokumentation verwiesen oder sie werden sogar weggelassen. Pflege orientiert sich fast immer an dieser dreißig minütigen Zeitvorgabe und versucht sich in den unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen auf diese Zeitvorgabe einzustellen.

In ambulanten Pflegesettings wird diese klassische Form der Übergabe überhaupt

nicht berücksichtigt, da eine Überlappungszeit nicht vorgesehen ist. Eine detaillierte Verlässlichkeit des Pflegeberichts hat daher eine wesentlich höhere Priorität, um die weitere Versorgung zu gewährleisten.

Übergaben gestalten sich in den unterschiedlichsten Varianten. Einzelne Bereiche oder „Zimmer“ werden übergeben, nur die zuständige Pflegekraft muss anwesend sein, zeitliche Ressourcen werden eingespart mit dem Hinweis auf die schriftliche Dokumentation etc. Versuche der Pflege, die Übergabezeit am tatsächlichen Bedarf der Informationen zu fixieren, sind im Akutbereich oft gescheitert. Das Hauptanliegen einer Übergabe ist die Weitergabe von Sachinformationen innerhalb eines Arbeitsbereichs, wie z. B. der Station, des Wohnbereichs oder der ambulanten Versorgung. Der Austausch erfolgt nur zwischen den Primärpflegekräften, die unmittelbar an der Pflege des Menschen beteiligt sind. So gut wie immer werden Sekundär – oder Subsysteme, die oft auch eine hohe Relevanz für den Genesungsverlauf und die weitere Versorgung des Menschen haben, im Rahmen der Übergabe nicht berücksichtigt. Die informierende Pflegekraft gibt nur ihre erlebte Wirklichkeit weiter. Da in zu informierende Pflegekraft Teil des Systems ist, wird vorausgesetzt, dass sie die erlebte Wirklichkeit genauso einschätzt. Daher wird auch nur diese einzige Realität weitergegeben. Es findet kein Hinterfragen dieser erlebten Wirklichkeit statt und auch nur selten eine Berücksichtigung der Patientenwelt. Die Pflegekraft, die die Informationen weitergibt, geht immer von der absoluten Wahrheit aus und nicht von unterschiedlichen Wahrnehmungen und Realitäten.

In der Übergabe zwischen dem Früh- und Spätdienst werden die wissensreichsten Informationen ausgetauscht. Sie umfasst etwa 52 % der auszutauschenden Informationen. Die Früh- und Abendübergabe haben einen ähnlichen Informationswert und liegen ungefähr bei 25 %. Allerdings weist das Gespräch, in dem die Informationen

ausgetauscht werden, zahlreiche Brüche und Störfaktoren auf.

- Eine Verdeutlichung der Patientensituation erfolgt fast ausschließlich an medizinischen Fakten. Pflegerelevante Daten werden als weniger wichtig bewertet. Ressourcen des Patienten werden fast nie im Rahmen der Übergabe erwähnt!

5 Aufgrund der bereits benannten Probleme werden Begründungen des aktuellen Pflegezustands nur selten ausgeführt und verdeutlicht. Bezüge zu den Ressourcen des Patienten oder zum Pflegeprozess sind nicht vorhanden. Eine Weiterführung der vorliegenden Informationen, im Sinne des Informationsflusses, ist nur selten erkennbar. Die Patientensituation wird fast immer an medizinischen Fakten verankert und verdeutlicht. Daran wird auch die Schwere des Pflegebedarfs gemessen. Nur ca. 6 % der weitergegebenen Daten haben eine pflegerische Relevanz. Eine Trennung zwischen privaten Anliegen der Pflegekräfte und dem professionellen Übergabegespräch gelingt oft nicht. Es kommt immer wieder zu einer Vermischung, auch weil eine klare Struktur fehlt und die Gesprächsführung sehr stör anfällig ist. Weitere, klassische Störfaktoren sind Unpünktlichkeit. Durch das Zusammenkommen vieler unterschiedlicher Menschen verzögert sich, bedingt durch private Herausforderungen, der Beginn der Übergabe. Die Unstrukturiertheit sorgt für eine Informationsflut, die oft zu einer Desinteresse führt. Daher gibt es viele unbeteiligte Personen während der Übergabe. Auch Informationsdefizite verstärken diesen Effekt. Dieses mangelnde Interesse verleitet die Zuhörenden zu Gedankenlosigkeit, Abschweifen oder privaten Nebengesprächen.

Die Dienstübergabe ist weiterhin eine der meistunterbrochenen pflegerischen Handlungen überhaupt (65 % Störungen).

Sie ist durch die benannten Störungen von unterschiedlichen Fehlerarten geprägt. Der gravierende Fehler ist das Auslassen von Informationen, die von hoher Wichtigkeit sind. Es kann sich dabei zum einen um medizinische Probleme bis hin zu pflegerelevanten Folgen handeln. Auch fehlerhafte oder falsche Informationen werden in Übergaben immer wieder kommuniziert. Sie werden häufig fehlerhaft eingeschätzt und interpretiert oder auch priorisiert. Das führt häufig zu einer fehlerhaften Schwerpunktsetzung bei der weiteren Patientenversorgung. In diesem Kontext kommt es auch immer vor, dass im Rahmen von getroffenen Entscheidungen Begründungszusammenhänge fehlen oder nicht erklärt werden können. Ein pflegerischer Bezug fehlt oder wird erst gar nicht als weiterführende Problemstellung ermittelt. Vorhersehbare Lösungsansätze bei der weiteren Patientenversorgung wird viel zu wenig in Übergaben formuliert und diskutiert. Hierzu zählen auch Informationen, die gegebenenfalls irrelevant sind. Vor allem in Notfallsituationen wird eher das Szenario dargestellt und nicht die Konsequenzen für den Patienten abgeleitet. Abschließend ist die mangelnde Pflegedokumentation als Herausforderung anzusehen. Wird diese noch handschriftlich erstellt, mangelt es häufig an einem leserlichen Schriftbild. Allerdings viel gravierender ist die ausführliche schriftliche Darstellung und die Wortwahl der Pflegedokumentation. Hier muss herausgestellt werden, dass dieser elementare Aspekt viel zu wenig in der pflegerischen Grundausbildung gelernt und curricular verortet ist um eine klare schriftliche Dokumentation zu erstellen. Diese unterschiedlichen Fehlerarten werden sicherlich nicht komplett einzustellen sein, allerdings ist die Sensibilisierung über diese möglichen Fehlerquellen wichtig um sie in den folgenden Übergabeformaten zu minimieren.

5.4 Intention der Übergabe

Wie bereits mehrfach erwähnt dient die Übergabe zu allererst der genauen **Informationsweitergabe** über die zu pflegenden Patienten/Bewohner. Die Schwerpunkte und Zusammensetzung orientieren sich am Pflegegesetz:

- Im Altenpflegebereich steht mehr das tägliche Leben im Mittelpunkt. Die Bedürfnisse der Bewohner werden klarer fokussiert und besprochen. Veränderungen bezogen auf den Gesundheitszustand sind hier seltener.
- Im ambulanten Bereich werden eher akute, pflegerische Ereignisse, wie aber auch Lebensbedürfnisse thematisiert.
- In der stationären Akutversorgung hingegen werden die akuten, krankheitsbedingten Veränderungen und medizinischen Aspekte behandelt. Eine Orientierung an der Pathogenese des Menschen ist hier immer noch obsolet. Während in den anderen Bereichen eine klare Abgrenzung zu salutogenetischen Ansätzen erfolgen kann.

Die zweite Intention einer Übergabe ist die **Festlegung des geplanten, pflegerischen Vorgehens**. In der Regel erfolgt eine klare Prioritätensetzung durch die vorausgegangene Pflegekraft. Diese hat anhand der Geschehnisse und der aktuellen Veränderungen, bedingt durch Visiten, Anordnungen und Zustandsveränderungen, eine klare Handlungsstruktur des weiteren Ablaufs festgelegt. Oft ist diese abhängig von Begleitfaktoren wie Untersuchungszeiten etc., aber eine Wichtigkeitsabfolge ist in den meisten Fällen schon festgelegt. Die nachfolgende Pflegekraft hat dann die Aufgabe diese Planung weiter fortzusetzen und aktuelle Veränderungen, die sich wiederum aus situativen Veränderungen ergeben, in diesen Handlungsablauf planerisch zu berücksichtigen.

Eine weitere Intension der Übergabe ist die **Klärung allgemeiner organisatorischer Fragen** im pflegerischen Kontext.

Hier geht es zum einen um Fragestellungen, die die pflegerische Versorgung direkt tangieren. Medizinische Verständnisfragen, die den pflegerischen Ablauf sofort betreffen und dem Pflegepersonal unklar sind. Auch die Organisation von patientenbezogenen Hilfsmitteln ist zu klären. Die Diskussion im Pflegeteam über die Relevanz einer Antidekubitusmatratze gehört genauso dazu, wie die Beratung über die individuellen, pflegerischen Maßnahmen zur Pneumonieprophylaxe oder spezielle Wundversorgungen, die spezifisch bei nur diesem Patienten durchgeführt werden müssen sowie die Anwendung von Mobilisierungshilfsmitteln, um den Patienten schnellstmöglich wieder an physiologische Bewegungsmuster heranzuführen. Zu den organisatorischen Fragestellungen gehören auch strukturelle Aspekte zu stationsinternen Abläufen, wie z. B. die Einführung neuer Arbeitsabläufe. Aber auch Organisationsstrukturen, die das Arbeitsteam betreffen, können in Übergeben geklärt werden. Die Begleitung von Auszubildenden und Praktikanten, die Einteilung der zu versorgenden Pflegebereiche bzw. Arbeitsbereiche oder die Übernahme von Arbeitsfunktionen, wie Bestellwesen etc. können wichtige Aspekte der Übergabe sein.

- Stationsinterne Fortbildungen oder die Einweisung in neue Geräte können an die Übergabe angegliedert werden, sollten allerdings nicht Gegenstand der Übergabe sein. Eine klare thematische und zeitliche Trennung ist hier zu empfehlen. Größere organisatorische Angelegenheiten, wie z. B. Urlaubsplanung oder Teamprozesse, sollten jedoch unbedingt in eine regelmäßig stattfindende Teambesprechung und nicht während der Übergabe diskutiert werden.

Die vierte Intention einer Übergabe ist die **Stärkung des Teamzusammenhalts**. Eine gute Teamarbeit überträgt sich v. a. im akut stationären Bereich sofort auf die

Arbeitsprozesse und somit auf den Patienten. Daher sollten auf die Belange des Teams in unterschiedlicher Art und Weise reagiert werden. Die Arbeitsbelastung ist eine wichtige Komponente, die Teamzusammenstellung oftmals eine viel Wichtigere. Teams, die gut harmonieren und arbeitsfähig sind, können mit Arbeitsspitzen viel gelassener umgehen als Teams, die von Konflikten beherrscht werden. Eine Wertschätzung der Arbeit steht an oberster Stelle. Diese sollte durch die Team- oder Schichtleitung erfolgen und das beste Instrument, um die erledigte Arbeit zu loben ist während der Übergabe. Nimmt also die Leitung an der Übergabe teil, vermittelt sie zum einen eine Wichtigkeit dieses Instruments zum Informationsaustausch und zum anderen kann sie arbeitseffizient die Informationsweitergabe nutzen, um der Pflegekraft ein positives, wertschätzendes Feedback für ihre Arbeit zu geben. In arbeitsintensiven Phasen kann hier sogar das ganze Team positiv verstärkt und gelobt werden. Durch dieses einfache Instrument erfolgt eine Anerkennung der erledigten Arbeit und der Teamzusammenhalt wird gefördert. Auch durch die Einführung und Berücksichtigung kleiner Teamrituale begünstigt man den Zusammenhalt im Team positiv. Dazu gehört der ordentliche Übergaberaum, vorbereitete Getränke, etc. Hierbei spielt die Atmosphäre eine wichtige Rolle. Damit ist nicht nur die Räumlichkeit gemeint, sondern auch wieder die strukturellen Gegebenheiten der Übergabe.

Praxistipp

Die vier Intentionen der Übergabe sind:

- Informationsweitergabe der Patientendaten
- Festlegung des weiteren pflegerischen Vorgehens
- Klärung allgemeiner organisatorischer Fakten von Station
- Stärkung des Teamzusammenhalts und der Verantwortungsübernahme

Es ist sinnvoll, einige Aufgaben vor der Übergabe zu klären. Dazu gehört eine klar kommunizierte und festgelegte Organisationsstruktur des Arbeitsbereichs. Wird in diesem Bereich noch funktionale Pflege durchgeführt, ist es selbstverständlich, dass vom Praktikanten bis zur Stationsleitung alle an der Pflege beteiligten Personen an der Übergabe beteiligt sein müssen. Bei einer Aufteilung der Pflegekräfte in unterschiedliche Bereiche, müssen nur die jeweiligen Mitarbeiter anwesend sein, die auch anschließend für dieses Gebiet verantwortlich sind. Eine Aufteilung aller an der Pflege beteiligten Personen muss vor der Übergabe schon stattgefunden haben, damit eine effiziente Informationsweitergabe möglich ist. Es ist sehr sinnvoll, während der Übergabe eine Pflegeperson aus der übergebenden Schicht zu benennen, die für die aktuellen Geschehnisse der Patienten verantwortlich ist. Sie kümmert sich um die Patientenklänge, das Telefon und Anfragen von anderen Berufsgruppen oder Angehörigen. Sie nimmt nicht an der Übergabe teil, sondern übernimmt anfallende Tätigkeiten im Stationsablauf. Dadurch haben die zu übergebenden Pflegekräfte zeitliche Ressourcen und können sich vollkommen auf den Informationsaustausch konzentrieren.

Vor Beginn der Übergabe sollte auch der Raum, in dem diese stattfindet, vorbereitet sein. Das Zimmer ist durchgelüftet, der Tisch ist aufgeräumt, es gibt ausreichend Sitzmöglichkeiten für alle Beteiligten, Getränke stehen bereit etc. Auch ein entsprechendes Türschild „Dienstübergabe, bitte nicht stören“ kann unnötige Störungen reduzieren. Hier sollte aber auch ein Hinweis auf die Pflegekraft im Stationsdienst vermerkt werden, an die man sich bei Fragen wenden darf. Um zeitliche Ressourcen zu sparen und die Übergabe vorab gut zu strukturieren, sollte vorher festgelegt werden, mit welchem Bereich und welcher Pflegekraft die Übergabe begonnen wird. Dazu ist das entsprechende Dokumentationssystem vorbereitet, sodass es auch für

die Informationsweitergabe genutzt werden kann. Insbesondere wenn es sich nicht um ein EDV-gestütztes System handelt, kommt es gerade während der Mittagszeit zu Mehrfachnutzen der Patientenakten. Um dem vorzubeugen, ist eine Transparenz des Ablaufs der Übergabe im Vorfeld allen Berufsgruppen zu verdeutlichen. Dieses kann z. B. an einem Whiteboard im Stationszimmer vermerkt werden. Eine aktuelle Patientenliste des Bereichs oder gesamten Station kann vorher an alle übernehmenden Pflegekräfte ausgeteilt werden. Hier gibt es Platz für persönliche Notizen und Ausführungen.

Zudem kann es hilfreich sein, eine stationsinterne Umgangsregelung für die Übergabe in einer vorausgegangenen Teambesprechung durch alle Pflegekräfte festzulegen. Dort kann vereinbart worden sein, dass z. B. alle während der Übergabe konzentriert zuhören und Nebengespräche auf später verlegt werden. Trinken ist erlaubt, Essen wird nur in den Pausenzeiten toleriert. Fragen und Unklarheiten werden direkt nach jedem Patienten aufgenommen und geklärt. Sachliche Inhalte zur Patientensituation werden strukturiert und objektiv weitergegeben. Empfehlenswert ist es, solche Teamregeln zu visualisieren, sie jedem Mitarbeiter auszuhändigen und großformatig im Raum der Übergabe zu platzieren.

Sind alle Informationen aus den unterschiedlichen Bereichen übergeben, bietet sich noch die Gelegenheit für die Stations-/Bereichs- oder Teamleitung wichtige organisatorische Aspekte anzusprechen und zu klären. Aktuelle Veränderungen, wie Dienstplanung im Krankheitsfall o. ä. können in einem kurzen, gemeinsamen Austausch diskutiert werden, sollten aber von der Leitung vorüberlegt sein, um im Bedarfsfall argumentieren zu können.

5.5 Aufbau und Ablaufstruktur einer Übergabe

Nach der vorausgegangenen Dilemma- und Problembeschreibung von bestehenden Übergaben im gesundheitlichen Kontext werden wir im Folgenden einige Beispiele und Ideen für eine mögliche Struktur von unterschiedlichen Übergaben geben. Sie dienen der praktischen Berücksichtigung, Weiterentwicklung, als Ideengeber oder als grobe Orientierung, um sie ggf. an Ihr Praxissetting anzupassen.

5.5.1 Grobe Struktur einer Übergabe

Die Pflege ist in vielen Punkten noch nicht wissenschaftlich beweisbar und basiert in vielerlei Hinsicht auf Erfahrungswissen einer Pflegekraft. Auch Rituale prägen pflegerische Abläufe. Sie finden sich in einfachen Pflegeabläufen wieder, dominieren die pflegerischen Maßnahmen zu den Prophylaxen und erscheinen in festgeschriebenen strukturellen Abläufen auf den Stationen. Hier findet sich auch die Pflegeübergabe wieder. Vielleicht ist sie sogar das am längsten bestehende Ritual der Pflege. Sie dominiert in jeglicher Form und Variation den Wechsel zwischen den Schichten und dient dem langsamen Einfinden in den aktuellen Stationsablauf und der Patientenversorgung. Es ist ein Ankommensritual, um nicht sofort mit der Arbeit beginnen zu müssen und legitimiert auf eine konkrete Arbeitsanweisung durch Andere zu warten. Durch eine genauere Analyse haben Brinker/Sager 1989 schon drei Phasen einer Übergabe erkannt und beschrieben.

Praxistipp

Teilen Sie die Übergabe zur besseren Orientierung in eine grobe Struktur ein:

1. Eröffnungsphase
2. Kernphase
3. Beendigungsphase

5**■ Eröffnungsphase**

Die Eröffnungsphase leitet die Übergabe ein. Sie dient als Einstimmung für die folgende Weitergabe von Informationen und umfasst die ersten Minuten der Übergabe. Traditionell wird sie von einer Pflegekraft, die Informationen weitergibt, begonnen. Sie beginnt, wenn alle die Personen anwesend sind, für die die entsprechenden Informationen des Patienten wichtig sind. Zur Eröffnung des Informationsaustauschs, sind alle in einer entspannten Situation, können sich auf die bevorstehenden Aspekte einlassen und sind mit den nötigen Informationssicherungshilfen versorgt (wie z. B. Belegungsplan, Notizzettel, etc.). Ein möglicher Beginn kann sein, dass die zuständige Pflegekraft einen groben Überblick über die derzeitige Stationsbelegung gibt und die gesamte Arbeitsbelastung darstellt. Oft erfolgt das z. B. mit den Worten: *„Wir sind voll belegt, da wir heute noch drei Aufnahmen bekommen haben. Es war viel zu tun, aber die Auszubildende hat uns heute sehr gut unterstützt, daher ist keine Arbeit für euch liegen geblieben.“* Es sollte darauf geachtet werden, dass die aktuelle Situation objektiv dargestellt wird. Wird die Übergabe gleich im „Jammertal“ begonnen, zieht das eine Demotivation der Folgegeschichte nach sich. Diese möchte anschließend logischerweise ihre Arbeit gar nicht beginnen.

■ Kernphase

Jetzt erfolgt die eigentliche Patientenübergabe. Mit der Kernphase beginnt die eigentliche Berichterstattung über die Patienten. Hier erfolgt eine klare Gliederung

und vorgegebene Struktur, nach der im jeweiligen Setting die Informationen gebündelt weitergegeben werden. Eine Variation ist dringend erforderlich, da im ambulanten Bereich Patientenberichte in einer anderen Form weitergegeben werden müssen als auf einer Akutstation im Krankenhaus.

➤ Generell sollte beachtet werden, dass zu jedem Patienten nach gleichen, festgelegten Struktur eine Informationsweitergabe erfolgt.

Dadurch werden die klassischen Floskeln, wie *„Bei Herrn Kalim war heute Vormittag nichts.“* oder *„Herr Kalim versorgt sich selbst, da ist nichts.“* bedeutungslos. Bei der ausgewählten Struktur soll darauf geachtet werden, dass subjektive Deutungsmuster durch die Pflegekraft wenig bis gar nicht möglich sind. Wie bereits beschrieben, ist die Weitergabe von klaren, objektiven Aspekten wichtiger und effizienter. Die Vorstellung eines Patienten beginnt immer mit seinem Namen und nicht mit seiner Diagnose oder seinen physischen Eigenschaften, wie z. B. *„Die Galle aus Zimmer fünf.“* oder *„Der Neue in Zimmer vier kam als Notfall ist auch noch megafett!“*. Ein wertschätzendes menschliches Verhalten muss im Vordergrund stehen.

Der Aufnahmegrund wird anschließend aufgezeigt. Ebenfalls soll das Alter klar benannt werden. Subjektive Beschreibungen bzw. Wertungen, wie z. B. *„Herr Adrian, Baujahr 38“* oder *„Herr Adrian, ein relativ junger, fitter Mann“*, sollen unterlassen werden.

Ein klares Aufzeigen der pflegerischen Problemsituationen aus der Betreuungsphase schließt sich an. Natürlich liefern medizinische Probleme, Untersuchungen, Therapien und Ergebnisse wichtige Erkenntnisse für pflegerelevante Informationen, die dann auch weitergegeben werden müssen. Sie sollen jedoch immer in Bezug zur Patientensituation gesetzt werden und keine Aneinanderreihung von unnötigen,

belanglosen Untersuchen sein. Für die weitere Versorgung und Betreuung des Menschen sind die Konsequenzen aus einer Untersuchung viel wichtiger, als eine Information darüber, dass die Untersuchung durchgeführt wurde. Gerade in dieser Kernphase ist es wichtig, auf die professionelle Wortwahl zu achten. Aussprachen wie *„Frau Meier ist durch den Wind.“* sind unangebracht und zeugen nicht von einer qualitativen Fachsprache.

Ist die Informationsweitergabe zu einem Patienten beendet, wird automatisch zum nächsten übergeleitet. Ein bedeutungsloser Patientenabschluss wie z. B. *„... ansonsten alles wie immer“* kann unterlassen werden. Die Darstellung von pflegerelevanten Problemen wird nicht durch unnötige Kommentare der informationsaufnehmenden Pflegekraft unterbrochen, sinnhafte Fragen sollen selbstverständlich gestellt und beantwortet werden. Ein durchschnittlicher Informationsdurchlauf pro Patienten liegt zwischen 50 und 90 s. Diese Zeit kann durch eine parallele Übergabe der Pflegebereiche ausgedehnt werden und sorgt für eine „Entstresung“.

Administrative und organisatorische Arbeitsschwerpunkte, wie Dienstplangestaltung etc. gehören nicht in die Übergaben und sollen bewusst ausgegliedert werden. Hier macht es Sinn diese entweder direkt vor oder im Anschluss zu klären. Viele generelle, strukturell-bedingte Aspekte lassen sich besser offiziell in einer Teambesprechung thematisieren, die fest installiert einmal pro Woche stattfinden kann. Somit sind Patienteninformationen und organisatorische Belange zeitlich und terminlich voneinander getrennt und können auch getrennt voneinander, mit der entsprechenden Wertschätzung, bearbeitet werden.

Das Ende der Kernphase wird durch die Pflegekraft bestimmt, nicht durch die zeitliche Vorgabe. Ist die Zeitphase definiert, wird sie entweder mit unnötigen Informationen vollgestopft, *„weil wir ja noch Zeit haben“* oder andere Pflegekräfte üben

Druck aus *„Jetzt beeil dich, wir haben nur noch fünf Minuten.“* Durch eine klare strukturelle Vorgabe, ist es im Vorfeld möglich, die Übergabezeit grob einzuschätzen und für Besonderheiten einen zeitlichen Spielraum einzubauen.

■ Beendigungsphase

Wurden alle pflegerelevanten Probleme dargestellt, wird automatisch in die Beendigungsphase übergeleitet. Das Ende wird durch die gesprächsführende Pflegekraft aufgezeigt. Oft ist sie dadurch charakterisiert, das Privatgespräche beginnen, die Räumlichkeit verlassen wird oder bereits mit anderen Dingen begonnen wird.

- Ein klares Ende muss durch die übergebende Pflegekraft benannt werden, denn nur sie kann absehen, ob alle wichtigen Informationen weitergegeben wurden.

Die Beendigungsphase sollte noch den Raum bieten, Organisatorisches abzuklären oder Aspekte der Psychohygiene (► Kap. 7) anzusprechen. Diese „Extraaspekte“ der Übergabe können in der strukturellen Festbeschreibung klar benannt sein und bieten den Raum für allgemeine Klärungen im Pflgeteam. Durch die Dreiphasigkeit wird die Grobgliederung der Übergabe verdeutlicht und einzelne Aspekte klar getrennt. Sie lassen strukturelle Inhalte in den einzelnen Schritten zu und bieten Raum für individuelle Ergänzungen. Ebenfalls können in den Phasen inhaltliche Werte bezogen auf die unterschiedlichen Settings aufgenommen werden und somit für die gewünschte, klare Überstruktur sorgen.

5.5.2 Die strukturierte Übergabe

Eine strukturierte Form der Übergabe ist als Grundlage und Orientierung unbedingt umzusetzen. Die Struktur ist eine Anordnung von unterschiedlichen Teilen eines Ganzen, hat einen gegliederten Aufbau und

eine innere Logik. Sie bietet der zu übergebenden Pflegekraft einen roten Faden für die weiterzugebenden Informationen und die übernehmende Seite kann diese nach einem bekannten Schema verarbeiten. Die klare Ordnung von Informationen kann an jedes gesundheitliche Setting angepasst werden. Unterschiedliche Punkte können ausgedehnt werden, eine unterschiedliche Priorisierung kann erfolgen oder irrelevante Aspekte können weggelassen oder ausgetauscht werden. Für junge oder neue Kollegen bietet die strukturierte Form der Übergabe eine klare Abfolge. Sie können sich sofort an den Vorgaben orientieren und es bedarf keiner Einführung in das strukturelle Vorgehen der Übergabe(systeme) bzw. Anpassungen an subjektiven Mentalitäten.

Eine mögliche Form der strukturierten Übergabe wird im Folgenden vorgestellt. Die festgelegten Kriterien, an denen sich in der Übergabe orientiert wird, sollten von Pflege team selbst erarbeitet werden, um eine hohe Identifizierung zu erreichen. Von einer Vorgabe durch Vorgesetzte oder einer auserwählten Arbeitsgruppe aus dem Arbeitsbereich ist abzuraten. Die erarbeitete Struktur sollte für Alle zugänglich sein. Sie sollte in bereichsinternen Protokollen dokumentiert werden, sodass sie für alle Mitarbeiter zugänglich ist. Darüber hinaus kann eine Visualisierung in den Räumlichkeiten der Übergabe durch ein großes Plakat erfolgen. Es ist für jeden Kollegen sichtbar, es dient als klare Erinnerungshilfe und stellt darüber hinaus ein Instrument der Pflege professionell da.

Praxistipp






Es ist auch möglich, die Vorgaben in prägnanter, bildlicher Form als Tischvorlage auszudrucken. Diese kann zum Beispiel laminiert werden und liegt bei jeder Übergabe auf dem Tisch. So können sich alle an der Übergabe beteiligten eine strukturelle Orientierung verschaffen.

Es können auch „Kitteltaschenformate“ erstellt werden. Auch hierfür wird eine knappe Abfolge in Schrift und Bild dargestellt, in DIN A5 (oder kleiner) vielfältig, laminiert und jeder Pflegekraft für ihre Kasaktasche ausgehändigt. Damit entscheidet jede Person selbst, ob sie die Karte als Orientierungshilfe benötigt oder nicht.

Vom Layout her kann eine einfache Tabellenform gewählt werden. In der ersten Spalte werden die festgelegten Übergabekriterien aufgeführt, die in der zweiten Spalte mit Stichpunkten erläutert werden. Ggf. können auch noch Beispiele aufgeführt werden. Ein Bild oder Graphik können eine gute Struktur und Visualisierung verstärken (■ Abb. 5.1).

Klar ist, dass immer mit den elementaren Fakten zum Patienten selbst begonnen werden sollte. Dies sind objektive Daten, wie Name, Alter, Aufnahmegrund, Diagnosestellung und Familienverhältnisse. Es schließen sich historische Daten an, wie Vor- und Begleiterkrankungen, bestehende Medikation und relevante Informationen für den Aufenthalt aus zurückliegenden Geschehnissen. Im Weiteren werden medizinisch geprägte Informationen als Informationsgrundlage verwendet, hierbei ist es aber wichtig, dass die daraus resultierenden pflegerelevanten Informationen weitergegeben werden. Es soll keine Aneinanderreihung von medizinischen Problemen erfolgen.

Der nächste Strukturierungsaspekt könnte die Wundversorgung sein, natürlich nur, wenn das Pflegesetting auch im chirurgischen Kontext stattfindet. Auf einer internistischen Station würden andere Aspekte zugrunde liegen. Im Rahmen der Wundversorgung können pflegerelevante Punkte zu Zu- und Ableitungen thematisiert werden, wie z. B. zentraler Venenkatheter, Blasenverweilkatheter, Drainagen nach

<u>Strukturierte Übergabe</u>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Daten • Aufnahmegrund / Diagnose • Vorerkrankungen • Sozialanamnese • Patientenverfügung
	<ul style="list-style-type: none"> • Wunden / Verbände • Zugänge • Ableitungen
	<ul style="list-style-type: none"> • Herzfrequenz • Blutdruck • Temperatur • Bewusstsein
	<ul style="list-style-type: none"> • Atmung • Frequenz • O2 Applikation • O2 Sättigung • BGA
	<ul style="list-style-type: none"> • Adhärenz • Schmerzsituation • Motivation

■ Abb. 5.1 Strukturierte Übergabe

Operationen, (a)septische Wunden und die spezielle Wundversorgung.

Im Anschluss daran werden die Vitalparameter aufgeführt wie Herzfrequenz, der letzte Blutdruck und die Temperatur. Eine ausführliche Beschreibung der Atemsituation erfolgt im Anschluss. Besonderheiten

zu den geläufigen Beobachtungskriterien werden aufgezeigt, Sauerstoffgabe und alle notwendigen Maßnahmen im Rahmen der Pneumonieprophylaxe können hier benannt werden.

Auch die Kooperations – und Motivationsbereitschaft des Patienten muss

weitergegeben werden. Diese kann sich durch aktuelle Geschehnisse verändern und hat eine starke Auswirkung auf die Adhärenz und somit auf das Pflegeergebnis des Patienten.

Die Schmerzsituation ist detailliert zu beschreiben. Sie soll auf Basis eines Assessments erhoben, dokumentiert und weitergegeben werden.

5

Es folgt der Strukturpunkt zur Assistenz bei Diagnostik und Therapie. Hier können geplante, sowie durchgeführte Diagnoseverfahren, Operationen o. ä. vorgestellt werden. Auch geplante Blutuntersuchungen und deren Ergebnisse werden hier kurz vorgestellt. Anschließend wird die aktuelle Medikation vorgestellt, wobei nur die Besonderheiten erwähnen werden, wie z. B. Antibiotika, Chemotherapie o. ä. Die allgemeine Medikation kann in der Patientenakte nachgelesen werden. Es folge eine Aussage zum Ernährungszustand, Ess- und Trinkverhalten, Bilanzierung, BMI/WHtR etc.

Den Abschluss bildet der Strukturpunkt zur pflegerischen Versorgung. Dieser soll den größten Teil der Übergabe bestimmen. Er basiert auf der geplanten Pflege. Eine klare Darstellung der Pflegeinterventionen auf Basis der Ressourcen erfolgt. Dazu gehören die Dekubitus-, Thrombose-, Kontraktur-, Soor- und Parotitis-, Obstipation-, Zystitis-, Infektions- und Sturzprophylaxe. Die Pneumonieprophylaxe ist bereits beim Aspekt der Atmung besprochen worden, kann allerdings auch hier beschreiben werden.

Als Orientierung dienen die aktuelle Patientensituation und die Ist-Erhebung anhand der unterschiedlichen Assessment-Instrumente (Braden-Skala, Bienstein-Skala, Frowein-Skala etc.). Dazu gehört auch eine genaue Beschreibung des Mobilitätsgrads des Patienten. Hier ist wichtig, dass die geplanten pflegerischen Maßnahmen zu den einzelnen Prophylaxen genau beschrieben werden. Eine Begründung für die Auswahl ist ebenfalls anzufügen, um eine Transparenz für die Sinnhaftigkeit zu schaffen. Es sollen z. B. die gewählten

Bewegungsübungen zur Thromboseprophylaxe vorgestellt und in Beziehung zum Mobilitätsgrad des Patienten gesetzt werden. Erfolgen die Übungen im Bett, da der Bewegungsgrad durch Schmerzen eingeschränkt ist oder kann eine Vollmobilisierung des Patienten mit Unterstützung erfolgen. Es schließt sich eine genaue Beschreibung der zu leistenden Unterstützung an. Kann der Patient mit einem Hilfsmittel, wie z. B. einer Unterarmgehstütze zur Toilette gelangen, oder muss er durch die Pflegekraft begleitet werden. An dieser Stelle wird auf die Sturzgefahr eingegangen. Auch hier gilt, das aktuelle Veränderung weitergegeben werden. Eine tägliche Aneinanderreihung von bekannten Informationen ist überflüssig.

Den Abschluss bildet eine subjektive Gesamteinschätzung basierend auf den objektiven Merkmalen. Hier kann ein kurzes Resümee zum Patienten gezogen werden. Wie wird sein Gemütszustand interpretiert, ist er generell positiv gestimmt, wie sieht die weitere Betreuung aus. Bedeutend ist hier die Frage, ob ggf. andere Bereiche des multiprofessionellen Teams über die weitere Versorgung des Patienten in Kenntnis gesetzt werden müssten, da eine schnelle Entlassung ansteht und eine weitere Betreuung zu Hause oder in weiterführenden Einrichtungen nicht gewährleistet ist.

Wird die Übergabe nach diesen beispielhaften erläuterten Kriterien ausgerichtet, erfolgt eine effiziente Übergabe. Es werden nur neue Daten weitergegeben. Fokussiert wird auf die pflegerelevante Aspekte und die Übergabe widmet sich den relevanten Pflege Themen und wird nicht durch medizinisch ausgelegte Probleme kategorisiert. Eine Strukturierung nach den Lebensaktivitäten ist damit überflüssig.

5.5.3 Die offene Übergabe

Eine offene Übergabe weist keine festgelegten Strukturen auf. Sie ist frei von jeglichen

Vorgaben und inhaltlichen Festschreibungen. Es gibt aber ein grobes Gerüst, an dem sich die Informationsweitergabe orientiert. Diese Grobstruktur muss nicht durch das Pflegeteam erarbeitet werden, da es ganz viel Freiheiten und Individualitäten bietet, die die übergebende Person für sich berücksichtigen kann. Die inhaltliche Ausgestaltung kann jeder frei festlegen.

Der Rahmen ist klar vorgegeben, da er sich an strukturellen Gegebenheiten der Organisation orientiert. Das kann z. B. der zeitliche Rahmen sein. Auch die Räumlichkeiten können vorgegeben sein, wenn der Pflegebereich keine Raumauswahl bietet. Liegt hier eine Wahlmöglichkeit vor, kann aber auch die Örtlichkeit frei gewählt werden. Auch gesetzliche Rahmenbedingungen werden bei der Informationsweitergabe berücksichtigt. Hierbei müssen natürlich die Informationen berücksichtigt werden, die für die weiterführende Versorgung von Bedeutung sind.

Die inhaltlich offene Ausgestaltung bietet viele Möglichkeiten den Pflegebedarf eines Menschen nach seinen individuellen Bedürfnissen auszulegen. Diese Form der Übergabe bietet sich daher nicht in einem akutstationären Setting an, da hier ganz klar eine Faktenorientierung im Vordergrund steht. In Pflegebereichen, in denen Menschen über einen längeren Zeitraum betreut werden und wo der Fokus auf einer klaren Bedürfnisorientierung liegt, bietet sich eine offene Informationsweitergabe an, wie z. B. in einem Hospiz. Hier bestimmt der Patient die Inhalte der Übergabe, da die medizinisch ausgerichtete Perspektive irrelevant ist und die Versorgung palliativ ausgerichtet ist.

Die Pflege und das Wohlbefinden des Menschen stehen ganz klar im Vordergrund. Diese Informationen prägen somit auch eine Übergabe. Sie basiert auch nicht auf einer schriftlichen Dokumentation, sondern eher auf den erlebten Erfahrungen der Pflegekraft. Der Pflegebereich rückt als Orientierungsrahmen für die

weiterzugebenden Informationen in den Fokus. Eine Orientierung an medizinischen Anordnungen, Diagnostik und Therapieverfahren kann ausbleiben.

Praxistipp

Wählen Sie eine offene Übergabestruktur gezielt aus, wenn die Rahmenbedingungen diese Struktur ermöglichen. Sie bietet eine freie Gestaltungsmöglichkeit und kann individuell auf die aktuelle Patientensituation angepasst werden. Sie eignet sich sehr gut im direkten Betreuungssetting (z. B. Hospitz).

Hier kann auch spontan entschieden werden, inwieweit der Mensch selbst an seiner Übergabe beteiligt wird oder ob Angehörige diese durch ihre Mitteilungen ergänzen. Auch kann die Beteiligung der unterschiedlichen Berufsgruppen frei gestaltet werden. Es gibt keine statischen Vorgaben, wer wann welche Informationen erhält. Ein Hierarchieerleben entsteht daher nicht. Alle begegnen sich auf Augenhöhe. Es kann auch überlegt werden, ob eine kontinuierliche Informationsweitergabe überhaupt erfolgen muss. Es kann sinnvoll sein, in bestimmten Pflegesettings nur eine Übergabe pro Tag durchzuführen. Damit würde wichtige Zeit der eigentlichen Betreuung der Menschen zu Gute kommen. Insbesondere wenn wenig neue Informationen vorhanden sind oder die Überlappungszeiten der Pflegekräfte mehr als dreißig Minuten betragen und Kernelemente der Pflege in diese Zeit verschoben werden, wie z. B. die Grundpflege. Auch durch offene Schichtmodelle wird die Übergabefrequenz minimiert, wenn eine Pflegephase nicht acht, sondern zwölf Stunden betragen könnte, wäre aufgrund des einmaligen Wechsels auch nur eine Übergabe erforderlich.

Die offene Übergabe soll auch verdeutlichen, dass sie inhaltlich keine Information

zurückhält bzw. nichts versperrt oder unausgesprochen lässt. Es ist nichts im Wege, weder ein körperliches Hindernis noch ein Verbot. Sie bietet eine breite Basis an Möglichkeiten der Ausgestaltung einer Übergabe und lässt ein sehr positives Bild über die Informationsweitergabe zurück. Da sie im Akutsetting mit Stress, Zeitnot und Vollständigkeit in Verbindung gebracht wird und somit eher negativ behaftet ist, eignet sich diese Form der Übergabe für ein stärker medizinisch orientiertes Pflegesetting, wie das Akutkrankenhaus, nicht.

5.5.4 Die halboffene Übergabe

Eine halboffene Übergabe bewegt sich zwischen den Vorgaben einer offenen und einer strukturierten Übergabe. Sie stellt einen fairen Kompromiss beider Systeme dar und versucht die Vorteile beider Formen miteinander zu verknüpfen. Es handelt sich dabei um eine unfertige oder unvollkommene Orientierungsstruktur. Sie weist zwar einen groben Vorgabenrahmen auf, lässt aber noch viele Freiheiten und Spielraum für individuelle Ergänzungen.

Eine halboffene Struktur kann bedarfsorientiert auf die unterschiedlichsten Bereiche angepasst werden. Eine sinnvolle Anwendung findet sich im ambulanten oder psychiatrischen Setting. Auch im stationären Altenpflegesetting kann sie sinnvoll eingesetzt werden. Aufgrund der freien Zeit – und Informationseinteilung macht sie im akutstationären Setting weniger Sinn. Fällt im Pflegesetting die Entscheidung für eine halboffene Struktur, kann das Team selbst den Orientierungsrahmen festlegen und beschreibt, welche Eckdaten unbedingt Teil der Übergabe sein müssen. Auch hier ist, wie bei der strukturierten Übergabe, davon abzuraten diese Informationsfeiler von „außen“ vorzugeben. Bestimmt das Team diese Aspekte selbstständig, sind eine Identifikation und somit auch die Umsetzung unproblematisch.

Selbstverständlich sind hier auch wieder die wichtigen, objektiven Daten zu nennen, wie Name, Alter, Diagnose, Therapie und Pflegebedarf. Die weitere Ausführung orientiert sich an den gewählten Vorgaben. Es kann sinnvoll sein, sich an den prozesshaften Strukturen des Pflegeprozesses zu orientieren. Pflegeprobleme werden benannt, Ziele des Patienten aufgezeigt und die entsprechenden Maßnahmen erläutert. Eine moderne Form ist eine Ausrichtung an aktuellen Pflegediagnosen. Das setzt allerdings voraus, dass das Pflegeteam inhaltlich geschult und auf dem aktuellen Stand ist, um damit verständlich zu arbeiten.

Praxistipp

Für die halboffene Übergabe kann der Pflegeprozess als Strukturgeber fungieren. Durch das Benennen der relevanten Pflegeprobleme können Ressourcen abgeleitet werden und eine zentrale Zielstellung festgelegt werden. Pflegemaßnahmen werden aufgestellt und nach der Durchführung nach ihrer Effektivität beurteilt.

Es kann auch möglich sein, das Pflegemodell der Pflegeeinrichtung als Grundlage zu nutzen:

- Ist die pflegerische Ausrichtung nach Dorothea Orem ausgelegt, bildet die Selbstpflege und das Selbstpflegedefizit den Schwerpunkt des Modells. Orem geht immer vom ganzheitlichen Menschenbild aus. Somit ist der Mensch mit Körper, Seele und Geist in der Lage zwei Formen von Fürsorge wahrzunehmen, das sind die Selbstpflege und Dependenzpflege. Das können zwei Orientierungspunkte sein, die in der Übergabe berücksichtigt werden.
- Liegt in der Pflegeeinrichtung das Pflegemodell von Hildegard Peplau zugrunde, stehen zwischenmenschliche Beziehung klar im Vordergrund: die

Interaktion. Es geht immer wieder um Beziehungsaufbau zwischen Patient und Pflegekraft, der Auseinandersetzung mit der vorliegenden Situation als Patient, dem Nutzen und Anwenden der vorgeschlagenen pflegerischen Interventionen und dem Erkenntnisgewinn der aktuellen Situation, der klaren Ablösung aus dem Abhängigkeitsverhältnis zum Pflege setting. Das sind gerade in psychiatrischen Einrichtungen wichtige Parameter für die Weitergabe von Informationen.

Egal, nach welchem Pflegemodell eine Pflegeeinrichtung ihr Leitbild ausrichtet, es bietet eine grobe Orientierung, aber auch die Freiheit der individuellen Ausgestaltung einer Übergabe. Unserer Meinung nach stellt das auch ein gutes Qualitätsmerkmal dar, pflegetheoretische Inhalte in der Informationsweitergabe im Pflegealltag zu integrieren. Für Mitarbeiter ist somit die Ausrichtung der Pflege allgegenwärtig.

Es kann auch eine Priorisierung der Informationen festgelegt werden. Durch eine grobe zeitliche Vorgabe kann ein Zeitfenster geschaffen werden. Es kann Sinn machen, einmal in der Woche eine ausführliche Umsetzung der Struktur zu gewährleisten, während an allen anderen Tagen eine zeitliche reduzierte Form umgesetzt wird. Die Aktualität der Informationen sollte gewahrt werden, damit die Pflegekraft nicht ins „Geschichten erzählen“ abdriftet und die Übergabe nicht künstlich in die Länge gezogen wird.

5.5.5 Die Übergabe als Gespräch

Eine weitere Form ist, die Übergabe als Gespräch zu gestalten. Natürlich gibt es hier auch einen Orientierungsrahmen, an dem das Gespräch ausgerichtet ist, allerdings fehlen ganz bewusst feste Inhaltsaspekte. Es ist im Allgemeinen erst einmal eine verbale Kommunikation zwischen der zu übergebenden Pflegekraft und der übernehmenden

Pflegekraft, die diese Informationen benötigt. Es kann klassischer Weise ausschließlich ein Dialog zwischen den zwei aufgeführten Personen sein oder aber auch eine Konversation zwischen vielen an der Pflege beteiligten Personen. Egal welche Variante durchgeführt wird, es wird immer die Rolle des Sprechers und des Hörers eingenommen, egal wie viele Personen an der Übergabe beteiligt sind. Hierfür gibt es die unterschiedlichsten Regeln, z. B. in wieweit der Hörer den Sprecher unterbrechen darf, Nachfragen gestellt werden können oder auch aktuelle Informationen von anderen Sprechern zur gleichen Zeit eingebracht werden dürfen.

Ein Gespräch verläuft auch in drei klassischen Phasen, die wir für die Übergabe bereits erwähnt haben: es gibt eine Anfangsphase, die Gesprächsmitte und die Beendigungsphase.

Es wird ein eher beratender Ansatz verfolgt und Fakten werden ausführlich besprochen, diskutiert und auf unterschiedlichen Ebenen miteinander ausgetauscht. In diesem Austausch kommt es auch zu einer zwanglosen unmissverständlichen Delegation von Aufgaben, die klar auf der Sachebene kommuniziert werden. Da beide Gesprächspartner sich auf Augenhöhe begegnen, werden die noch zu erledigenden Aufgaben aufgezeigt und mit einer Selbstverständlichkeit vom Gesprächspartner zur weiteren Bearbeitung aufgenommen. Durch das miteinander geführte Gespräch muss der zu Übergebende weniger die noch offenen Aufgaben formulieren. In der Gesprächsmitte kommt es zum Austausch zwischen beiden Partnern, in dem sich über die zu erledigenden Aufgaben ausgetauscht wird.

Ein Übergabegespräch hat eine hohe Sinnhaftigkeit in elementaren Entscheidungssettings. Das kann bei einer wichtigen therapeutischen Intention vorliegen, aber auch für eine weiterführende Pflegesituation. Es hat große Ähnlichkeit mit einer Pflegevisite, läuft allerdings eher ungeplant

oder sehr kurzfristig geplant. Die Abgrenzung und Bedeutung der unterschiedlichen Begriffsdefinition ist wichtig zu erwähnen.

Praxistipp

Die Übergabe in Gesprächsform orientiert sich an den allgemeinen Gesprächsregeln. Hier wird berücksichtigt, dass sich jeder in seinem Redeanteil kurz fassen sollte. Es werden klare Fragen gestellt, die zeiteffektiv beantwortet werden. Nachfragen können jederzeit gestellt werden. Alle Beteiligten lassen den anderen ausreden, sind aufmerksam und sorgen für eine angenehme Gesprächsatmosphäre.

5

Eine normale Übergabe verläuft meist nach den bereits aufgeführten Abläufen. Ein Übergabegespräch hat einen viel höheren, inneren Wert. Deklariert man also eine alltägliche Übergabe als Übergabegespräch kommt es zu einer deutlichen Abwertung. Hingegen unterscheidet man im Pflegesetting ganz klar zwischen der täglichen Übergabe und gibt dem Übergabegespräch durch eine Regelmäßigkeit einen besonderen Stellenwert, somit ist eine professionelle Abgrenzung und Aufwertung klar erkennbar.

■ Das moderierte Übergabegespräch

Eine Unterform ist das moderierte Übergabegespräch. Gerade in einem sehr jungen, dynamischen Team kann es sinnvoll sein, durch eine erfahrene Pflegekraft eine gute Struktur in ein Gespräch zu bringen. Diese kennt viele Zusammenhänge zwischen den einzelnen Berufsgruppen, kann organisatorische Abläufe gut darstellen und auch mögliche Fehlerquellen oder Stolpersteine benennen. Wichtig ist hierbei, dass die erfahrene Pflegekraft nicht in die „Ja-aber“-Schiene gerät und dadurch evtl. negative betrachtet wird. Sie kann z. B. besser mit

„Ja und“ agieren und ihr Erfahrungswissen positiv einbringen. Gerade wenn im akuten stationären Bereich pflegeintensive Patienten in ein anderes Krankenhaus oder ähnliches verlegt werden, macht ein moderiertes Übergabegespräch Sinn. Junge Pflegekräfte fühlen sich somit unterstützt und tragen keine Befürchtungen wichtige Aspekte vielleicht doch vergessen zu haben. Es impliziert einen hohen Grad der Absicherung und Vollständigkeit.

5.5.6 Die patientenferne Übergabe

Die patientenferne Übergabe ist immer noch die am weitesten verbreitete und am häufigsten durchgeführte Übergabeform. Sie wird im Stationszimmer durchgeführt, in dem jederzeit Zugriff auf alle relevanten Daten und Informationen des Patienten gewährleistet ist. Die Pflegekräfte sind in der Regel unter sich und können auch solche Informationen weitergeben, die nicht direkt zum Patienten gelangen sollen oder dürfen. Hierbei handelt es sich oft um Diagnosen, über die der Patient noch nicht aufgeklärt ist, ärztliche festgelegte Entscheidungen, Therapieverläufe oder ähnliches. Auch Angehörige werden hierbei ausgeschlossen. Es wird über den Patienten und seine Probleme berichtet. Ein Austausch mit ihm findet nicht statt. Der Mensch, über den gesprochen wird, ist immer in einer passiven Form und nie aktiv an der Übergabe beteiligt.

Die Vorteile dieser Übergabeform bestehen darin, dass sie meist nach einer geregelten standardisierten Vorgehensweise durchgeführt wird. Die Übergabezeit beträgt in der Regel 30 min und ist damit insgesamt eher kurz. Sollten Informationen vergessen werden, können diese durch andere anwesende Pflegekräfte ergänzt werden. Der größte und meist aufgeführte Nachteil sind die diffusen Störungen, zu denen

es während dieser Art der Übergabe kommen kann. Gerade während des Informationsaustauschs zwischen Früh- und Spätschicht herrscht Hochbetrieb im stationären Setting der Pflege. Das Telefon klingelt, um aktuelle Informationen weiterzugeben oder abzufragen. Patienten werden zu Untersuchungen etc. einbestellt, Ärzte wollen ihre Visiten durchführen oder haben Fragen zu aktuellen Patientensituationen. Dazu kommen noch die offenen Fragen der Besucher und zu guter Letzt die Patientenrufe in Form der Klingelanlage.

Es liegen somit die unterschiedlichsten Formen der Störungen vor, die ungehindert vom wichtigen Austausch der Informationen zwischen den Schichten, bearbeitet werden müssen. Weitere Nachteile sind, wie bereits erwähnt, dass der Patient durch einen fremden Menschen eingeschätzt wird. Es kommt immer zu einer hohen Subjektivität durch eine nichtbeteiligte Person. Die Pflegeperson, die Informationen aufnimmt, muss hochkonzentriert sein. Das ist aufgrund des hohen Ablenkungslevels häufig nicht möglich und somit können wichtige Informationen verloren gehen. Durch den hohen Subjektivitätsanteil ist ein Überwiegen der Sichtweise der Pflegeperson möglich, da der persönliche Zustand des Patienten nicht selbst erlebt wird. Im stationären Setting können bis zu zehn Pflegekräfte an einer Übergabe gleichzeitig beteiligt sein, daher ist diese Form sehr kostenintensiv.

5.5.7 Die patientennahe Übergabe

Die patientennahe Übergabe wird zusammen mit dem Patienten und, wenn es gewünscht ist, mit seinen Angehörigen im Patientenzimmer durchgeführt. Sie findet meist in pflegeintensiven Settings statt, wie z. B. auf der Intensivstation. In allgemeinen pflegerischen Einheiten ist sie immer noch die Ausnahme oder wird als Modellprojekt durchgeführt. Ein Austausch mit

vielen an der Pflege beteiligten ist hier erwünscht. Der Patient kann direkt nachfragen, wenn ihm Situationen unklar sind und er Diagnosen, Begriffe etc. nicht versteht. Zudem kann er Gesagtes der Pflegenden ergänzen. Die aktive Beteiligung ist hier klar erwünscht. Der Patient ist immer direkt an seinem individuellen Genesungsprozess beteiligt, da der tägliche Pflegeverlauf interaktiv erörtert wird. Die zuständige Pflegekraft des Frühdiensts tauscht sich mit der verantwortlichen Pflegekraft der folgenden Schicht in Anwesenheit des Patienten aus.

Es sind zwei Formen der patientennahen Übergabe möglich:

- Bei der ersten Form erfolgt eine kurze Information über die aktuelle Belegung der Station mit allen Pflegekräften gemeinsam. Anschließend teilt sich das Pflegeteam auf die zu versorgenden Bereiche auf und beginnt die Übergabe am Patientenbett. Eine Pflegekraft der vorausgegangenen Schicht kann die Sprunggertätigkeit übernehmen.
- In der zweiten Form werden im gemeinsamen Austausch die Patienten besprochen, bei denen es keine hohe Pflegeintervention gab, wie z. B. Entlassungen und sich Selbstversorgende. Anschließend wird nur noch bei den Patienten mit einer höheren Pflegeintervention eine Übergabe am Bett durchgeführt.

Auch für diese Form der Übergabe sollte eine klare Struktur vorliegen, an der sich orientiert werden kann (► Abschn. 5.5.1). Der Fokus soll auf den Ressourcen und Problemen des Patienten liegen, die mit ihm direkt besprochen werden. So ist auch eine deutliche Berücksichtigung der prozesshaften Pflege gegeben, die jederzeit als Dokumentation zugrunde liegen kann.

Diese Übergabeform bietet viele Vorteile. Der Patient ist z. B. immer über seine aktuelle Therapien und pflegerische Maßnahmen informiert. Er nimmt Erfolge wahr und kann diese aktiv mitsteuern. Er ist selbst mit für sich und seinen weiteren

Verlauf verantwortlich und hat ein viel effektiveres Verständnis über seine Pflegeinterventionen. Der salutogenetische Ansatz wird klar verfolgt und der Patient wird zu einem adhärennten Menschen.

Ein Nachteil ist leider der höhere zeitintensivere Aspekt. Die Überlappungszeit beider Schichten kann doppelt so lang sein, wie bei der patientenfernen Übergabe. Gibt es nicht die Möglichkeit einen Springer einzuplanen, ist eine Versorgung aller anderen Patienten nicht gewährleistet. Allerdings sollte man sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht deutlich machen, dass natürlich die verlängerte Übergabezeit kostenintensiver ist, aber der Patient befähigt wird, seine Defizite zu erkennen und an diesen aktiv zu arbeiten. Der Genesungsprozess wird transparenter gestaltet und der Mensch sicherer in seiner weiteren Versorgung. Eine frühzeitige Entlassung oder Überleitung in ein weiterführendes Pflegesetting ist somit gewährleistet (■ Tab. 5.1).

5

➤ Wichtig

Zwei Formen der patientennahen Übergabe sind möglich:

1. Das gesamte Pflegepersonal erhält eine aktuelle Belegungsübersicht der Station. Anschließend werden die einzelnen Bereiche unter den Pflegekräften aufgeteilt und spezifisch übergeben.
2. Das gesamte Pflegepersonal erhält eine kurze Information über die Patienten, bei denen eine geringe Pflegeintervention nötig war. Anschließend erfolgt eine zugeordnete Übergabe am Bett bei allen Patienten mit einer aufwändigeren Pflegeintervention.

5.5.8 Die schriftliche Übergabe

Die schriftliche Übergabe wird oft mit der allgemeinen Pflegedokumentation verwechselt. Sie ist aber ganz klar von ihr abzugrenzen, da es ausschließlich um eine schriftliche Fixierung von Informationen geht und nicht darum Evaluationsprozesse festzuhalten. Diese Form der Übergabe ist in Pflegesettings nötig, in denen es zu keinem Austausch zwischen den Pflegekräften kommt oder diese Austauschzeit nur sehr kurz ist. Das ist z. B. im ambulanten Bereich der Fall. Im Rahmen der Akutversorgung ist diese Übergabe nicht geeignet.

Wichtige Informationen werden in Form eines Übergabebuchs oder Übergabeprotokolls handschriftliche oder digital festgehalten. Jede Pflegekraft notiert in dem jeweiligen Medium die wichtigen Veränderungen des Patienten. Auch aktuelle Geschehnisse im Umfeld des Patienten können hier festgehalten werden, da auch diese für die weiterführende Versorgung von Bedeutung sein können. Es besteht der Vorteil, dass der Inhalt der Übergabe zu jeder Zeit nachvollziehbar ist. Die Pflegekraft kann bei Unverständnis wichtige Informationen immer wieder nachlesen. Die Übergabezeit ist völlig flexibel und nicht örtlich gebunden. Gerade wenn die Übergabe digital erfolgt, können Informationen zu jeder Zeit vom Smartphone, Tablet oder Laptop abgerufen werden. Somit ist eine sehr hohe Transparenz der Pflege gewährleistet.

Es ist nicht nötig, dass alle Pflegekräfte an einer Übergabe teilnehmen. Daher ist die Übergabe aus betriebswirtschaftlicher Sicht sehr personaleffizient planbar. Da

■ Tab. 5.1 Vor- und Nachteile der patientennahen Übergabe

Vorteil	Nachteil
<ul style="list-style-type: none"> - Standardisierte Vorgehensweise - Feste Zeitvorgabe - Informationsergänzungen durch das Team - Komprimierte Informationsweitergabe 	<ul style="list-style-type: none"> - Hohes Störungsaufkommen - Konzentrationsverlust - Einschätzung des Patienten durch einen fremden Menschen - Ungezielte Beteiligung

Pflegehandlungen schriftlich beschrieben sind, können diese jederzeit überprüft, und hinsichtlich ihrer Effektivität beurteilt werden. Die Dauer der Übergabe verkürzt sich drastisch bzw. fällt ganz weg. Es bedarf einer guten Struktur und v. a. einer Einführung in diese Übergabetechnik von Pflegekräften, da es ohne diese beiden Aspekte zu einem Informationsdefizit kommen kann. Gerade wenn Informationen nicht festgehalten werden, weil keine Zeit war oder sich schlicht und einfach vergessen wurden, hat das eine sofortige negative Konsequenz für die übernehmende Pflegekraft und natürlich für den Patienten.

Basiert die Übergabe nicht auf einer digitalen Grundlage und muss alles handschriftlich festgehalten werden, ist ein lesbares Schriftbild wichtig. Sie ist für die eine Pflegekraft wesentlich zeitintensiver und erfordert eine hohe Konzentrationsfähigkeit und Disziplin beim Schreiben und Lesen der Übergabe. Ein Austausch zwischen Kollegen wird umgangen. Ein Meinungsaustausch über spezielle pflegerische Probleme kann nicht direkt erfolgen, sondern nur bei speziellen Gesprächsanlässen, wie einem Telefonat etc. Der aktuelle Zustand des Patienten wird auch nicht erlebt, sondern ist nur im Übergabedokument ablesbar.

Wird diese Übergabeform im jeweiligen Pflegesetting bevorzugt, ist die gewählte Struktur wichtig. Die Pflegekräfte müssen gut eingeführt und neue Kollegen gut begleitet werden. Auch hier ist es möglich eine individuelle Formung der Gliederungspunkte durch das Team entwickeln zu lassen. Dies kann in ein vorgefertigtes, tabellarisches Dokument eingepflegt werden, in dem stichpunktartig die wichtigen Informationen festgehalten werden. Im Anschluss kann eine Priorisierung der wichtigen Aspekte durch farbliches Markieren oder einer Nummerierung erfolgen, damit die nächste Pflegekraft einen schnellen Dringlichkeitsüberblick hat. Bestimmte Farben können auch eine Abstufung der Dringlichkeit signalisieren, somit weiß die

Folgepflegekraft sofort, was als Erstes zu tun ist.

Eine Informationsstruktur kann sich z. B. an den folgenden Kriterien orientieren, wie aktuellem Befinden, pflegerischen Maßnahmen, medizinischen Veränderungen, Beobachtungsschwerpunkten, Interventionen, allgemeiner Zustand, Perspektive Angehöriger etc. Werden diese oder andere Kriterien in einer tabellarischen Struktur hinterlegt, kann die Pflegekraft unter dem jeweiligen Datum die entsprechenden Informationen stichpunktartig eintragen. Es macht wenig Sinn in ausformulierter Satzform einen freien Text schreiben zu lassen. Eine visuelle Schwerpunktsetzung ist hier schwer möglich, ein Freitext wird unaufmerksamer gelesen und es wird mehr Zeit benötigt. Im Allgemeinen muss eine gute Orthografie und eine angemessene Wortwahl mit der entsprechenden Fachsprache Voraussetzung sein, um einem Informationsdefizit vorzubeugen.

Fazit

Die schriftliche Übergabe findet bei einer Eins-zu-Eins-Betreuung ihre Anwendung. Hier können die wesentlichen Veränderungen strukturiert und ressourcengebunden in schriftlicher Form festgehalten werden.

5.5.9 Die Tourenübergabe

In der ambulanten Pflege wird in den meisten Fällen die Tourenübergabe durchgeführt, da ein gemeinsamer Austausch zwischen den Pflegekräften eine organisatorische Herausforderung darstellt. Die Touren enden in der Regel zu unterschiedlichen Zeiten, sodass die Pflegekräfte gar keine Überlappungsphasen zum kommunikativen Austausch haben.

Die Tourenübergabe ähnelt sehr der schriftlichen Übergabe, sie bezieht sich auf die schriftlichen Unterlagen und die

Pflegedokumentation der jeweiligen Patienten. Es ist eine wesentliche Voraussetzung, dass das Pflegeteam eine offene und konstruktive Informationskultur praktiziert, damit ein Informationsfluss zu allen pflegerelevanten Aspekten gegeben ist. Kommt es aufgrund einer neuen therapeutischen Anordnung auch zu einer pflegerischen Veränderung bei Patienten, wird dieses umgehend im Pflegebericht evaluiert und festgehalten. Die nächste Pflegekraft kann auch direkt per Handy über die Zustandsveränderung informiert werden.

Handelt sich um eine Erstaufnahme oder ist der Patient der Pflegekraft unbekannt, muss die Übergabe wesentlich ausführlicher sein. Hier macht es Sinn, einen persönlichen Informationsaustausch beim Patienten direkt oder im Hauptstandort des ambulanten Diensts zu organisieren. Der große Vorteil ist, dass die Patienten über lange Zeiträume betreut werden und somit auch fast allen Pflegekräften bekannt sind. Eine kurze schriftliche Übergabe reicht meist aus.

5.5.10 Die Pflegeübergabe als Checkliste

Eine Übergabe kann auch mittels einer Checkliste durchgeführt werden. Es handelt sich dabei um eine vorgegebene Struktur, die auf einer Prüfliste Informationen zusammenführt. Hier werden Vorgänge und Handlungsmuster aufgezeigt, die es abzuarbeiten gilt. Eine Checkliste weist eine Chronologie auf, die auf Vollständigkeit zu überprüfen ist und anschließend abgearbeitet wird. Sie systematisiert und erleichtert damit den Arbeitsablauf, da nur Informationen zu diesen Aspekten weitergegeben werden müssen. Sie kann stichwortartig zusammengefasst werden, sich aber auch nach bestimmten Fragestellungen orientieren. Sie hat das Ziel, einen aktuellen Ist-Zustand abzubilden und zu verdeutlichen. Sie stellen

sicher, dass es eine klare Priorität von notwendigen Maßnahmen gibt, die der Reihe nach umgesetzt werden. Weiterhin sind sie zeiteffizient und sie dienen als Leitfaden. Ein disziplinierter Umgang mit Checklisten ist notwendig, um alle Punkte zu berücksichtigen.

Praxistipp

Durch die Chronologie einer Checkliste ist eine vollständige Bearbeitung der festgelegten Parameter gegeben. Sie systematisiert somit den Arbeitsablauf, es werden keine zusätzlichen Informationen weitergegeben. Ihr Ziel ist es, die aktuelle Ist-Situation des Patienten abzubilden.

Diese klare Struktur birgt allerdings auch Gefahren in sich. Eine Checkliste lässt keinen großen Spielraum für Kreativität, Ergänzungen, freies Denken und Handeln. Werden sie nicht vollständig bearbeitet, macht es für denjenigen, der mit ihnen arbeiten muss, mehr Arbeit, da er sich erst noch in die unvollständigen Informationen eindenken muss. Kritiker von Checklisten meinen, das ein blindes Verfolgen von Anweisungen immer ins Verderben führt.

Das Ziel im pflegerischen Kontext ist eine Vereinfachung der täglichen Patientenübergabe. Die Checkliste soll in erster Linie auf großen Stationen für eine Vereinheitlichung der Übergabe sorgen. Gerade bei sehr heterogenen Stationsteams, wie z. B. auf Intensivstationen, ist es sinnvoll, eine Vereinheitlichung der Übergabestruktur anzustreben. Nicht nur, weil sich hier viele unterschiedliche Pflegekräfte austauschen, sondern weil auch die personelle Fluktuation in einem großen Team ausgeprägter ist. Gerade für neue Mitarbeiter ist es einfacher, die Übergabe an einer Checkliste auszurichten. Dabei wird der Informationsfluss unterstützt und er verhindert, dass relevante Inhalte unausgesprochen bleiben. Die

Anwendung muss kontinuierlich erfolgen. Halten sich nicht alle Mitarbeiter daran, ist die Effektivität nicht mehr gegeben, da ein immer wiederkehrendes Abweichen der vorgegebenen Struktur beim Mitarbeiter zu einer Orientierungslosigkeit führt.

Eine solche Liste wird individuell auf das jeweilige Pflegesetting ausgerichtet und entwickelt. Sie kann, gerade für den Intensivbereich, viele faktische Informationen enthalten, wie z. B. Kreislaufsituation, Atmung, neurologischer Status, Nierenfunktion, Medikamente, Systemwechsel, Diagnostik etc. In einem extra aufgezeigten Punkt werden die pflegerischen Aspekte, wie Hautzustand, Wundmanagement, grundpflegerische Versorgung, Prophylaxen, Mobilisationsgrad, Ernährungszustand, Sozialanamnese etc. differenziert mit aufgeführt und weitergegeben. Im Weiteren kann es eine Übersicht geben, die alle lebenserhaltenden funktionellen Maßnahmen umfasst. Es können Aspekte aufgeführt werden, die für die Versorgung in dem Pflegebereich wichtig sind und die dann nur noch abgehakt werden müssen. Dazu gehören im Intensivbereich die Beatmung mit allen aktuellen Werten, Beatmungstyp und Einstellungen. Laborparameter, die für die weitere Versorgung wichtig sind, können in die Checkliste eingetragen werden. Perfusoren und Infusomaten werden einzeln aufgeführt und mit der Einlaufgeschwindigkeit versehen. Jegliche Art von Zu- und Ableiten können detailliert benannt werden. Auch ein Bettplatzcheck mit seinen wichtigen Parametern, wie z. B. das Einstellen von Alarmgrenzen, Beatmungsparameter, Therapieplan, etc. kann mit in die Checkliste aufgenommen werden.

Die Pflegekraft kann sich innerhalb kürzester Zeit einen genauen Überblick über die aktuelle Patientensituation verschaffen und muss nicht erst lange Pflegeberichte lesen oder die Tageskurve studieren. Allerdings muss auch erwähnt werden, dass sich eine Checkliste weniger an den Problemen als mehr an den medizinischen

Gegebenheiten des Menschen orientiert. Sie kann als ausgedruckte Variante zur Übergabe ausliegen oder jede Pflegekraft hat eine als Kitteltaschenvariante dabei, um sie jederzeit zur Orientierung nutzen zu können.

5.5.11 Die Patientenübergabe für den OP

Der Operationsbereich zählt im klinischen Alltag zu den Funktionsbereichen, daher kann diese Übergabeform auf alle Funktionsbereiche einer Klinik übertragen werden. Auch hier sind unterschiedliche Übergabevarianten zu berücksichtigen. Zum einen die Übergabe von der Pflegekraft an den Funktionsbereich und umgekehrt, aber auch die Informationsweitergabe innerhalb der Bereiche. Die Schleuse am OP stellt die typische Barriere zwischen dem pflegerischen Bereich und dem funktionellen Bereich dar. Hier findet die Übergabe des Patienten an das andere Personal statt. Je nach Strukturierung und Ablauforganisation des operativen Bereichs handelt es sich dabei um das OP- oder Anästhesiepflegepersonal. Der zeitliche Austausch von Informationen ist hier sehr kurz, da die Arbeitsabläufe vieler Bereiche die weitere Versorgung des Menschen bestimmen. Die Informationsweitergabe muss daher kurz und knapp erfolgen, sie sollte sich unbedingt auf relevante Informationen beziehen, die der OP-Bereich dringend benötigt, insbesondere, wenn es Schwankungen im Rahmen der Vitalparameter gibt oder sich die Bewusstseinslage des Patienten verändert hat, aktuelle Blutung aufgetreten sind, sich plötzlich Schmerzen eingestellt haben etc.

In dieser kurzen Übergabephase ist der Patient immer mit anwesend, daher sollte auf eine patientenorientierte Wortwahl geachtet werden. Beide Seiten müssen empathisches Verhalten gegenüber dem zu operierenden Menschen zeigen, da es für ihn eine komplett neue existenziell bedrohliche Situation ist, in der er sich völlig

ohnmächtig fühlt. Durch eine medikamentöse Prämedikation kann es beim Patienten schon zu Wahrnehmungsveränderung kommen, diese sollten unbedingt bei der weiteren Kommunikation berücksichtigt werden. Für die Gewährleistung der Patientensicherheit und die Ausnutzung der geringen Zeitressourcen, eignet sich für diesen Bereich ebenfalls eine individuelle Checkliste, an der sich die Übergabe orientiert.

5

- Auf eine Übergabe im OP darf nicht verzichtet werden, da sonst die rechtliche Absicherung aller Beteiligten nicht gewährleistet ist.

Die relevanten Informationen von der Station müssen im weiteren Verlauf innerhalb des OP auch an den Operationstisch gelangen. Diese „Saalübergabe“ wird selten offiziell so benannt, da es für das Funktionspersonal in der Regel zu ihrem Arbeitsablauf dazugehört, wichtige Daten weiterzugeben. Allerdings kommt es gerade bei einem häufigen Wechsel zwischen dem Funktionspersonal zu Informationsdefiziten und zu fahrlässigen Fehlern. Der Informationsfluss muss in den Funktionsbereich daher durch viele Bereiche transportiert werden, bis er schließlich beim Operateur ankommt. Auch Bereiche, die nicht direkt an der Patientenversorgung beteiligt sind, müssen diese wichtigen Informationen erhalten. Insbesondere der instrumentierende Dienst, aber auch der Springerdienst sind zu informieren, obwohl sie nur sekundär an der Versorgung des Patienten beteiligt sind. Kommt es während langandauernden Operationen auch zu einem Wechsel zwischen den instrumentierenden Diensten, sollten folgenden Informationen berücksichtigt werden:

- Der aktuelle Stand des Operationsverlaufs und die weitere Planung,
- Übergabe des Instrumentariums (Vollständigkeit),
- Übergabe aller zählbaren Gegenstände,

- Informationen über Abstriche, Implantate etc.,
- besondere Vorkommnisse und die
- abschließende Dokumentation des Informationsaustausches.

Auch bei einem Wechsel innerhalb des Springerdiensts sollten Informationen ausgetauscht werden, wie z. B. der aktuelle Stand der OP, angereichertes Zusatzinstrumentarium etc., besondere Vorkommnisse, angereicherte Zusatzmaterialien und auch hier wieder die Dokumentation des Übergabezeitpunkts.

Wird der Patient in andere diagnostische Bereiche innerhalb der klinischen Versorgung verlegt, muss es auch hier zu einem Informationsaustausch kommen der angelehnt an die bereits erwähnten Beispiele erfolgen kann. Eine Detailtreue ist vom jeweiligen Eingriff abhängig und muss individuell inhaltlich angepasst werden.

5.5.12 Die Pflegeüberleitung

Die Pflegeüberleitung beschreibt eine Übergabeform, in der Informationen aus dem aktuellen pflegerischen Kontext in den nachfolgenden Pflegebereich weitergegeben werden. Sie steht oft bei der Verlegung vom Akutbereich in eine weiterführende Klinik an, aber auch bei Überleitung in ein Altenpflegeheim oder die ambulante Versorgung. Im Mittelpunkt steht immer die patientennahe Versorgung, aber gerade wenn die Entlassung in das persönliche Umfeld vorgenommen wird, fühlen sich die Angehörigen mit dieser neuen Situation völlig überfordert. Sie sehen sich oft mit Hindernissen und Fragen konfrontiert, die sie nicht alleine bewältigen können. Zum einen sehen sie sich als wichtige Stütze, oft einziger Halt für den Patienten und wollen ein hohes Maß an Sicherheit und Gelassenheit vermitteln. Zum anderen prasseln so viele neue Aspekte auf sie ein, dass

sie sich dieser großen Herausforderung mit allen menschlichen und organisatorischen Aspekten gar nicht gewappnet fühlen. Eine pflegerische Beratung durch Fachpersonal ist hier elementar wichtig, um für eine reibungslose Betreuung des Menschen zu sorgen. Es ist sinnvoll, diese beratende Tätigkeit von der für den Patienten verantwortlichen Pflegekraft durchführen zu lassen.

- Eine detaillierte Informationsweitergabe im Rahmen der Pflegeüberleitung gewinnt in der derzeitigen Versorgungslandschaft immer mehr an Bedeutung. Patienten werden schneller in anschließende Pflegesettings überführt und eine lückenlose Informationsweitergabe ist hier mehr als wichtig.

In der heutigen Realität übernimmt diese Funktion oft das Entlassungsmanagement in einem Haus, die allerdings den Patienten nur aus den Akten oder aus einer Übergabe durch die zuständige Pflegekraft kennen. Hier kann die Profession „Pflege“ gestärkt und die Sicherheit für Patient und Angehörige effektiver genutzt werden. Oft erkennt die Pflegekraft den Bedarf im Rahmen der Pflegeüberleitung und kann schnellstmöglich intervenieren. Geht der Bedarf vom Patienten selbst oder den Angehörigen aus, kann der Informationsaustausch unmittelbar erfolgen und muss nicht über dritte koordiniert werden. Der Bedarf kann zu Beginn in einem offenen Gespräch bestimmt werden. Informationen zu individuellen Unterstützungsangeboten für die weitere Versorgung zu Hause, wie z. B. Essen auf Rädern, Hausnotrufsysteme, Hauswirtschaftshilfe etc., können anschließend vermittelt werden.

- Es schließt sich auch eine Information oder Beratung zur Finanzierung der ambulanten Pflege an. Es ist von großer Wichtigkeit, den Angehörigen die ersten Schritte zur Beantragung einer Pflegestufe leicht zugänglich zu erläutern.

Wollen Angehörige die pflegerische Versorgung als Laie zu Beginn selbst übernehmen, soll man ihnen Hinweise auf Schulungs- und Austauschmöglichkeiten geben. Wichtig ist hier, dass man die Laienpflege klar zur professionellen Pflege abgrenzt, um die Pflegequalität deutlich zu machen. Die Weitergabe der Informationen können unterschiedlich erfolgen. Hierbei werden oft zwei Varianten genutzt. Für eine Nachhaltigkeit werden die Informationen im Pflegeüberleitungsbogen festgehalten, allerdings sollte dazu auch immer ein persönliches Gespräch erfolgen. Oft liegt von der Klinik selbst schon ein erarbeiteter Überleitungsbogen vor, der gut zur Orientierung genutzt werden kann. Der Fokus liegt allerdings weniger auf der medizinischen Diagnose, sondern mehr auf der pflegerischen Versorgung. Es soll erreicht werden, dass der Patient nicht sozial isoliert ist und sich in seinem persönlichen Umfeld „abgeschoben“ fühlt.

Die derzeitige Versorgungslandschaft in Deutschland ist so vielseitig, dass ein betreuter Mensch weiterhin sozial integriert bleiben kann. Das setzt natürlich Kenntnisse über eine professionelle Versorgung voraus, die nur über einen Pflegeberater oder einer anderen Pflegeperson mit einer entsprechenden Expertise erfolgen kann. Auch hierfür kann es einen vorgefertigten Orientierungsbogen geben, auf dem die individuellen Unterstützungsleistungen festgehalten und das weitere Vorgehen dokumentiert werden. So ist es z. B. dem anschließenden Pflegedienst leichter möglich diesen Versorgungsplan umzusetzen und es muss nicht noch einmal alles neu erstellt werden. Durch eine schriftliche Dokumentation wird auch eine Nachhaltigkeit der Informationen berücksichtigt, die für Patient und Angehörige wichtig sind.

5.5.13 Die systemische Übergabe

Eine systemische Übergabe grenzt sich klar von den bereits erläuterten Formen ab. Der

systemische Ansatz konzentriert sich weniger auf die einzelnen Probleme des Patienten, sondern fokussiert mehr das System, bzw. das Umfeld des Patienten. Der Patient wird als Problemträger gesehen, d. h., dass das unmittelbare System in dem sich der Mensch befindet, für die Auswirkungen der zugrunde liegenden Probleme mit verantwortlich ist, sie sogar verschlimmern oder verbessern kann. Somit ist für die Verbesserung der Patientensituation das direkte Umfeld unmittelbar mit verantwortlich.

Zu beachten ist, dass eine systemische Übergabe nicht mit einer systematischen Übergabe verwechselt werden darf. Die Begrifflichkeiten sind deutlich voneinander zu unterscheiden:

- Die systemische Betrachtungsweise impliziert, dass die Ursache für Probleme nicht bei den Einzelnen liegen, sondern vom Zustand des Systems mit abhängig ist. Ein Teil steht immer im Zusammenhang mit dem großen Ganzen.
- Von systematisch wird immer dann gesprochen, wenn nach einer geordneten Abfolge vorgegangen wird und wir planbar und gradlinig vorgehen.

Die Orientierung am Pflegeprozess ist eine systematische Vorgehensweise, bei der alle sechs Schritte der Reihe nach berücksichtigt werden. Bei einer systemischen Übergabe werden z. B. die Beziehungen zwischen dem Patienten und seinem sozialen System betrachtet. Das vorliegende soziale System kann zum einen die familiäre Unterstützungsstruktur sein, aber auch das therapeutische Team, von dem der Patient in seiner momentanen Situation abhängig ist. Es handelt sich immer um die Perspektive der Wechselwirkungen zwischen zwei Bereichen, die aber Teil eines ganzen Systems sind. Das soziale System wird daher nicht isoliert vom Patienten betrachtet, sondern hat immer eine direkte Auswirkung auf die aktuelle Problemstellung.

Fazit

Bei der systemischen Übergabe liegt der Hauptfokus auf der Beziehung des Patienten zu seinem sozialen System. Können z. B. Angehörige die nötige Betreuung übernehmen oder liegt ein Defizit vor, das schnellstmöglich ausgeglichen werden muss.

Entschließt man sich in einer Institution oder einem pflegerischen Bereich eine systemische Übergabe zu implementieren, bedarf es einer guten Vorarbeit. Alle Mitarbeiter müssen bereit sein, von ihrer logischen Denkstruktur Abstand zu nehmen und eine komplexe Betrachtungsweise anzuwenden. Es erfolgt eine Loslösung von den üblichen und bekannten Denkmustern, indem es keine Unterscheidung mehr in „richtig oder falsch“ gibt. Die vorliegende Situation wird rein objektiv, frei von Bewertungen betrachtet. Die Wechselseitigkeit aller Faktoren wird dargestellt und größere Zusammenhängen des Patienten betrachtet, nicht die einzelnen Segmente der pflegerischen Probleme. Eine Einteilung nach Ursache und Wirkung auf Basis medizinischer oder pflegerischer Faktoren erfolgt nicht mehr. Tauchen Probleme auf, wird im Rahmen der systemischen Übergabe erkannt, dass diese aus grundlegenden Strukturen resultieren und nicht aus individuellen Fehlern. Die Übergabe ist daher in erster Linie durch den individuellen Rahmen und das Umfeld des Menschen gekennzeichnet. Es macht keinen Sinn, nach einer vorgefertigten Checkliste vorzugehen oder sich an einer Struktur des Anamnesebogens zu orientieren.

■ Einstiegsfrage

Die systemische Übergabe kann mit einer unstrukturierten Einstiegsfrage, wie z. B. „Worüber würdet Ihr gerne bei dieser

Übergabe reden?“, beginnen. Sie bietet aber auch die Möglichkeit mit einer strukturierten Eröffnung anzufangen. Hier wird sofort nach dem Zustand eines bestimmten Patienten gefragt. Beide Ansätze sind gleichwertig zu sehen. Es kommt hier auf die Interessenslage und das Vorwissen der sich informierenden Pflegekraft an. Gerade nach stressreichen Arbeitsphasen sollte diese Übergabeform nach einer kleinen Pause, bzw. Ruhephase, begonnen werden. Subjektive Emotionslagen gehören nicht in den systemischen Kontext. Es gibt auch die Möglichkeit die zu übergebende Pflegekraft durch eine gezielte Frage nach emotionalen Situationen aus der Arbeitsphase zu befragen, um somit den systemischen Austausch davon zu befreien.

■ Informationsaustausch

Es schließt sich die Phase des Informationsaustauschs an. Diese ist von einem informierenden Ansatz geprägt, in dem die aktuellen Geschehnisse und Informationen weitergegeben werden. Hier wird klar das Umfeld des Menschen in Beziehung zu den aktuellen Geschehnissen gesetzt. Die Pflegekraft kann interpretieren, aber auch hypothetische Aspekte einbringen. Es entsteht mehr ein Gespräch zwischen beiden Schichten, insbesondere, wenn allen der Mensch, über den gesprochen wird, bekannt ist. Es werden Bezüge zur Vergangenheit und Gegenwart geschaffen. Fragen werden gestellt, um neue Aspekte aufzuzeigen und zu beleuchten. Hier ist es im Gespräch erwünscht, dass typische Denkschema der Übergabe von Ursache und Wirkung aufzubereiten. Eine medizinische Diagnose wird als Verursachen für die aktuelle Situation erkannt, steht aber nicht im Mittelpunkt der aktuellen Situation.

Hier wird der Fokus auf das Umfeld gelenkt, z. B. in wie weit das Umfeld des Menschen betroffen ist. Bekommt eine Mutter eine infauste Diagnose und ist nicht mehr in der Lage ihr direktes Umfeld wie

gewohnt zu versorgen, werden Unterstützungsfaktoren eingeleitet, damit z. B. die Kinder weiterhin betreut und versorgt werden. Dies wird immer in Bezug zur betroffenen Mutter gesehen, wie geht es ihr mit der Situation, wie ist ihr Umfeld von ihr abhängig, zu welchen Konflikten führt die Situation und wie können diese für alle Beteiligten gelöst werden.

- Die Lösungsorientierung für die gesamte Situation steht hier nicht im Fokus. Es geht vielmehr um eine Situationsbewältigung für alle Beteiligten.

Diese Situation im Rahmen des Übergabegesprächs zum einen klar darzustellen, transparent zu machen und zu deuten, hat Priorität. Weitere Schritte zur Bewältigung einzuleiten, folgt im nächsten Punkt. Es kann sinnvoll sein, für diesen Austausch eine zeitliche Begrenzung einzuführen, damit gerade problematische Situationsanalysen nicht ausufern. In neuen, problematischen Situationen kann das allerdings hinderlich für eine gute Lösungsanbahnung sein, da künstlich Druck erzeugt wird, der wiederum zu einer unkonkreten und uneffektiven Lösung führt. Hier muss situativ entschieden werden, wie der einzelne Bedarf der Übergabegruppe ist.

■ Abschlussphase

Es schließt sich die Abschlussphase an, in der das weitere Vorgehen mit dem Patienten konkretisiert wird. Hier können die Gesprächsinhalte zusammengefasst und nach Wichtigkeit hierarchisiert werden. Eine Planung der nächsten, anstehenden Schritte ist sinnvoll, um gerade bei sehr ausführlich geschilderten Situationen den Fokus zurück zum Wesentlichen zu erreichen. Der Folgepflegekraft muss deutlich werden, was der nächste Handlungsschritt sein soll. Gerade nach emotional belastenden Situationen kann sich eine kurze Reflexion im Übergabeteam anschließen. Hier reicht oft eine

kurze Fragestellung und ein kurzes Zeitfenster, damit die unguten Gedanken und Emotionen zurückgelassen werden können. Hier können sich auch bestimmte Rituale anbieten, die dafür sorgen, dass die Pflegekraft mit einem guten Gefühl dem Feierabend begegnen kann.

Diese Übergabeform ist für den akut-stationären Bereich sicherlich nicht sinnvoll, allerdings passen einzelne Bausteine für eine Fallbesprechung sehr gut. In Bereichen, in denen Menschen ganzheitlich betreut werden (z. B. psychiatrischen Wohnheim) und wo für die pflegerische Versorgung die Beeinflussung durch das Umfeld besonders wichtig ist, macht diese Übergabeform sehr viel Sinn.

5

5.5.14 Übergabeformen in Kürze

Die unterschiedlich aufgeführten Übergabeformen zeigen einige Überschneidungen und Gemeinsamkeiten. Sie weisen allerdings auch strukturelle Unterschiede auf, die in den unterschiedlichsten Gesundheitssettings genutzt werden können. Dieser Überblick soll zum einen die Vielfalt von Übergaben darstellen und zum anderen die verschiedenen Bedürfnisse von Informationsweitergaben deutlich machen, für die diese Vielfalt benötigt wird. Es kann sein, dass für Ihren Pflegebereich eine aufgeführte Übergabeform passt und genau übertragbar ist. Vielleicht nutzen Sie aber auch Aspekte aus unterschiedlichen Übergabeformen und führen diese zu einer neuen Variante zusammen. Beides ist möglich.

Es entstehen in der heutigen Zeit immer mehr unterschiedliche Pflegesettings in denen eine klassisch strukturierte Übergabe durchgeführt wird, allerdings in ihrer Form gar keinen Sinn macht. Hier können neue Ideen kreiert werden, neue Strukturen entstehen oder aber einfach eine andere Form der Übergabe genutzt werden. Pflegesettings entwickeln sich in der heutigen Zeit

schnell weiter. Die zu betreuenden Menschen weisen ein umfangreiches Pflegeumfeld auf, das es zu berücksichtigen gilt. Pflege muss dadurch immer effizienter werden und sich selbst optimieren.

Fazit

Die unterschiedlich beschriebenen Formen von Übergaben bieten die Möglichkeit verschiedene inhaltliche Aspekte an Ihr individuelles Pflegesetting anzupassen. Es ist nicht nötig eine bestimmte Form zu übertragen, vielmehr sind es die unterschiedlichen Anteile, die für diverse Bereiche genutzt werden können.

5.5.15 Interprofessionelle Seminarübergabe

Die Bedeutung einer interprofessionellen Zusammenarbeit stellt ganz klar die Bedürfnisse und Belange von Patienten in den Fokus. Diverse gesundheitsbezogene Berufsgruppen arbeiten zusammen, um das Patientenwohl zu fördern und bedürfnisorientiert auszurichten. Die Perspektive, die der Patient für sich verfolgt wird von allen Beteiligten individuell verfolgt und vernetzt. Ein interprofessionelle Handeln bezieht sich auf eine berufs- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Fachpersonen aus den Gesundheitsbereichen der Pflege, Diagnostik, Therapie, Medizin, Prävention und Rehabilitation. Unter dieser Berücksichtigt aller notwendigen Fachsektoren ist eine optimale Gesundheitsversorgung inklusive der Angehörigenbetreuung gewährleistet. Alle beteiligten Berufsgruppen definieren auf Basis ihrer eigenen Handlungsbereiche ein übergreifendes Anforderungsprofil für die Versorgung und Betreuung einer komplexen Patientenversorgungssituation. Dies verschafft dem Patienten selbst und seinen Angehörigen in

einer akuten herausfordernden Situation Sicherheit und Verlässlichkeit. Die Abgrenzung zu einer Fallbesprechung liegt im methodischen Vorgehen. Hier steht der Seminarcharakter klar im Vordergrund. Es handelt sich also um eine Lern- Lehrveranstaltung die handlungsgeleitetes Wissen in kleinen Gruppen methodisch aufbereitet klientelbezogen vertieft. Die Idee ist demnach eine ausführliche gestaltete Patientenübergabe, die einen Rahmen für interaktiven Austausch schafft. Gerade weil hier alle Berufsgruppen beteiligt sind, steht ein kommunikatives Handeln im Mittelpunkt und kann durch den Seminarcharakter gut aufgenommen werden. Vorstellbar ist ein onkologisches Pflegesetting, in dem der Patient aus der langzeitstationären Versorgung in die ambulante Versorgung übergeleitet werden soll. Es stehen viele Unklarheiten und Unsicherheiten für den Patienten und deren Angehörigen im Raum die in regulären Visitenformaten nicht ausreichend geklärt werden können. Der kommunikative Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten steht hier im Mittelpunkt und da die Pflege die wichtigste Rolle in der aktuellen und weiteren Versorgung einnimmt, sollte die interprofessionelle Seminarübergabe auch von ihr gesteuert und geleitet werden. Alle Vertreter der nötigen Berufsgruppen werden an einen „Tische“ geholt, der real oder digital sein. Der PatientIn und Angehörigen beginnen in der Seminarübergabe mit der Schilderung ihrer Perspektive, Bedürfnisse, Ängste und Unsicherheiten. Anschließend nimmt die Pflegefachkraft zur aktuellen Situation Stellung und moderiert nach Priorisierung die weiteren nötigen Berufsgruppen durch die Seminarübergabe. Wichtig dabei ist, dass die nötigen Ergebnisse in einem Protokoll festgehalten werden, um wichtige Absprache und Informationen für alle Beteiligten klar nachvollziehen zu können. Der zeitliche Umfang sollte allerdings 60 min nicht überschreiten. Abschluss der Seminarübergabe bildet eine kurze Feedbackrunde, die alle Beteiligten

mit einbezieht. Hier wird zur zukünftigen Versorgungssituation Stellung genommen oder Verständnisfragen geklärt werden. Die Pflegefachkraft ist als Verbindungsglied zwischen allen nötigen Berufsgruppen zu verstehen und nimmt eine klare Steuerungsaufgabe für alle weiteren Prozesse ein. Sie initiiert bei Bedarf auch weitere Seminarübergaben. In der Regel sollte diese Form ausführlich einmalig durchgeführt werden. In herausfordernden Versorgungskontexten kann eine erneute Seminarübergabe sinnvoll sein, was die Pflegefachkraft entscheidet und initiiert.

➤ Wichtig

Interprofessionelles Verständnis basiert auf der Zusammenarbeit diverserer gesundheitsspezifischer Berufspersonen, die ein individuelles Bedürfniserleben des Patienten gleichermaßen in den Mittelpunkt der Versorgung stellen. Eine Seminarübergabe bedeutet, dass umfangreiche Zeit für die Belange der zu pflegenden Person eingeräumt wird und diese von allen nötigen Seiten der an der Pflege beteiligten Berufsgruppen betrachtet wird.

5.5.16 Weitere Übergabekonzepte

Mittlerweile haben sich weitere Konzepte zur Informationsweitergabe im gesundheitlichen Kontext bewährt, die in unterschiedlichen Veröffentlichungen publiziert worden. Einige davon möchten wir hier abschließend vorstellen. Das Übergabekonzept ISOBAR wird häufig in der Notfallpflege/-medizin angewendet und mittlerweile auch schon erfolgreich umgesetzt. Es orientiert sich an einer klaren Strukturlinie, die sich auf die wichtigen Informationen fokussiert. I steht für Identifikation und umfasst die persönliche Vorstellung und die Identifikation des Patienten. S = Situation, bezieht sich auf den vorliegenden Zustand und die Hauptsymptome

des Menschen. O=Oberservieren, beobachten und fokussiert sich auf alle nötigen Beobachungskriterien, wie Vitalparameter, Zu- und Ableitungen, Wunden, Orientierung des Menschen, Erscheinungsbild, etc. B=Background, Hintergrund und bezieht sich auf relevante Informationen zum Patienten selbst, wie Vorerkrankungen, Medikation, Allergien etc. A=Assessment, befasst sich mit den Maßnahmen zu direkten weiteren Versorgung. Welche Versorgungsmaßnahmen müssen umgehend und direkt eingeleitet werden? R=Read Back, Wiederholung, fokussiert sich auf eine abschließende Überprüfung. Ansprechpersonen werden festgelegt und es gibt die Möglichkeit Nachfragen und Verständnisfragen für die weitere Versorgung zu stellen. Grundlage ist eine Sechs – schrittige Checkliste, die zum einen als Orientierungsrahmendienst und gleichzeitig als Dokumentationsgrundlage zugrunde gelegt wird. Durch die klare Struktur ist es möglich, Notfallinformationen schnell und strukturiert weiter zu geben, daher findet sie auch zum Beispiel im OP oder der Notaufnahme Anwendung. Im stationären Setting gibt es besser geeignete Übergabeformate, in denen zum Beispiel die individuellen Bedürfnisse des Patienten mehr Berücksichtigung finden. Hier wird erneut deutlich, dass zum Großteil medizinische Informationen im Mittelpunkt, die sich auch schnell und einfacher strukturieren lassen, da es sich um rein faktisches Informationsmaterial handelt. Man kann allerdings die ISOBAR Checkliste um pflegerisch relevante Aspekte ergänzen und erweitern, um den Fokus der individuellen pflegerischen Orientierung mehr in den Mittelpunkt zu nehmen.

Ein weiteres Übergabeformat ist das SBAR – Konzept. Hierbei handelt es sich ebenfalls um ein standardisiertes Kommunikationswerkzeug. Es unterstützt die fehlerfreie Informationsweitergabe und soll Missverständnisse im Rahmen der Kommunikationsstrukturen reduzieren. Im Mittelpunkt steht die Verstehensoptimierung

zwischen Personen, die in einem beruflichen Kontext miteinander arbeiten, aber nicht unmittelbar kontinuierlich im kommunikativen Austausch sind. S=Situation, in dem die aktuell vorliegenden Patientensituation an wichtigen Aspekten deutlich gemacht wird. Dazu gehört die Diagnosestellung, Kostform, Drainagen, Medikamente, Zu- und Ableitungen, etc. Dieser Strukturierungspunkt bietet die Möglichkeit anhand von diversen medizinischen und pflegerischen Informationen ein komplexes Bild über den zu Pflegenden Menschen entstehen zu lassen. B=Background, Hintergrund, in dem unter anderem relevanten Nebendiagnosen, Allergien, die hausärztliche Versorgung etc. detailliert dargestellt wird. Es geht hier ganz klar um die nötigen Hintergrundinformationen die die zuvor dargestellte Patientensituation komplettieren sollen. A=Assessment, Einschätzung, hier wird der Allgemeinzustand des zu pflegenden Menschen genau beschrieben. Der Ausprägungsgrad der Mobilität, der aktuelle Wundstatus, die Schmerzbeurteilung, der Demenzstatus und weitere Pflegephänomene können zum Teil anhand von qualitativ fundierten Assessmentinstrumenten eingeschätzt und beurteilt werden. R=Recommendation, Empfehlungen, in diesem Schritt werden weitere Schlussfolgerungen abgeleitet, die in den nächsten Versorgungsschritten eingeleitet werden können. Nötige Pflegemaßnahmen können angebahnt werden, medizinische Versorgungsmaßnahmen werden geplant und die weitere multidisziplinäre Versorgung des zu pflegenden Menschen wird geplant. Der Kommunikative Austausch ist das zentrale Übergabemedium in diesem strukturierten Format und kann um weitere Aspekte individuell ausgebaut werden. Es wird auch deutlich, dass im Gegensatz zur vorherigen Übergabestruktur ISOBAR auch pflegerelevante Erkenntnisse in das Konzept integriert sind und klar im Mittelpunkt stehen.

Auch die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) hat eine Form der

Sozialvisite entwickelt, die es vor allem in der ambulanten Palliativversorgung ermöglicht, ein individuell ausgerichtetes Übergabekonzept in der letzten Lebensphase zu implementieren. Die Form der Übergabe hat zum Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung des Menschen zu erhalten, um ein menschenwürdiges Leben bis zum Ende in gewünschten Versorgungsbereichen zu ermöglichen. Im Mittelpunkt stehen regelmäßige multiprofessionelle Übergabeformen, die situativ auf die veränderte Patientensituation ausgerichtet sind. Dieses Übergabeformat versteht sich als Beratungs- und Koordinierungskonzept, da sich in einer kurzen Zeitphase existenzielle Versorgungsbereiche verändern und zeitnah auf die pflegerische Versorgung übertragen werden müssen. Dieser Austausch bedingt in einer multiprofessionellen Pflegeversorgung einen schnellen, ausführlichen und direkten kommunikativen Austausch aller Beteiligten.

Zu den aufgeführten Formaten passt auch das HIPSTA Projekt, welches am Universitätsklinikum Heidelberg (UKHD) seinen Ursprung fand und mittlerweile an diversen Standorten Deutschlandweit umgesetzt wird. Hierbei handelt sich allerdings nicht um ein ausschließliches Übergabekonzept, sondern um eine Interprofessionelle Ausbildungsstation auf der sich auf einer interprofessionellen Ebene Studierende und Auszubildende auf Augenhöhe begegnen. Im Mittelpunkt stehen hierbei Informationsweitergaben, organisatorische Absprachen und unterschiedliche Kommunikationsebenen auf die sich die unterschiedlichen Auszubildenden und die Studierenden einlassen müssen. Denn im Fokus steht der zu pflegende Mensch, der von allen Berufsgruppen interprofessionell versorgt und betreut wird. Hierbei wird deutlich, dass vor allem Informationsflüsse essenziell sind, um eine gute Versorgung der Menschen zu gewährleisten. Dieser Lerneffekt trägt dazu bei, das alle Beteiligten schon im Rahmen ihrer Ausbildung erkennen, wie wichtig

konkrete, klare und direkte Kommunikationswege sind. Durch diese erlebten Situationen erkennen alle Beteiligten die hohe Effizienz von klaren Informationsweitergaben und tragen diese Erfahrungen in die kommenden Versorgungssettings weiter. Die Bedeutung der Kommunikationsstrukturen und vor allem der essenziellen Aufgabe der Übergabe wird den Lernenden erfahrbar gemacht und sie entwickeln kreativ neue Ideen und Impulse, um zwischen den Berufsgruppen Informationen klar zu transportieren. Die eigentliche Übergabe gewinnt somit eine ganz neue Bedeutung und verliert vielleicht ein Stück weit ihr althergebrachte Dimension.

Fazit

Die unterschiedlich beschriebenen Formen von Übergaben bieten die Möglichkeit verschiedene inhaltliche Aspekte auf ihr individuelle Pflegesetting anzupassen. Es ist nicht nötig eine bestimmte Form zu übertragen, vielmehr sind es die unterschiedlichen Anteile, die für diverse Bereiche genutzt werden können.

5.6 Störungen der Übergabe

Eine **Störung** ist ein spontanes Ereignis, das eine Unterbrechung von bestehenden Aufgaben und Prozessen nach sich zieht. Es handelt sich immer um eine Abweichung von der Norm.

Eine **Unterbrechung** der Übergabe ist eher geplant bzw. bedeutet, dass eine Pause eingelegt wird. Nach der Unterbrechung wird nahtlos an einer bestimmten Stelle weitergearbeitet.

Die Störung zieht eine neue Handlung nach sich, da spontan reagiert werden muss. Die weiter zu führende Handlung steuert in eine andere Richtung und kann für eine Schwerpunktverschiebung sorgen. Störungen haben daher eine größere negative

Auswirkung auf eine Übergabe als Unterbrechungen. Das Ziel ist es, auf Basis einer effektiven Struktur eine informative Übergabe durchzuführen. Die wichtigen Informationen so zu extrahieren, dass sie bei der zu informierenden Pflegekraft „hängen bleiben“. Dazu müssen Störungen ausgeschaltet werden.

Die bedeutendste Störung für die Übergabe ist im Klinikbereich der Raum selbst. In den seltensten Fällen gibt es einen gesonderten Raum, der für die Informationsweitergabe genutzt werden kann. In der Regel findet die Übergabe im Dienstzimmer, Aufenthaltsraum, etc. statt. Diese Räume haben in erster Linie eine andere Funktion. Sie dienen als Arbeitsraum für Pflegekräfte, Ärzte und andere Berufe, werden als Lager- und Vorbereitungsraum für Medikamente genutzt, sind Büro und viele mehr. Dazu kommt, dass in diesen Raum alle Kommunikationswege, wie Telefon, EDV, Rufanlage, Rohrpost etc. zusammenlaufen. Das bedeutet, dass nur allein durch die Nutzung der Räumlichkeit eine Vielzahl von Störquellen offensichtlich vorhanden ist. Nach einer quantitativen Untersuchung kann man im Durchschnitt von fünf bis neun Störungen innerhalb einer Übergabe ausgehen. 66 % aller Störungen fallen in der Überlappungszeit zwischen Früh- und Spätdienst an.

Fuhrmann/Trill/Witzenberger unterteilen die Störquelle während einer Übergabe in zwei Bereiche:

- Zu den **externen Störquellen** gehört, wie bereits deutlich erwähnt, der gewählte Raum selbst. Aber auch das Klingeln des Telefons, die Patientenklingel, unterschiedliche Alarmsignale durch Monitoring etc., Unterbrechungen durch Angehörige oder den Patienten selbst, den Transportdienst oder andere Berufsgruppen sorgen für eine unterschiedliche Störintensität während des Informationsaustauschs.
- Zu den **internen Störquellen** zählt man einen verspäteten Beginn durch

Unpünktlichkeit. Es wird auf einen Mitarbeiter gewartet und es ist nicht abzusehen, wann die Übergabe begonnen werden kann. Die Unkonzentriertheit des Mitarbeiters selbst ist eine Störquelle, egal ob beim informationsgebenden oder informationserhaltenden Mitarbeiter. Wichtige Aspekte können so verloren gehen. Auch thematische Abschweifungen gehören dazu. Wird ein Informationsgegenstand zu sehr in die Länge gezogen, kann es sogar zu thematischen Wechseln kommen. Aufkommende private Gespräche sind eine große Störquelle, v. a. wenn Informationen nicht mehr relevant für die Pflegekraft sind. Auch Diskrepanzen auf der Beziehungsebene zwischen den Pflegekräften sorgen für Störungen. Gerade wenn ein Machtgefälle zwischen den Personen vorherrscht, wird dieses oft in Teamsettings wie der Übergabe ausgetragen.

Als häufigste und ausschlaggebendste Störquelle während der Übergabe wird in unterschiedlichen Literaturquellen immer wieder die Patientenklingel benannt. Dabei sollte uns bewusst sein, dass eine kontinuierliche Versorgung von Patienten eigentlich nicht als Störung definiert werden kann, sondern es eher, um eine Optimierung der Arbeitsablaufstruktur bezogen auf zwei elementare Arbeitsabläufe in der Pflege – die Informationsweitergabe und die Versorgung von Menschen – gehen muss. Benötigt ein Patient Hilfe, kann er nur die Patientenklingel nutzen, um sich bemerkbar zu machen. Diese gibt ein klares „störendes“ Signal an die Pflegekraft durch ein Ton- und Lichtsignal weiter. Ein direkter verbaler Austausch mit dem Patienten ist in den meisten Fällen nicht möglich. Die Tonstörung ist direkt damit verbunden, dass die Pflegekraft ihren aktuellen Arbeitsfluss unterbricht und umgehend den Patienten aufsuchen muss. Das hat zur Folge, dass eine Priorisierung der Störung nicht erfolgen kann. Eine lebensnotwendige Notfallsituation wird primär

gleich eingestuft wie das Bedürfnis nach dem Öffnen des Fensters. Erst nach der tatsächlichen Begegnung mit dem Patienten und der Situation erfolgt eine Einstufung und zieht in der Regel eine negative Bewertung nach sich, v. a., wenn es sich in den Augen der Pflegekraft um eine belanglose Situation handelt.

Als zweithäufigste Störquelle wird in der Literatur die Störung innerhalb des Übergabeteams benannt. Es liegt oft ein mangelndes Selbstverständnis für Pünktlichkeit und somit für den genauen Beginn der Übergabe zugrunde. Kommt eine Pflegekraft zur Übergabe zu spät, wird in der Regel auf sie gewartet, damit Informationen nicht doppelt weitergegeben werden müssen. Das verstärkt eine negative Einstellung des gesamten Teams, da die folgende Arbeitsbewältigung zeitlich verzögert wird und somit Stress entsteht.

Auch eine Überlagerung des Informationsaustauschs durch persönliche Konflikte führt zu einer unbewussten Störung. Es kommt zu einer Bewertung von Aussagen die negativ ausgelegt werden. Ein „Nicht-ausreden-lassen“ entsteht durch diffuses Nachfragen und Vorführen von mangelnden fachlichen Informationen. Somit wird die informationsweitergebende Pflegekraft vor dem ganzen Team bloßgestellt.

Eine weitere Störung aus dem Übergabeteam heraus ist das Abschweifen von den eigentlichen Informationen. Zum einen, wenn keine strukturierte Form als Orientierung zu Grunde liegt oder zum anderen, wenn diese Abschweifungen von den informationsaufnehmenden Pflegekräften als gegeben hingenommen wird. Es wird keine Art von Regelwerk genutzt, um ein subjektive Abschweifen von den eigentlichen Informationen zu verhindern. Daraus resultiert eine hohe Unkonzentriertheit bei den übernehmenden Pflegekräften. Sie werden in die Situation gebracht, selbstständig über die Relevanz der Informationen entscheiden zu müssen. Das kann bei einer Vielzahl von abschweifenden Informationen

schwierig werden. Ein Hinterfragen bleibt aus, da erst mal alle Daten aufgenommen werden. Eine Unkonzentriertheit entsteht und im Anschluss erfolgt eine eigenständige Informationsbeschaffung. So entstehen Fehler und die Übergabe ist uneffektiv.

Die Dienstübergabe wird im negativen Sinn auch als „Erholung“ von einem anstrengenden Dienst genutzt. Hier ist es der unbeteiligten Pflegekraft möglich bei einem Kaffee die Erlebnisse aus dem zurückliegenden Dienst zu verarbeiten und die Gedanken schweifen zu lassen. Sie ist zwar körperlich anwesend, darf geistig aber abschalten, wenn sie keine aktive Rolle übernehmen muss. Leider gibt es für diese Störungen bezogen auf Auswirkungen und Häufigkeit im deutschsprachigen Raum keine aktuellen Forschungsergebnisse.

➤ Die Hauptstörungen sind:

- Übergaberaum,
- interne Störquellen (z. B. Telefon, Klingel, etc.),
- Störungen aus dem Übergabeteam selbst (z. B. Unpünktlichkeit, abschweifende Informationen, etc.)

Die aufgeführten Störungen sind vermeidbar oder zumindest einzudämmen, um den Erfolg der Übergabe sicherzustellen. Eingehende Telefongespräche und die Versorgung der Patientenklingel kann durch eine examinierte Pflegekraft in der Funktion als Springer übernommen werden. Ein mobiles Telefon macht hier mehr Sinn, da es auch jederzeit mitgenommen werden kann und die Pflegekraft so nicht an den Schreibtisch gebunden ist. Diese Springerfunktion sollte unbedingt von einer examinierten Pflegekraft übernommen werden, da Hilfskräfte oder Auszubildende nicht die Entscheidungsgewalt und die Kenntnisse bei bestimmten Fragen aufweisen können. Muss durch Hilfskräfte doch wieder eine Rückfrage oder Absicherung erfolgen ist das wesentlich zeitraubender und uneffektiv. In Notfallsituationen kann er das

Gesamtteam immer noch zur Unterstützung einbeziehen.

Es gibt auch die Möglichkeit in bestimmten Pflegebereichen, die weniger von der Akutversorgung abhängig sind, in der Zeit der Übergabe einen Anrufbeantworter oder ähnliches für das Telefon einzuschalten. Dieser kann zum jeweiligen Dienstbeginn abgehört und abgearbeitet werden. Die Nutzung des persönlichen Handys ist auf die Pausenzeit zu verlagern. Während der Dienstübergabe, besser noch während der gesamten Arbeitszeit, bleibt es im persönlichen Spind oder ausgeschaltet. Der pünktliche Beginn der Übergabe ist für alle klar kommuniziert. In Notsituationen ist das Pflegepersonal vorab zu informieren. Eine Pflegeperson kann als Organisator der Übergabe wöchentlich bestimmt werden. Diese ist für das Einhalten der Zeit und den organisatorischen Rahmen zuständig. Auch beim Aufkommen von Zwischengesprächen kann direkt eingegriffen werden und Unklarheiten aus dem Weg geräumt werden. Ein wertschätzendes Auftreten den anderen Kollegen gegenüber wird als Grundvereinbarung getroffen.

Die Übergabezeiten sind im gesamten therapeutischen Team transparent darzustellen und haben oberste Priorität. Gerade durch Störungen von Visiten durch den medizinischen Bereich oder Nachfragen von Physiotherapeuten etc. kommt es zum Abbruch des Informationsflusses. Diese Anliegen müssen im Anschluss geklärt werden oder eine Umorganisation der Abläufe muss im gesamten Team kommuniziert werden. Die Atmosphäre während der Übergabe soll einladend wirken, die Pflegekräfte sollen im beruflichen Alltag ankommen und sich mit einem Getränk auf den Informationsaustausch einlassen. Es soll nicht zu einer zusätzlichen Pausenstimmung kommen, in der jeder noch eine Mahlzeit zu sich nimmt und es eher einer Mensamentalität gleicht, als einem qualitativen Informationsaustausch. Hier werden klare Regeln im Team festgelegt, Getränke sind erlaubt,

Mahlzeiten werden in den Pausen eingenommen.

Kommen interpersonelle Konflikte auf, die sich innerhalb der Übergabe zeigen, wird z. B. durch den Moderator darauf verwiesen, diese im Anschluss wieder aufzugreifen und schlichtend einzuwirken.

Ungeklärte organisatorische Fragen werden in einem gesammelten Block am Ende der Übergabe durch den Organisator kommuniziert und für das gesamte Team transparent gemacht. Gerade bei aktuellen Veränderungen des Dienstplans werden diese Informationen spontan eingeschoben und sorgen für eine große Diskrepanz im Team. Auch wenn krankheitsbedingt Dienstplanveränderungen vorgenommen werden müssen, sorgt das für eine negative Stimmung während der weiteren Übergabe. Eine Konzentration auf die wesentlichen Informationen zum Patienten ist dann nur noch eingeschränkt möglich.

5.7 Qualitätsmerkmale einer Dienstübergabe

Eine gut geplante Übergabe dient als Qualitätsmerkmal eines Bereichs. Sie lässt Rückschlüsse auf die Pflegequalität und die Organisation eines Pflegebereichs zu. Eine Orientierung an inhaltlichen Qualitätsmerkmalen erfolgt an erster Stelle an der Vollständigkeit der Informationsweitergabe für alle Patienten. Wird hier eher darüber gesprochen, dass „... bei Herrn Schmidt nichts war, da er Selbstversorger ist ...“, kann nicht unbedingt von einer vollständigen Informationsweitergabe gesprochen werden.

Auch das Verständnis aller Interventionen der Patienten bei allen Beteiligten ist ein Qualitätsmerkmal. Es müssen nicht nur die verantwortlichen Pflegekräfte die Bedeutung verstehen, sondern auch die Hilfskräfte und Auszubildenden. In der Praxis wird dieser Aspekt viel zu wenig berücksichtigt. In wenigen Bereichen werden

allerdings neue Auszubildende extra in einer kurzen Informationseinheit im Anschluss der Übergabe geschult und spezielle Fragen beantwortet. Eine weitere Alternative sind Informationsmappen, die die gängigsten Informationen einer Pflegeeinheit zusammenfassen und häufig gestellte Fragen schriftlich beantworten. Hiermit kann sich jeder individuell beschäftigen und sich die wichtigsten Aspekte notieren.

Ein weiteres inhaltliches Qualitätsmerkmal ist die angemessene, professionelle Wortwahl während der Übergabe. Der Patient wird mit seinem Namen vorgestellt und nicht mit seiner Gesundheitsstörung oder Zimmernummer. Es wird auch von „Geburtsjahr“ oder „Jahrgang“ gesprochen, anstatt von „Baujahr“. Seine Problemstellung wird objektiv erläutert und nicht umgangssprachlich dargestellt. Begriffe wie „pinkeln“ oder „Po“ werden nicht verwendet, sondern durch „Wasserlassen“, „urinieren“ und „Gesäß“ ersetzt. Konflikte mit dem Patienten werden sachlich und angemessen dargestellt.

Zu den Qualitätsmerkmalen der Übergabe gehören auch die organisatorischen Aspekte, die u. a. den ausreichenden Zeitrahmen bewerten. Ist dieser zu kurz entsteht Stress und wichtige Informationen können vergessen werden. Ist er zu lang, kommt es zu Dopplungen und Wiederholungen. Es stellt sich schnell Langeweile ein und auch hier gehen wichtige Informationen verloren.

Auch eine gute Gesprächsführung ist ein Qualitätsmerkmal. Orientiert sie sich an einer festgelegten Struktur, kommt es weniger zu unnötigen Abschweifungen und Informationsinterpretationen. Subjektive Bewertungen bleiben unberücksichtigt. Die gesamte Organisation der Dienstübergabe zeigt die Wichtigkeit in dem einzelnen Pflegesetting. Verstehen die Pflegekräfte sie als elementaren Bestandteil der Pflege, hat sie auch einen besonders hohen Stellenwert. Störungen werden frühzeitig ausgeräumt, oder entstehen erst gar nicht. Hingegen

häufen sich bei einem niedrigen Stellenwert die Störungen, da diese sofort bearbeitet werden. Eine Abmahnung für die Störung erfolgt selten, da sie als wichtiger erachtet wird als die Übergabe selbst.

5.8 Ausblick

Auch Pflege ist geprägt von Tradition und Gewohnheiten. Da ist es schwer, vorhandene Strukturen aufzubrechen und Neues aufzuzeigen. Die Übergabe gehört ganz klar dazu. Sie gehört zum Pflegeberuf und ist auch nicht wegzudenken. Informationen mussten und müssen immer ausgetauscht werden, um eine professionelle, individuelle Pflege durchzuführen. Daher ist jeder Pflegekraft klar, dass die Übergabe zum beruflichen Kontext gehört und trotzdem sind viele Pflegekräfte mit deren Struktur, Ablauf, Dauer etc. unzufrieden.

Werden neue Ansätze ermöglicht oder andere Perspektiven aufgezeigt, ist es in der Pflegepraxis oft schwer, diese umzusetzen. Die Übergabe ist auch Gewohnheit, Bequemlichkeit und Sicherheit, die für die Pflegekräfte elementar ist. Eine Neuausrichtung ist gewünscht, aber das Festhalten am bewährten ist manchmal doch naheliegender. Es gibt allerdings auch viele Pflegesettings, in denen die Übergabe mittlerweile schon moderner umgesetzt wird. Sei es, weil die Einrichtung einen anderen Rahmen vorgibt oder weil die gesetzlichen Grundlagen andere sind. Viele Ansätze, die wir in diesem Kapitel beschrieben haben, finden sich in unterschiedlichen Pflegebereichen wieder. Sie können effizienter eingesetzt werden und sorgen nach ihrer Bewährung auch für eine gewisse Routine in diesem Bereich.

Der akute, stationäre Bereich lässt oft wenig Spielraum für neue Konzepte. Dort herrscht häufig immer noch der klassische Übergabestil vor. Eine Argumentationsgrundlage sind hier oft die Abhängigkeiten von vielen anderen Berufsgruppen, der akuten Handlungsbedarf, da sich ständig

neue Aspekte ergeben und nicht zuletzt die Zeitknappheit. Der Bedarf an Veränderung kommt meist weniger aktiv aus dem eigentlichen Pflege team, da die Arbeitsbelastung in der täglichen Versorgung der Patienten sehr hoch ist. Wenige Pflegekräfte sind dann noch bereit und motiviert grundsätzliche Strukturen wie die Übergabe zu verändern und ggf. gegen den Widerstand des Stationsteams einzuführen. Im elementaren Fokus der Veränderung von Prozessen kann der Bedarf nach etwas Neuem sein oder die Maßgabe durch diese neu geschaffene Struktur Zeit einzusparen.

- Die Veränderung muss für eine effektive Umsetzung aus dem Team selbst kommen.

Wird eine neue Struktur der Übergabe einer Station oder sogar einer ganzen Einrichtung übergestülpt, ist die Umsetzung klar zum Scheitern verurteilt. Um eine Veränderung anzuschieben, sollten die Defizite der Übergabe vom Team oder der Institution deutlich benannt werden. Nur dann ist die Grundlage für eine Veränderung der traditionsreichen Übergabestruktur geschaffen. Natürlich muss die Leitung des Bereichs, bzw. die Leitung der Institution frühzeitig mit im Boot sein. Ohne die Zustimmung aus der Leitungsebene macht es wenig Sinn, an einer Veränderung von elementaren Strukturen zu arbeiten. Auch die Zustimmung durch das Pflege team sollte eingeholt werden. Die Schaffung von Arbeitsstrukturen, Zeitressourcen und Projektarbeit muss im Vordergrund stehen.

Praxistipp

Die traditionsgeprägte Übergabe gilt es zu einer modernen, effizienten Form umzugestalten. Durch die unterschiedlichsten Pflegesettings müssen sich auch die Profile der Übergabe verändert. Das bietet die Chance, Pflege professioneller aufzustellen und in den Mittelpunkt der Versorgung zu rücken.

Ist die Motivation im Team für eine Veränderung der Übergabe geschaffen, sollte diese auch auf allen möglichen Ebenen genutzt werden. Es bildet sich ein kleines Arbeitsteam, das einen Rohentwurf, auf Basis von persönlichen Erfahrungen und thematischer Literatur, entwickelt. Dieser wird dann in einer Teambesprechung vorgestellt. Hier können auch schon Stolpersteine, aber auch Besonderheiten benannt werden. Es sollte realistisch eingeschätzt werden, was alles zu einer Umsetzung in diesem Bereich nötig ist, aber v. a. auch was die Highlights und Möglichkeiten sind. Das Team soll Interesse bekommen „das Neue“ auszuprobieren. Mit einer positiv ausgerichteten Stimmung lassen sich Projekte einfacher anbahnen.

Nach der Berücksichtigung von Ideen aus dem Team selbst leitet die Arbeitsgruppe die erste Probephase ein. Hier können schnell Schwierigkeiten erkannt werden und umgehend angepasst werden. Das neu initiierte Konzept wird dann für einen fest benannten Zeitraum zur Probe eingeführt und angewendet. Hier ist ein Zeitraum von einem halben Jahr ratsam. Nur über eine längere Zeit können Schwachstellen klar aufgezeigt werden und es bietet sich Raum für Optimierungen. Das Team ist für die Zeit daran gebunden, die neue Struktur anzuwenden und zu testen. Es macht Sinn, nach einer kürzeren Einführungsphase im Team ein kurzes Feedback einzuholen und Ideen für eine Verbesserung zu sammeln. Die Mitarbeiter können diese Veränderungswünsche auch jederzeit an das Implementierungsteam herantragen.

Nach dem festgelegten Zeitraum von sechs Monaten wird in einer Teamsitzung die Übergabestruktur genau durch Erfahrungsberichte aus dem Team reflektiert. Hier zeigt sich schnell eine Tendenz, in welche Richtung die Veränderung gehen soll. Müssen nach der Evaluation noch gravierende Aspekte verändert werden, sollte eine zweite Einführungsphase geplant werden, die dann ggf. nur noch drei Monate lang ist.

Gibt es nur wenige Optimierungsaspekte, kann die neue Übergabe umgehend schriftlich fixiert und verbindlich eingeführt werden. Die schriftliche Darstellung ist wichtig, um diese zum einen an alle Mitarbeiter auszuhändigen und sie zum anderen für neue Mitarbeiter im Rahmen des Einarbeitungskonzepts vorstellen zu können.

Literatur

- Beese F (2018) Professioneller Informationsaustausch. Intensiv, Heft 26:305–316
- Blank A., Potthoff-Zittlau N (2022) Dienstübergabe am Patientenbett. Die Schwester/Der Pfleger, Heft 6/22: 64–66
- Blank A., Zittlau N (2018) Dienstübergaben in der Pflege. Heilberufe, Heft 11/18: 38–40
- Joskus H (2011) Gute Dienstübergabe gestalten. CNE. fortbildung 1: 2–6
- Lauterbach A (2008) ...da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergabe in der Pflege. Books on Demand, Norderstedt
- Kerres A, Wissing C, Lüfti K (2022) Interprofessionelle Lernen im Gesundheitswesen. Kohlhammer, Stuttgart
- Lutao MC, Evers A, Hölper T (2022) Pandemiekonform, aber nicht praktikabel. Die Schwester/Der Pfleger, Heft 01/22: 56–59
- Mason B (2000) Die Übergabebesprechung. Eine systemische Perspektive. Hans Huber, Bern
- Meißner A (2004) Sind Pflegende mit der Übergabe zufrieden? Pflegeforschung ? Pflegeforschung 10/04; ► <https://www.pflege-wissenschaft.info/archiv/2004/oktober/922-NYGKTPVFMCIJH-BRSLDXWEZ>. Zugegriffen: 26. März 2017
- NN (2020) I Care Pflege, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Oberzauber F (2014) Übergabegespräche. Interaktionen im Krankenhaus. Lucius & Lucius, Stuttgart
- Klinikum Heidelberg: Hipster Heidelberg Projekt (2018) ► <https://physiotherapeuten.de/news/2022/10/ausbildung-auf-augenhoehe/>

Kommunikation in Übergaben

Inhaltsverzeichnis

- 6.1 Wieso ist es denn so wichtig, wie ich etwas sage? – 73**
- 6.2 Was kommt an? – Kommunikationsmodelle für Übergaben – 75**
 - 6.2.1 Kommunikationsmodell von Shannen u. Waever – 75
 - 6.2.2 4-Ohren-Modell von Schulz v. Thun – 76
- 6.3 Jugendsprache in der Pflege – 79**
 - 6.3.1 Smartphone – 79
 - 6.3.2 Dialekte und Muttersprache – 81
- 6.4 Die Pflegesprache unter Druck – Möglichkeiten der Entschleunigung – 81**
 - 6.4.1 Die acht Schlüssel – 82
- 6.5 Wichtige Aspekte der Kommunikation für die Übergabe – 85**
- 6.6 Die Bedeutung des Genderaspekts im Übergabegespräch – 85**
- 6.7 Die Bedeutung der inneren und äußeren Haltung im Übergabekontext – 87**
- Literatur – 89**

6.1 Wieso ist es denn so wichtig, wie ich etwas sage?

Jede Pflegekraft sollte über verschiedene Handlungskompetenzen verfügen, welche sie u. a. im Rahmen der pflegerischen Erstbildung erwirbt oder ausbaut. Eine entscheidende Kompetenz für Pflegekräfte ist die sog. „kommunikative Kompetenz“. Verfügt eine Pflegenden darüber, so ist diese u. a. in der Lage Informationen zu verstehen, diese auszuwerten und kommunikative Situationen zu gestalten.

Im Rahmen der Ausbildung und auch in späteren Fortbildungen werden Grundlagen zur Kommunikation vermittelt. Dazu gehören z. B. das Kennenlernen von Kommunikationsmodellen und das Führen von professionellen Gesprächen (z. B. Aufnahmegespräch, Feedbackgespräch). Insbesondere gibt es in diversen Unterrichtseinheiten immer wieder die Möglichkeit, dass Auszubildende sich in unterschiedliche pflegerische Gesprächssituationen begeben und diese anschließend vom Sprecher selbst, den Gesprächspartnern, vom Pädagogen und dem Kurs reflektiert werden. Im Zentrum der Kommunikationssituationen stehen v. a. Gespräche mit Patienten oder mit Vorgesetzten.

Eine Gesprächssituation, die in der Theorie keine Berücksichtigung findet, ist das Führen eines Übergabegesprächs. Dies verwundert nicht, da das Thema der Übergabe in den meisten Curricula der Ausbildung und in Fortbildungen bisher keine Berücksichtigung findet. Vielleicht ist dies auch der Grund, weshalb Übergaben von Pflegenden eher als Bericht und weniger als Gespräch wahrgenommen und umgesetzt werden. Auszubildende lernen das Führen eines Übergabegesprächs aktuell ausschließlich von den Kollegen aus der Praxis. Dies ist im Rahmen des handlungsorientierten Lernens eine oft effektive und

nachhaltige Möglichkeit, um Wissen zu erwerben und daraus Handlungen entstehen zu lassen. Allerdings muss praktisch angeeignetes Wissen dann aber auch mit theoretischen Konzepten und verfügbarer Literatur abgeglichen und die erprobte Handlung mithilfe eines Experten (z. B. einem Praxisanleiter) reflektiert werden. Diese Bausteine fehlen, bisher gibt es kaum eine Auseinandersetzung im Lernort „Schule“ oder einer anderen Pflegebildungseinrichtung.

➤ Auszubildende brauchen im Lernort „Praxis“ vermehrt die Möglichkeit, Dienstübergaben in Anwesenheit der Praxisanleitung durchzuführen. Empfehlenswert ist es mit ein bis zwei Patienten bzw. Bewohnern zu beginnen. Im Anschluss an die Übergabe bedarf es einer kurzen Reflexion oder eines gezielten Feedbacks zu bestimmten Kriterien (z. B. Struktur, Ausdruck, Vollständigkeit, Dauer, etc.).

Eine Möglichkeit, die Auszubildenden und vielen Pflegenden bekannt ist und die dazu führen kann, das Übergaben mehr zu Gesprächen werden und weniger einen Berichtcharakter haben, wird im Folgenden erklärt. Dabei geht es um die Anwendung von „Gesprächstechniken“. Techniken, die im Rahmen des aktiven Zuhörens oft angewendet werden und daher auch bekannt sind, sind das „*Verbalisieren*“ oder das „*Paraphrasieren*“ oder auch die Verwendung von sog. „*offenen Fragen*“.

Anhand von Beispielen werden zwei Gesprächstechniken näher beschrieben, die einen effektiven Einfluss auf eine Übergabe nehmen können.

Beispiel

Übergibt Frau Nöhl, dass sie Herrn Meier heute sehr anstrengend empfunden hat, kann Frau Schiller dazu eine „offene Frage“

stellen: „*Was hast du denn heute bei Herrn Meier als anstrengend erlebt?*“ Über diese Frage wird Frau Nöhl zur Konkretisierung oder einer genaueren Beschreibung einer Situation angeregt und das „Anstrengende“ ist nicht mehr pauschal. Dadurch würde evtl. deutlich, dass es nur eine Situation gab, in der der betreffende Patient als anstrengend erlebt wurde und dass diese Empfindung auch begründet war.

Beispiel

Herr Klein sagt in der Übergabe: „*In Zimmer acht da ist heute unser Superpatient aufgenommen worden, mit dem werdet ihr so gar keine Arbeit haben!*“. Er bringt nonverbal allerdings etwas ganz anderes zum Ausdruck. Herr Weiß könnte in diesem Fall die Technik des „auf inkongruentes Verhalten aufmerksam machen“ anwenden, indem er zu Herrn Klein sagt: „*Deinem Blick nach zu urteilen, scheint der Patient sehr pflegebedürftig zu sein oder hat einen hohen Gesprächs- oder Aufmerksamkeitsbedarf. Ist das richtig?*“.

Mit dieser Frage kann die betreffende Pflegekraft darauf aufmerksam werden, dass sie sich gerade nicht kongruent ausdrückt und ihr Übergabesatz zum Patienten Zuhörende zum einen verwirrt, weil sie den Gesundheitszustand und die Pflegebedürftigkeit des Patienten durch diesen Satz nicht einschätzen können. Zum anderen benennt sie im adäquaten Fachterminus nicht, was der Patient hat. Auf der Beziehungsebene scheint hier weniger der hilfebedürftige Mensch wahrgenommen worden zu sein, als vielmehr ein Patient, der einen hohen Arbeitsaufwand verursachen wird. Das wiederum beeinflusst die übernehmende Schicht und löst gleich zum Beginn des Dienstes einen möglicherweise unbegründeten erhöhten Zeitdruck bei der zuhörenden Pflegekraft aus, da pflegeaufwändige Patienten mehr Maßnahmen und somit auch

mehr Zeit als Patienten, die überwiegend selbstständig sind, benötigen. ◀

6.2 Was kommt an? – Kommunikationsmodelle für Übergaben

Im Rahmen von Übergabegesprächen stellt sich häufig die Frage nach einem geeigneten Gesprächs- oder Kommunikationsmodell. Theoretisch könnte man meinen, es sei ganz einfach. Es gibt einen Pflegenden A, der einen Patienten versorgt hat und einen Pflegenden B, der einen Patienten übernimmt.

6.2.1 Kommunikationsmodell von Shannen u. Waever

Das Kommunikationsmodell von Shannen u. Waever aus dem Jahr 1949 hat auch „nur“ zwei Variablen so wie den Pflegenden A und B. Shannen u. Waever sprechen im Modell von dem Sender und dem Empfänger. Demzufolge könnte dieses Modell eingesetzt werden. Zu beachten ist bei diesem Modell, dass es ursprünglich für die technische Kommunikation entwickelt wurde und für die Kommunikations- oder Gesprächssituation in der Pflege nicht ausreichend ist, da es nur sachliche Aspekte nicht jedoch Eindrücke und Gefühle von Menschen berücksichtigt. Diese sind allerdings in der Pflege unerlässlich, da die Pflege ein Beziehungs- und Problemlösungsprozess ist.

Es ist eine elementare Aufgabe Pflegenden mit dem Patienten in Kontakt zu treten und eine professionelle Beziehung aufzubauen. Eine solche Beziehung ist notwendig, um vertrauensvolle Informationen über den Patienten zu erhalten. Zudem fördert und erhöht sie die Aufnahmebereitschaft

des Patienten für verschiedene Informationen die Pflegende übermitteln. Damit wird deutlich, dass die Pflegekraft die einen Patienten in der Übergabe vorstellt, über diesen nicht nur rein objektiv spricht, denn sie übergibt mehr als die objektiv ermittelten Vitalwerte oder die Fördermenge einer Drainage. Sie gibt oft auch Informationen weiter, die die mentale und psychische Verfassung des Patienten betreffen. Sie war mit ihm in Kontakt und hat ihn in verschiedenen Situationen erlebt. Viele dieser Situationen sind von einer Sorge („Care“) der Pflegenden gegenüber dem Patienten geprägt, weil dieser aufgrund einer Erkrankung und oft eines enormen Hilfebedarfs in der Klinik ist. Ein Pflegender soll nicht nur Vitalfunktionen ermitteln, sondern z. B. auch die psychische Verfassung und die Ressourcen des Patienten einschätzen.

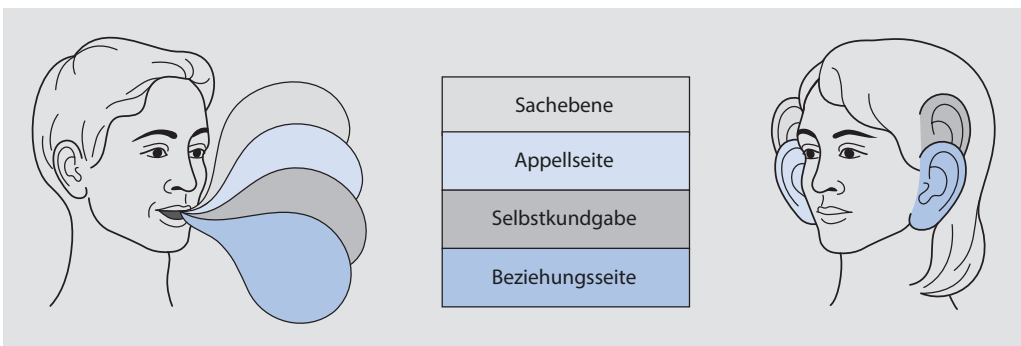
In der Übergabe soll die Pflegekraft auch über geäußerte oder vermutete Emotionen (z. B. Wut, Angst) des Patienten sprechen. Dies fällt vielen Pflegenden oft schwerer als Sachinformationen weiterzugeben. Deshalb ist eine regelmäßig stattfindende Fallbesprechung (► Kap. 7) bei ausgewählten Patienten sehr zu empfehlen. Gerade bei den Patienten, die ein herausforderndes Verhalten zeigen oder sich sehr lange auf einer Station befinden und kein gesundheitlicher Fortschritt mehr zu erken-

nen ist, bietet sich eine multiprofessionelle Fallbesprechung zum Austausch bestehender Konzepte und zum Entwickeln neuer Ideen an.

6.2.2 4-Ohren-Modell von Schulz v. Thun

Ein eigenes Kommunikationsmodell für die Übergabe gibt es bisher nicht. Aus einem im Folgenden erläuterten Kommunikationsmodell ließen sich Anteile hierfür aber gut nutzen. Die Rede ist von dem „Kommunikationsquadrat“ auch als „4-Ohren-Modell“ bekannt von dem Psychologen und Kommunikationswissenschaftlers Friedemann Schulz von Thun (■ Abb. 6.1). Dabei geht es in erster Linie darum, in einem Gespräch zwischen zwei Menschen verschiedene Aspekte bzw. Kommunikationsstörungen besser wahrzunehmen bzw. sich besser zu verstehen, wenn man diese Aspekte kennt und sie berücksichtigt. Kommunikation wird dadurch darstellbar. In der Grafik ist das Modell abgebildet und wird kurz allgemein und dann an einem Beispiel aus der Pflegepraxis erläutert.

Im Modell sind Sender und Empfänger dargestellt. Schulz von Thun geht davon aus, dass jeder Mensch der eine Nachricht/ Äußerung tätigt (Sender) diese an einen an-



■ Abb. 6.1 Kommunikationsquadrat nach Schulz von Thun

deren Menschen richtet (Empfänger) und dabei immer vier Aspekte versendet:

- **Sachaspekt:** Sachinformation, worüber ich informiere,
- **Beziehungsaspekt:** was ich von dir halte, wie ich zu dir stehe,
- **Selbstoffenbahrungsaspekt:** was ich von mir zu erkennen gebe,
- **Appellaspekt:** was ich bei dir erreichen möchte.

Treffen die vier Aspekte oder auch sog. „Botschaften“ eines Senders auf den Empfänger, erhält dieser vier verschlüsselte Nachrichten und muss selbst heraushören, welcher der Kernaspekt ist. Dafür stehen ihm nach Schulz von Thun „4 Ohren“ zur Verfügung. Das Problem besteht darin, dass wir aber nur ein sog. „Sachohr“ zur Verfügung haben, welches hören soll, worum es rein sachlich, also im Kern, geht. Die anderen Ohren hören Beziehung, Selbstoffenbarung und Appelle. Appelle beispielsweise können verdeckt und offen gesendet werden. Diese Nichtsachaspekte, wie z. B. die Beziehung, werden aber mehr paraverbal, also über den Tonfall und über die Körpersprache, gesendet und müssen interpretiert werden. Dadurch kann es zu Kommunikationsmissverständnissen kommen. Sollten sich diese häufen und nicht thematisiert werden, kann es zu einem Streit kommen, der ungelöst wiederum das Arbeitsklima negativ beeinträchtigt.

Abschließend ist es nach Schulz von Thun wichtig zu wissen, welchen der gesendeten Aspekte der Empfänger besonders gewichtet, da die Botschaft auch bei ihm entsteht. Sollte man also den Eindruck haben, dass Nachrichten nicht eindeutig verstanden wurden oder zu verstehen sind, ist es wichtig sich beim Empfänger ein Feedback zu holen.

Bezogen auf die Übergabesituation lässt sich das 4-Ohren-Modell in Teilen nutzen. Es sind in Übergaben oft auch zwei Pflegende anwesend. Diese geben wie im Mo-

dell beschrieben Sachinhalte weiter, können aber auch Appelle hören. Mithilfe des Modells können sie anhand eines übergebenen Patienten schauen, was sie jetzt z. B. als Sachinformation und als Appell verstanden haben. Dazu könnten sie in einen kurzen Austausch gehen. Wenn eine Pflegende dann in der Übergabe z. B. sagt: „*Das müsste eigentlich mal mit den Ärzten besprochen werden.*“, kann die Pflegende der übernehmenden Schicht gezielt nachfragen „*Verstehe ich es richtig, dass ich das Procedere heute mit den Ärzten besprechen soll, klärst du das heute noch, oder hat es gar keine aktuelle Relevanz?*“ Nach dieser Frage kann die übergebende Pflegende überlegen, was sie dazu meint und eine Aussage treffen. Diese Aussage enthält dann eine Zuständigkeit.

Sicher benötigen Sie zu einer solchen, nachfragenden Kommunikation etwas Übung. Diese lohnt sich jedoch, da es mehr Klarheit und weniger Unmut innerhalb des Teams gibt. Lauterbach konnte dazu zwei wichtige Beobachtungen vornehmen: Er stellte in seiner Untersuchung fest, dass viele Informationen in Übergabegesprächen nicht eindeutig. Weiterhin stellte Lauterbach fest, dass Pflegende, wenn sie über Kollegen sprechen, dieses fast ausschließlich unter „*negativen Vorzeichen*“ tun. Direkte Kritik wird nur geübt, wenn die betreffenden Kollegen nicht anwesend sind. Das bedeutet, dass Pflegende sich untereinander (leider) wenig loben. Sie sind eher damit beschäftigt zu schauen, welche ihrer Kolleginnen oder Kollegen etwas anders ausgeführt hat, als sie selbst oder wer ihrer Meinung nach eine Tätigkeit nicht korrekt bzw. fehlerhaft durchgeführt hat.

Fazit

- Nicht eindeutige Zuständigkeiten Pflegender sollten in Übergaben sofort geklärt werden, um Prozesse und Pflegemaßnahmen zeitnah umzusetzen.

- Pflegende sollten sich untereinander mehr loben und sich weniger darüber austauschen, wer dieses oder jenes nicht oder anders getan hat, als sie selbst bzw. offen nachfragen, warum es nicht oder anders getan wurde.

Nach Lauterbach ist dies oft in einer empfundenen, fehlenden Macht der betreffenden Pflegenden begründet. Diese schaut neidvoll auf eine andere und denkt eigentlich, dass sie für diese oder jene Aufgabe viel besser geeignet wäre. Eine offene Nachfrage oder das Äußern von konstruktiver Kritik wären Möglichkeiten, um mit den betreffenden Kollegen in ein Gespräch zu kommen, was leider oft ausbleibt.

Anhand zweier Beispiele von Lauterbach wird dies deutlich:

Pflegende tauschen sich ohne betreffende Pflegekraft aus

„8–15-23. Vielleicht hat die. Dafür würde ich mir jetzt ja gerne mal einen Anruf gestatten. Die weiß immer alles besser oder macht so einen Scheißdreck. Das habe ich ja noch gar nicht gesehen. 8–16....das hat die Olga geändert. Ich habe es so aufgeschrieben“

Uta: „Olga hat es bestimmt mal wieder an den Fingern abgezählt. Nicht aufregen.“

Sissy: „ist mir wurscht. 7–15-23 Uhr. Gut.“ (Lauterbach 2008, S. 189).

Hier hat die Pflegekraft Olga, die aktuell nicht im Dienst ist, die Einnahmezeit für eine Medikation geändert. Die Pflegekraft Sissy, welche andere Zeiten für diese Medikation notiert hatte, ist nun verärgert über Olgas Änderung. Es findet aber kein Austausch zwischen Olga und Sissy statt, sondern ein Wortwechsel mit Uta, bei dem Sissy ihre Wut über Olga zum Ausdruck bringt. In der Kritik von Sissy bleibt völlig unklar, ob Olga die Änderung womöglich nach

ärztlicher Anordnung vollzogen hat, oder ob Olga es getan hat, weil sie der Meinung war, Sissy hat es nicht korrekt eingetragen.

Pflegende besprechen Unklarheiten nicht

Uta: „Hat die eine Bauchbinde?“

Tilly: „Die soll heute eine kriegen, eine angepasst.“

Uta: „Ist die schon bestellt, oder müssen wir das noch machen?“

Tilly: „Die ist bestellt, so wie ich das verstanden habe. Die müssten die eigentlich bringen. Irgend so etwas wurde bereits gesagt.“

(Lauterbach 2008 S. 161).

In diesem Beispiel ist nicht klar, ob eine Bauchbinde für die Patientin bestellt wurde und es ist zudem nicht klar wo diese Binde bestellt wurde. Weiterhin wird nicht konkret nachgefragt, welche der beiden Pflegenden dies in Erfahrung bringt.

Die folgende Übergabesequenz ist frei erfunden und soll die beschriebenen Aspekte des „4-Ohren-Modells“ von Schulz von Thun veranschaulicht darstellen.

... Sorry, aber ...

Mit wehleidigen und leicht beschämten Lächeln sagt **Frauke** zu **Lara**: „Es tut mir leid, aber ich habe alles fertig, nur bei Herrn Liesert habe ich es heute nicht geschafft, den Verband am rechten Bein zu wechseln.“

- Sachinhalt **Frauke**: Verband wurde nicht gewechselt.

- Beziehung **Frauke zu Lara**: persönliche, zugewandte Beziehung zu Lara, weil sie sagt, dass sie etwas vergessen hat, es ihr Leid tut, sie aber dabei leicht beschämt schmunzelt und Lara wehleidig ansieht.

- Selbstoffenbarung **Frauke zu Lara**: Frauke sendet im Rahmen der Selbstoffenbarung „Ich-Botschaften“ indem sie sagt „.....,ich habe“ ... und sie stellt sich dar, indem sie sagt, was sie geschafft und was nicht geschafft hat (Selbstdarstellung und Selbstenthüllung).

- Appell **Frauke an Lara**: Frauke sagt, sie hat es nicht geschafft und möchte erreichen, dass Lara ihre viele geleistete Arbeit anerkennt. Dieser Appell wurde indirekt und nicht verbal vermittelt.

Lara kann diese Nachricht auf vier Ohren hören:

- Sachohr **Lara**: Verband ist nicht gewechselt.
- Beziehungsohr **Lara**: Ich mag Frauke gern, sie hatte viel zu tun und ist immer fleißig.
- Selbstoffenbarungsohr **Lara**: Es ist Frauke unangenehm, dass sie den Verband nicht geschafft hat und sie sagt es mir, weil sie immer ehrlich ist und zu Dingen steht.
- Appellohr **Lara**: Ich soll den Verband wechseln, wenn ich dazu komme.

An diesem Beispiel ist zu erkennen, dass der Sachinhalt von beiden Pflegenden gleich wahrgenommen wurde. Der Appell ist allerdings unterschiedlich gedeutet worden. Frauke wollte für die geleistete Arbeit Anerkennung und Lara hat gehört, dass sie den Verband im Laufe ihres Dienstes wechseln soll, vorausgesetzt sie kommt dazu.

Da die beiden eine stimmige Beziehung zueinander haben, rechnet Frauke nicht mit Vorwürfen oder damit, dass Lara sie für inkompetent hält. Wäre die Beziehung der beiden nicht intakt, könnte es passieren, dass Lara auf der Beziehungsebene kein Mitleid und keine Anerkennung der geleisteten Arbeit empfindet, sondern denkt, *„Das war ja klar, dass Frauke mal wieder irgendetwas nicht schafft!“*. Auf dem Appellohr könnte sie dann hören *„Du musst den Verband heute noch wechseln.“*, obwohl dies vielleicht gar nicht gemeint wäre.

Es ist wichtig, dass Pflegende in Übergabegesprächen nachfragen, um zu konkretisieren, aber auch um Missverständnisse zu klären und darüber Spannungen im Team

zu verringern. Mit Blick auf die aktuelle Personalsituation, den Zeit- und Kostendruck sowie der zunehmenden Pflege multimorbider Menschen ist es sinnvoll, sich insbesondere mit verschiedenen kommunikativen Aspekten zu beschäftigen, weil jede Pflegende darauf selbst Einfluss nehmen bzw. ihre Haltung ändern kann.

6.3 Jugendsprache in der Pflege

Ein Aspekt der Kommunikation, welcher bisher wenig thematisiert wurde, ist der, der „Jugendsprache“ in der Pflege und damit auch in Übergabesituationen. Jugendliche und junge Erwachsene kommunizieren anders als Menschen der älteren Generation. Jugendliche verwenden immer auf die Zeit bezogen spezielle Wörter, um sich abzugrenzen und/oder sich darzustellen. Beispielhaft seien gerade aktuell die Worte „krass“ und „chillen“ genannt. Inzwischen gibt es jedoch jährlich erscheinende Übersichten in Buchverlagen, die sich allein mit solchen „Jugendwörtern“ beschäftigen. Buchinger hat einige Aspekte der Jugendsprache im Pflegekontext beleuchtet; zwei Beispiele sind:

- **„Behindert“**: Sind in der Jugendsprache oft Dinge, die man dumm findet und nicht gern tut. Es geht den jungen Menschen dabei nicht um Menschen, die wirklich eine geistige oder körperliche Behinderung bzw. ein Handicap haben.
- **„Brot anstarren“**: Diese Redewendung meint nicht, dass ein Patient/Bewohner keinen Appetit hat und er anstelle dessen, das er das Brot isst, er es nur ansieht. Es ist ein Ausspruch aus der TV-Serie „Die Simpsons“ und ist ein Synonym für eine unsinnige Beschäftigung.

Werden solche und andere Wörter im Pflegearbeitsalltag oder gar in einer Übergabesituation benutzt, kann dies zu Irritationen führen.

6.3.1 Smartphone

Ein weiterer Faktor der beim Thema der Jugendkommunikation hinzu kommt, ist die vielfache Anwendung/Nutzung von „technischer“ Kommunikation. Digitale Medien wie z. B. das Smartphone ermöglichen über das Versenden von bildhaften Darstellungen, folglich deutlich weniger Worte für Nachrichten. Über dieses Phänomen könnte auch in der Pflege die von Abt Zeglin beschriebene Spracharmut weiter zunehmen. Das Ziel vieler Jugendlicher besteht darin, möglichst schnell und innerhalb von sog. „Peergroups“ zu kommunizieren. Diese haben eigene Deutungen von Inhalten und Unternehmen wie „Facebook“ erfinden stetig neue Plattformen und Symbole, um den Austausch in der digitalen Welt kreativ, witzig und ansprechend zu gestalten.

Kritisch anzumerken ist dabei, dass der private Austausch auch oft während der Arbeitszeit stattfindet. Buchinger führte 2016 dazu aus, dass es Regelungen nach sich zieht, wenn „...die ständige Anwesenheit von einem Smartphone dazu führt, dass das:

- » Hin- und Herspringen zwischen den privaten und beruflichen Sprachwelten zu sehr verschwimmt und auch noch Zeit und Aufmerksamkeit kostet.

Nicht zu vergessen ist in diesem Kontext ist natürlich die Kommunikation mit den Bewohnern oder den Patienten. Diese benötigen aufgrund ihrer Erkrankungen oft eine klare und verständliche Sprache sowie viel Aufmerksamkeit, was wiederum eine hohe Konzentration erfordert. Ist dann aber das privat genutzte Smartphone im Dienst zum ständigen Begleiter eines Pflegenden geworden, so wird diese auch oft durch eingehende Nachrichten oder Anrufe abgelenkt. Die Konzentration auf die Patienten/Bewohner oder auch auf andere Kollegen ist dadurch beeinträchtigt. Er benötigt z. B. Zeit zum Lesen der Nachrichten, Zeit zum

kurzen Nachdenken oder abklären ihrer Termine, um dann ggf. auch gleich noch auf eine Nachricht zu antworten.

Zusätzlich zu den genannten kommunikativen Aspekten, bedenken Sie bitte noch drei weitere Aspekte, bevor Sie schnell auf eine WhatsApp während der Arbeitszeit reagieren: Problematisch ist die Nutzung unter hygienischen Gesichtspunkten, nur an wenigen Orten ist die Keimdicke höher als auf dem Touchscreen.

Juristisch gesehen ist die Nutzung des Smartphones während der Arbeitszeit grundsätzlich unzulässig (Lüghausen 2016):

- » Privates Smartphone während der Arbeitszeit. ... (Es)... gilt grundsätzlich, dass alle privaten Angelegenheiten während der Arbeitszeit unterbleiben müssen. Kümmert sich der Arbeitnehmer also während der Arbeitszeit um seine private Kontaktpflege via WhatsApp, erbringt er in dieser Zeit seine Arbeitsleistung nicht. Das entspricht einer Arbeitsverweigerung und kann vom Arbeitgeber mit arbeitsrechtlichen Konsequenzen – einer Abmahnung und im schlimmsten Fall der Kündigung – geahndet werden.

Auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist die private Smartphonennutzung ein Problem: Im Jahr 2014 sind deutschlandweit Personalkosten in Höhe von 56.152.134.000 € entstanden (Statistisches Bundesamt). Würde jeder Arbeitnehmer nur 12 min am Tag bei einer Arbeitszeit von 7,7 h (= 462 Arbeitsminuten) sein privates Smartphone nutzen, bezahlt der Arbeitgeber jeden Tag 2,6 % mehr, als an Arbeitsleistung erbracht wird und die 12-minütige private Handnutzung pro Tag würde deutschlandweit pro Jahr 1.459.955.481 € kosten.

Fazit

Die Nutzung privater Smartphones während des Dienstes ist grundsätzlich verboten. Sie birgt die Gefahr der Ablenkung

von Arbeitsprozessen und kann sich nachteilig auf die professionelle Kommunikation auswirken. Neben diesen Aspekten sollte die Smartphone-nutzung auch aus hygienischer und betriebswirtschaftlicher Sicht unterlassen werden.

6.3.2 Dialekte und Muttersprache

Ein weiterer Trend ist es geworden, wieder vermehrt in regionalen Dialekten zu sprechen und zu schreiben. Bis auf die Kommunikation mit einem an Demenz erkrankten Patienten/Bewohnern, wo ein Dialekt im Rahmen des „Zugangs zum Patienten finden“ sehr hilfreich sein kann, ist die dialektische Sprache allerdings nicht zielführend. Schreibt eine Pflegende z. B. einen Übergabebericht in Dialektform oder werden Patienten in Übergaben mit unklarem „Jugendslang“ vorgestellt, wirkt sich dies auch auf die Qualität und auf die zeitlichen Ressourcen aller Pflegenden eines Teams aus.

Unabhängig von der Jugend, aber dennoch auch diese betreffend, ist zu beachten, dass immer mehr Auszubildende und auch langjährig tätige Menschen die deutsche Sprache nicht als Muttersprache haben, sich aber für eine Ausbildung oder Anstellung in einem pflegerischen Feld in Deutschland entscheiden. Daher bieten bereits viele Pflegebildungseinrichtungen „Deutsch“ als Unterrichtsfach an.

Fazit

Betrachtet man nun die genannten Aspekte zusammen, so wird schnell deutlich, dass sich Sprache und Dokumentation im pflegerischen Feld verändern. Die Pflege braucht deshalb weiterhin

eine gemeinsame professionelle Sprache. Pflegeteams bestehen genau wie Patientenklientele auch aus vielen Personen unterschiedlicher Herkunft und unterschiedlichen Alters. Zielführend sollte deshalb eine unmissverständliche Kommunikation mit den Patienten und den Bewohnern, aber auch innerhalb des Teams sein. Jugendtypische und dialektgeprägte Gespräche sollten am Arbeitsplatz vermieden werden, da sie zu Irritationen, Fehlinterpretationen und Missverständnissen beitragen. Eine professionelle Sprache benötigt keine „Coolness“, sondern ist von Fachlichkeit und Eindeutigkeit geprägt.

Neben der Verbreitung der Jugendsprache wird die Sprache der Pflegenden auch noch von weiteren Faktoren beeinflusst. Im folgenden Kapitel wird dazu konkret vorgestellt, wie die Pflegesprache sich unter Stress und Zeitdruck verändert hat. Es wird aufgezeigt wie sich jede einzelne Pflegende aber auch wieder ein Stück davon entfernen kann, um in Pflegesituationen, aber auch speziell in Übergaben Zeit zu sparen und Missverständnisse zu verringern. Das Hauptziel besteht darin, die eigene Sprache zu „entschleunigen“, um insgesamt ruhiger und wertschätzender agieren zu können.

6.4 Die Pflegesprache unter Druck – Möglichkeiten der Entschleunigung

In zurückliegenden Jahren wurden tausende Pflegestellen abgebaut. Gleichzeitig verkürzte sich die Krankenhausverweildauer eines Patienten drastisch und die Zahl multimorbider und demenzieller Menschen steigt weiter an. Dies sind Begründungen dafür, warum gerade Pflegende stetig unter Zeitdruck stehen und sich ihre

Sprache unbemerkt diesem Tempo angepasst hat. Ein ruhiges Gespräch mit einem Patienten, einem Angehörigen oder auch im Rahmen einer Übergabesituation zu führen, scheint in vielen Bereichen unmöglich zu sein. Dabei ist dies von immenser Bedeutung, um z. B. einem Patienten den Sinn und das Ziel von pflegerischen Maßnahmen zu erklären oder um wichtige psychische Unterstützung im Rahmen der Gefühlsarbeit zu leisten.

Mantz merkt 2016 dazu an, dass die Kommunikation „*der entscheidende Schlüssel zu einer guten Pflege*“ sei. Die Expertin für Sprach- und Gesprächskompetenz beobachtet das Sprachgewohnheiten Pflegender oft auf das Nötigste reduziert werden, sich ihr Sprechtempo erhöht und ihre Stimm-lagen eher laut und hoch werden. Sie stellt zudem fest, dass in der Pflegepraxis stressorientierte und belastende Ausdrucksformen zur Anwendung kommen und die damit verbundenen Emotionen den beteiligten Menschen Kraft kosten. Diese Menschen sind Patienten, Angehörige, Pflegende selbst und Berufsgruppen, die mit der Pflege zusammenarbeiten. Der Expertin nach zu urteilen ist es deshalb unbedingt empfehlenswert, kommunikative Kompetenzen Pflegender zu fördern. Der erlangte Kompetenzzuwachs gibt Sicherheit und sensibilisiert (wieder) für die Bedeutung und Wirkung von gesprochener und gedachter Sprache. In diesem Kontext merkt sie auch an, dass „*Pflegeempfänger und deren Angehörige höchst empfänglich für die Qualität von sichtbarer, hörbarer und fühlbarer Kommunikation mit Pflegenden*“ (Mantz 2016) sind.

Bezogen auf die Übergabe ist es wichtig zu wissen, dass Zeitdruck und unbewusste Kommunikationsmuster die Gespräche negativ beeinflussen und zu viele Informationen zu Verwirrung und Desorientierung führen. Kommt eine Pflegende z. B. schon etwas gereizt und abgehetzt in die Übergabesituation und sie selbst aber auch die anderen Teilnehmer der Übergabe nehmen

dies nur flüchtig wahr, kann sich die hektische Stimmung auf die Informationsweitergabe auswirken. Die Wahrnehmung der Pflegekraft konzentriert sich aufgrund des eigenen Stresses leichter auf Fehler und Probleme, die dann übergeben werden. Dieser Faktor unterstreicht die ► Kap. 7 erklärte Einführung eines Übergaberituals, welches u. a. das Ziel hat, dass Pflegende kurz inne halten, um sich sortieren zu können. Die folgende Übergabe kann dadurch strukturierter erfolgen und die wahrgenommenen Probleme führen nicht zu einer negativen Problemfokussierung führen. Das wiederum kann die Sichtweise der folgenden Schicht, bezogen auf die Herausforderungen des Dienstes, positiv beeinflussen.

6.4.1 Die acht Schlüssel

Mantz hat aus ihren Wahrnehmungen und Beobachtungen acht „Schlüssel“ für gutes Gespräch formuliert. Kennen und nutzen Pflegende diese Schlüssel, treten sie in Gesprächssituationen kompetent und nicht gehetzt oder desorientiert auf. Auch ein Übergabegespräch kann so an Professionalität gewinnen und alle beteiligten Pflegenden können davon profitieren. Mantz hat alle acht Schlüssel erklärt und ausgehend von einem oft bekannten Negativbeispiel des Pflegealltags in ein kompetentes Beispiel umgewandelt.

■ 1. Bleiben Sie sachlich

In Situationen in denen im Umfeld Stress und Druck ansteigen, kann es passieren, dass man sich „anstecken“ lässt und ebenso unter Druck und Zeitnot gerät. Mantz empfiehlt deshalb sensibel für bestimmte Worte, wie „müssen“, „schnell“ und „Stress“ zu sein.

- **Negativ** formuliert klingt es so: „*Die Tochter macht Stress!*“.
- **Sachlich und kompetent** formuliert so: „*Die Tochter ist ängstlich und stellt viele Fragen.*“.

An diesen Beispiel wird deutlich, dass es durch die Umformulierung nicht nur dazu kommt, dass die Pflegekraft sachlich und auch respektvoller spricht, sondern es wird auch klar, was sie eigentlich mit ihrer Aussage meint.

■ 2. Geben Sie eindeutige Informationen

Jeder kennt den Satz „*Ich bringe das nur kurz weg!*“. Wir alle wissen das dies oft sehr viel länger dauert und man später, als man eigentlich dachte, zurückkehrt. Nach Matz geht es darum sensibel für Worte wie „später“, „mal“, „schnell“, „gleich“ zu werden. Diese Worte wiegen Menschen in eine nicht gegebene oder aktuell erfüllbare Sicherheit. Kommen Sie dann nämlich nicht gleich oder schnell wieder zurück, wartet derjenige auf Sie – und was können Menschen nicht so gut aushalten? Richtig, das Warten auf etwas oder Jemanden unbestimmtes. Es ist deshalb besser zu sagen, was man noch erledigen muss und wann man vorhat bei einem reibungslosen Ablauf zurück zu sein.

1. **Gehetzt** und nicht eindeutig klingt es so: „*Warten Sie eine Sekunde!*“.
2. **Kompetent** und **orientiert** klingt es so: „*Ich bringe die Unterlagen zurück und komme dann zu Ihnen.*“.

■ 3. Meiden Sie Ironie und Doppeldeutungen

Pflegende sind täglich an erkrankten Menschen tätig und sich deshalb vielleicht auch gar nicht mehr der sog.n „*pathologischen*“ Sprache bewusst. Diese ist neben den verwendeten Wörtern oft mit Zynismus und Sarkasmus angereichert. Um eine gesundheitsorientierte Sprache zu forcieren und darüber positiv und bewusst zu wirken, ist es sinnvoll, krankheitsfokussierte Redewendungen vor der Aussprache zu überdenken und sie umzuwandeln.

- **Pathologisch** klingt es so: „*Ich werde noch verrückt.*“.
- **Kompetent** und **gesundheitsorientiert** klingt es so: „*Das schaffe ich nicht. Da brauche ich deine Hilfe.*“.

■ 4. Bringen Sie Menschlichkeit in die Pflegesprache

Dieser Schlüssel sollte eigentlich selbstverständlich sein, geht jedoch schon in der beruflichen Erstausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin oft verloren. Gemeint ist, dass Pflegende, ähnlich wie medizinisches Personal, im Laufe der Berufsjahre z. B. anstelle des Patienten in Zimmernummer sieben, der aufgrund eines Schlaganfalls kam nur den „Apoplex in der Sieben“ im Kopf haben. Das Denken wird im Arbeitsfeld so stark durch die Handlungen beeinflusst und dadurch reduziert, dass Pflegende z. B. „mit dem OP telefonieren“ oder „Bereiche versorgen“. Tatsächlich aber versorgen sie Menschen in bestimmten Bereichen und telefonieren mit Kollegen aus dem OP. Mantz hat dazu ein für Pflegende sehr bekanntes Beispiel ausgewählt.

- **Funktional** klingt es so: „*Gehst du zur Klingel?*“.
- **Menschlich** und **kompetent** klingt es so: „*Schaust du bitte, wer klingelt?*“.

■ 5. Meiden Sie Sprachbilder der Gewalt

Ebenso wenig bewusst, wie das Verwenden von funktionalen Redewendungen ist der Gebrauch von Gewaltäußerungen in Gesprächen Pflegender. Das kann gerade ältere, vom Krieg noch betroffene Menschen sehr verunsichern. Gemeint sind nach Mantz hier Redewendungen wie „*Wir sind unterbesetzt und brauchen einen Schlachtplan.*“, „*Wir treffen uns am Stützpunkt.*“ oder auch „*Der ist im OP total abgeschossen worden.*“. Solche Redewendungen sollten vor Patienten und Angehörigen, aber auch untereinander unbedingt vermieden werden. Sie enthalten nicht nur einen gewaltvollen Aspekt, sondern sind dem Patienten und auch den Kollegen gegenüber meist unbedacht und nicht selten auch unwürdig.

- **Gewalttätig** und **beängstigend** klingt es so: „*Da kannst du warten bis zur Vergangung.*“.
- **Friedfertig** und **kompetent** klingt es so: „*Stell dich auf eine lange Wartezeit ein.*“.

■ 6. Sparen Sie Zeit durch klare und eindeutige Aussagen

Pflegende verspüren, ähnlich wie andere Menschen, in sozialen Berufen oft zeitlichen und emotionalen Druck. Da ist z. B. die Ehefrau von Herrn Bussek. Sie wartet schon seit zwei Tagen auf den Chefarzt und fragt wiederholt, wann er denn nun kommt. Auf der Kinderstation weint ein kleiner Junge, weil er wieder Heimweh hat und da sie wissen, dass seine Eltern erst am Abend kommen können, wollten sie ihm eigentlich zur Ablenkung etwas vorlesen.

In beiden Situationen werden dann oft Aussagen von Pflegenden getroffen, die dem Patienten und/oder den Angehörigen, aber auch Kollegen gegenüber nicht eindeutig sind (Aussage 1 und 2).

Die dann ungenauen Aussagen bieten keine Orientierung und verursachen bei den Kollegen oft innerlichen Stress. Das kann verändert werden, indem Pflegende eindeutige und klare Aussagen treffen oder konkrete Fragen stellen. Sie geben anderen dadurch die Möglichkeit, selbst aktiv zu werden oder können sich z. B. gezielt einer ihnen bedeutenden Sache widmen.

■ Aussage 1:

- **Nicht eindeutig** klingt es so: „*Eigentlich bin dafür nicht zuständig.*“.
- **Orientierung gebend und kompetent** klingt es so: „*Bitte sprechen Sie dazu den Stationsarzt oder die Sekretärin des Chefarztes an. Ich kann Ihnen gern die Telefonnummern geben.*“.

■ Aussage 2:

- **Ungenau und nicht hilfreich** klingt es so: „*Oh Mann, ich würde Theo so gern noch etwas vorlesen, aber es ist auch noch so viel anderes zu tun.*“.
- **Präzise und emotional Stress nehmend** klingt es so: „*Ich möchte jetzt zu Theo gehen, er hat Heimweh und ich möchte ihm etwas vorlesen. Seine Eltern kommen heute erst spät. Kannst du bitte den Verbandwechsel bei Katharina in Zimmer 8 übernehmen?*“.

■ 7. Konzentrieren Sie sich auf die Lösungen nicht auf Probleme

„*Keine Ahnung, das weiß ich nicht.*“. Sicher haben auch Sie schon einmal eine solche Aussage erhalten. Problematisch und wenig hilfreich ist, dass Ihnen kein Ansprechpartner genannt wird, der es wissen muss bzw. der dafür zuständig ist. Worte wie „*kein*“, „*nicht*“ oder z. B. „*unkompliziert*“ etc. also immer „Un-Worte“, die Probleme oft unbewusst in den Mittelpunkt stellen. Wenn eine Pflegende z. B. sagt „*Ich habe keine Ahnung davon, ich kann das nicht.*“, dann könnte sie positiv formuliert auch sagen: „*Ich habe mich damit noch nicht beschäftigt, ich werde mich informieren und es mit einer erfahrenen Kollegin ausprobieren.*“. Es ist kompetenter und effektiver in solchen Momenten nach Lösungen und Chancen zu suchen bzw. sie positiv zu formulieren.

■ **Problemorientiert** klingt es so: „*Keine Ahnung, ich weiß es nicht.*“.

■ **Lösungsorientiert** klingt es so: „*Ich informiere mich und gebe Ihnen Bescheid.*“.

■ 8. Nutzen Sie „Sprachschätze“

Gute Pflegearbeit lebt von respektvollen, kompetenten und warmherzigen Begegnungen mit erkrankten Menschen und deren Angehörigen. Im aktuellen Pflegealltag sind Begegnungen leider oft oberflächlich und manchmal auch wenig empathisch. Das bezieht sich auch auf Alltagssituationen mit Kollegen. Zu solchen Situationen gehören auch die Übergabegespräche.

Nach Mantz können Kongruenz und Empathie gefördert werden, indem Pflegekräfte versuchen, verloren gegangene Wörter wieder zu finden und sie zu nutzen. Praktisch empfiehlt Mantz dafür die Verwendung sog. „Sprachschätze“. Sie versteht darunter Wörter, die z. B. „stärkende Bilder“ erwecken und angenehme Gefühle aktivieren. Neben Mantz hat auch Riley die Bedeutung der Aspekte „Wärme“ und des Respekts bezogen auf Pflegebeziehungen herausgearbeitet. Demnach ist es wichtig das

Pflegende Wärme ausstrahlen, da dies ein Gefühl des „Willkommen-Seins“ vermittelt und dadurch eine entspannte und froh gestimmte Gesprächssituation ermöglicht werden kann. Patienten können aufgrund der Wärme und der Achtsamkeit, die sie empfangen pflegerische Zuwendung beurteilen.

Sprachschätze nach Mantz

- kuschlig
- verwöhnen
- ermutigen
- sanft
- Guten Morgen Frau Niem, Sie sehen ja noch ganz verträumt aus ...
- Ich bin ganz behutsam mit Ihrem Arm, Frau Merz ...

Abschließend ist festzustellen, dass sich die Sprache der Pflegenden unbewusst verändert hat. Durch die Dynamisierung in Gesundheitsbereichen, wie z. B. der immer kürzeren Krankenhausverweildauer der Patienten, stehen Pflegende mehr und mehr unter zeitlichem Druck. Die Zeit für Arbeits- und Genesungsprozesse hat sich dadurch verkürzt. Die Sensibilisierung für Wörter- und Ausdrucksweisen ist deshalb unbedingt empfehlenswert, da sie ohne das Zutun von zeitlichen, materiellen oder finanziellen Mitteln verändert werden kann und sowohl die Pflege, als auch die Arbeitsbeziehungen positiv beeinflussen kann.

6.5 Wichtige Aspekte der Kommunikation für die Übergabe

Übergabegespräche finden nicht nur in Anwesenheit von pflegerischem Personal, sondern können, wie erwähnt, auch am Bett des Patienten oder in Anwesenheit von An-

gehörigen und Mitpatienten stattfinden. Deshalb sollten für Übergaben einige allgemeine Gesprächsgrundsätze beachtet werden. In Kombination mit den von Mantz formulierten Schlüsseln für ein gutes Gespräch (► Abschn. 6.4.1) kann die Berücksichtigung sechs weiterer Grundsätze, u. a. jene der themenzentrierten Interaktion von Ruth Cohn, dazu führen, dass die Gespräche effektiv, respektvoll und zeitsparend verlaufen. Sechs allgemeine Grundsätze, die hier aber auf die Übergabesituation hin erklärt werden, zeigt ■ Tab. 6.1.

6.6 Die Bedeutung des Genderaspekts im Übergabegespräch

In den letzten Jahren wird nicht nur vermehrt über den sog. Genderaspekt geschrieben, sondern er findet in vielen Arbeitsbereichen auch Berücksichtigung. Im Kontext der Übergabesituation ist er nicht unwesentlich, da belegt ist, dass sich die männliche von der weiblichen Kommunikation unterscheidet. Dies ist ein Grund, warum Dienstübergaben bei männlichen Kollegen in der Regel kürzer sind als die von weiblichen Kollegen, unabhängig von inhaltlicher Qualität – aber sehr wohl abhängig von der Quantität der übermittelten Informationen. Sind sich Pflegende darüber bewusst, können auch empfundene „Typica“ der Kollegen reflektiert und im Sinne des Genderaspekts verstanden werden.

Deborah Tannen stellte fest, dass z. B. Männer eher eine sog. „Berichtssprache“ verwenden, die öffentlich orientiert ist und rationale und viele sachliche Aspekte beinhaltet, während Frauen eine „Beziehungssprache“ pflegen. Sie ist privater und wird als weniger öffentlich ausgerichtet beschrieben.

■ Tab. 6.1 Sechs Grundsätze für effektive und respektvolle Gespräche

Grundsatz	Erklärung
Jede Person kommuniziert ohne Unterbrechung	Es ist wichtig, dass eine Person spricht und diese nicht ständig unterbrochen wird, indem Anekdoten erzählt oder sofortige Nachfragen gestellt werden. Rogall stellte z. B. fest, dass Männer Frauen deutlich häufiger ins Wort fallen als umgekehrt. Dieser Grundsatz meint allerdings nicht, dass die Ausführungen der jeweiligen Pflegenden nicht hinterfragt oder diskutiert werden. Es geht ja darum, in einen fachlichen Austausch zu kommen. Die Berücksichtigung dieses Grundsatzes ist auch bezogen auf den Patienten, insbesondere wenn diese nur nonverbal kommunizieren können, wichtig. Solche Patienten werden unterbrochen, weil die Pflegekraft wenig Zeit hat oder meint, dass sie schon weiß, was der Patient möchte, obwohl er noch gar nicht ausgesprochen bzw. gestikuliert hat
Frage nicht ohne Zufügung deiner Motivation	Eine Nachfrage kann deutlich gezielter beantwortet werden, wenn klar ist, weshalb jemand fragt bzw. was er braucht, um etwas zu verstehen. Die Frage wird dadurch zugleich persönlicher
Halte dich mit Interpretationen anderer möglichst lange zurück	Es geht hier darum, dass jeder seine persönlichen Reaktionen aussprechen kann, aber sich nicht immer wieder in Deutungen anderer verliert oder sich denen anschließt. Dadurch können Gespräche verlangsamt werden und es kann zudem eine Abwehr z. B. einem bestimmten Patienten oder einer Kollegin gegenüber entstehen Gerade wenn eine Übergabe am Bett des Patienten stattfindet, ist es nicht professionell und kann Patienten verunsichern, wenn z. B. gesagt wird: „ <i>Gabi meint, dass Herr Bolard keine Infektion hätte bekommen müssen, wenn Dr. Hauser die Thoraxdrainage eher gezogen hätte.</i> “
Beachte deine Körpersignale und die der anderen	In Übergaben kann es wie in anderen Gesprächen, Sitzungen etc. dazu kommen, dass sie länger andauern als dafür Zeit ist oder die Aufmerksamkeit aus anderen Gründen abnimmt. Sollte dies z. B. der Fall sein, ist es wichtig dies zu sagen. Es hilft den anderen sich wieder zu fokussieren und sorgt für Entlastung, weil klar ist, dass es jetzt zügiger voran geht
Achte auf Kürze und Prägnanz	In Übergabegesprächen ist eine hohe Konzentration erforderlich. Diese ist – genauso wie Zeit – nicht endlich verfügbar. Pflegende sollten deshalb überflüssige Erklärungen und Wiederholungen, aber auch Abschweifungen vermeiden Gerade wenn Patienten oder Angehörige anwesend sind, sollte die Übergabe nicht unnötig verlängert werden. Das kann passieren, weil ihre Fragestellungen aus einem anderen Blickwinkel formuliert werden oder sie die Zusammenhänge nicht verstehen. Da empfiehlt es sich, ein klärendes Informationsgespräch in einer definierten Zeit zu führen, damit nicht zwei Pflegenden ihre Ressourcen dafür verwenden
Achte auf Gliederung und Ordnung	Hier geht es darum, dass die Pflegenden, die eine Übergabe vornimmt einen „roten Faden“ verfolgt und zwischendurch bedeutende Aspekte für den nächsten Dienst oder den Patienten selbst hervorhebt. Das ist insbesondere dann sehr wichtig, wenn es, wie beschrieben, zu häufigen Störungen während den Übergaben kommt

► Beispiel

Herr Meier übergibt: *„Herr Fuhrmann in Zimmer 8 hatte heute Schmerzen im Bein. Er hat um 10:00 Uhr 20 Tropfen Novalgin erhalten, hat gut gewirkt.“*

Frau Meier übergibt: *„Herr Fuhrmann in Zimmer 8 hatte heute Schmerzen im Bein. Er wirkte sehr verzweifelt. Er hat dann Novalgintropfen erhalten und danach war es etwas besser. Musst mal sehen wie es bei dir ist, vielleicht kannst du noch mal mit den Ärzten sprechen.“* ◀

Bezogen auf die Übergabe ist die Kenntnis dieser Tatsache wertvoll, da sie u. a. erklärt, warum Männer in Übergaben z. B. weniger auf Gefühle und Emotionen der Patienten eingehen. Weibliche Pflegende sollten daher zu emotionalen Aspekten gezielt Nachfragen an die männlichen Kollegen stellen. Männer könnten diese in Übergaben als unwesentlich erachten, obwohl sie dazu bestimmte Dinge bei Patienten wahrgenommen haben und vielleicht auch in irgendeiner Art interagiert wurde.

Des Weiteren wird beschrieben, dass Männer in Gesprächen weniger um Kooperation und Zustimmung bemüht sind, sondern ihre Position etablieren möchten. Frauen hingegen fördern ein verbal unterstützendes Gesprächsverhalten indem sie Gesagtes z. B. mit Äußerungen wie „hmh“ oder „ah“ kommentieren. In Übergabegesprächen, in denen Patienten berücksichtigt oder gar Angehörige mit einbezogen werden sollen, ist dies relevant. Es ist für die Gesprächssituationen förderlich, wenn in Teams zahlenmäßig möglichst gleich viele Männer und Frauen arbeiten, da sich beide ergänzen und Patienten, aber auch das Team, davon profitieren.

Lauterbach stellte fest, dass Übergaben von einer großen Unsicherheit gekennzeichnet sind. Diese könnte – bedingt durch einen Genderaspekt – dadurch entstehen, dass Frauen in Gesprächen dazu tendieren, einschränkende Aussagen vorzuneh-

men. Rogall fand dazu heraus, dass sie häufig Wörter oder Redewendungen, wie z. B. „ungefähr“, „vielleicht“, „ich meine“ oder auch „ich glaube“ verwenden. Über solche Worte kann Unsicherheit und Unbestimmtheit hervorgerufen werden. Diese Feststellung traf Rogall allerdings nicht bezogen auf Übergabegespräche, sondern auf generelle Gespräche die Frauen führen. Da in Pflegeberufen überwiegend Frauen tätig sind und diese viele Gesprächssituationen, wie auch die Übergabe, gestalten, sollte dieser Aspekt berücksichtigt werden. Hier ist hilfreich, wenn der von Mantz verwendete Sprachschatz *„Sparen Sie Zeit durch Eindeutigkeit und Klarheit.“* genutzt und umgesetzt wird.

Abschließend sei erwähnt, dass es in Übergabegesprächen genauso wenig wie in anderen kommunikativen Situationen darum gehen soll, dass sich Frauen oder Männer in ihrer Kommunikation anpassen. Ziel ist es ein Bewusstsein und ein Verständnis für geschlechterspezifische „Typica“ der Kommunikation zu schaffen. Erst wenn ich weiß, wie und warum jemand so spricht oder agiert, kann ich gezielt nachfragen und ihn dadurch vielleicht sogar in seinen Kompetenzen erweitern.

6.7 Die Bedeutung der inneren und äußeren Haltung im Übergabekontext

„Herr Krause klingelt ständig ohne Grund!“
– Wer in der Pflege tätig ist weiß, dass Menschen auf Hilfe angewiesen sind. In vielen Fällen müssen Patienten oder Bewohner bei einem Hilfebedarf zum sog. „Klingelruf“ greifen. Sie hoffen dann, dass gleich jemand kommt und ihnen hilft. Leider können Pflegende nicht immer sofort nach einem Klingelruf anwesend sein, weil sie z. B. gerade einen anderen Patienten unterstützen. Dafür haben einige Menschen Verständnis, andere wundern sich darüber, weil sie gehört

haben, dass „Schwester Antje“ heute für sie zuständig ist aber nicht erscheint. Wieder andere können kein Verständnis aufbringen, weil sie gerade in einer für sich akut schmerzhaften oder anders bedrohlich erscheinenden Situation sind.

Es gibt auch Patienten oder Bewohner die klingeln, und denen bewusst ist, dass sie ggf. warten müssen. Chronisch erkrankte Menschen mit viel Klinikerfahrung z. B. kennen sich aus und wissen, dass es auch mal dauern kann bis ein Pflegender kommt. Ein akut erkrankter Patient, der vielleicht zum ersten Mal im Krankenhaus ist, weiß das womöglich nicht und klingelt häufiger, weil er entweder mehrfach Hilfe benötigt oder unsicher in seinen eigenen Möglichkeiten ist und aus dieser Unsicherheit heraus klingelt, um Fragen zu stellen.

Für einen Pflegenden sollte sich nicht die Frage stellen, warum ein Patient klingelt, sondern er sollte immer unverzüglich selbst nachsehen. Kann er das gerade nicht gewährleisten, da er weiß, dass er längere Zeit anderweitig beschäftigt ist, sollte er einen Kollegen bitten nachzuschauen. Hinter einem Klingelruf kann sich eine Banalität, aber auch ein lebensbedrohlicher Zustand verbergen. Eine Priorisierung der notwendigen Hilfestellung ist nur nach persönlicher Vergewisserung möglich. In diesem Zusammenhang bekommt die Aussage *„Lass dir ruhig Zeit, Herr Krause klingelt ständig ohne Grund, da brauchst du erst einmal nicht hingehen.“* eine andere Bedeutung. Solche und andere subjektive Meinungen zu Patienten und Bewohnern kommen in der Praxis leider immer wieder vor. Lauterbach stellte fest, dass gerade in Übergaben sog. „ablehnende Aussagen über Patienten“ oft auftreten. Sie machen ca. 75 % der gefühlsbetonten Äußerungen über Patienten aus (Lauterbach 2008). Nicht selten treffen solche Äußerungen Patienten aus anderen Kulturen. Es geht dabei nicht um eine Überwindung der Sprachbarriere, die zwar oft da ist, sondern eher um subjektive Be-

wertungen, wie die Anzahl der Besucher oder um spezielle Gerüche in einem Patientenzimmer.

Aber auch andere Patienten geraten häufiger in den Fokus subjektiver unberechtigter Meinungen und ablehnender und unwürdiger Aussagen. Gründe hierfür können die hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden, ein hoher Pflegeaufwand oder die psychische Belastung eines Patienten sein. In der Übergabe wird aber nicht der hohe Rede- oder Unterstützungsbedarf oder die wenigen Ressourcen des Patienten thematisiert, sondern formuliert: *„Oh Mann, bei der Fichtel kam ich heute gar nicht raus, ständig wollte die irgendetwas anderes. Die ist voll nervig. Soll sich doch die Tochter endlich mal kümmern, die sitzt da nur rum und guckt die ganze Zeit was wir machen.“* In so einer Aussage wird eine innere Haltung zur Patientin, zur Tochter und zur Arbeit deutlich, die von Abwehr, Ärger und vielleicht auch von Wut geprägt ist. Äußerlich kommt diese verbal zum Ausdruck und obwohl diese Pflegenden dies vielleicht gar nicht so meint, sagt sie es dennoch so. Das wiederum hören andere Pflegenden und v. a. auch Auszubildende. Gerade sie sind oft innerlich erschrocken über solche Aussagen von examinierten Pflegekräften, glauben diesen aber auch, weil sie ihrer Meinung nach die Erfahrung und die Expertise haben. Die hohe Subjektivität oder aber auch die darüber genutzte Ventilfunktion – z. B. aufgrund von Überlastung – solcher Aussagen ist ihnen noch nicht bewusst. Zu bedenken ist hierbei, dass Auszubildende und neue Mitarbeiter in einem Team sich oft an erfahrenen Pflegekräften orientieren oder aufgrund eines Bedürfnisses nach Einbeziehung und Gruppenzugehörigkeit zukünftig ähnliche Aussagen treffen. Selbst wenn Sie reflektiert mit einer solchen Aussage umgehen, haben Sie, wie andere Pflegenden übrigens jetzt auch, erst einmal Bilder von der Patientin und der Tochter im Kopf, welche negativen Einflüssen unterliegen.

Praxistipp

Eine respektvolle Ausdrucksweise und eine berufsbejahende Einstellung sollten gerade in Übergaben vorhanden sein. Hier sind unterschiedlichste Zuhörer anwesend und eine Revision oder Reflexion des unbedacht Gesagten bleibt meist aus.

Eine Patientin wird aufgrund ihrer Bedürfnisse abgewertet, indem sie als fordernd und nervig beschrieben wird. Es wird aber nicht deutlich, was die eigentlichen Pflegeanlässe und Interventionen bei dieser Patientin waren und zudem wurde auch nicht mit der Tochter der Patientin gesprochen. Oft möchten Angehörige eine Aufgabe übernehmen. In einer Klinik sind sie aufgrund der fremden Umgebung gehemmt oder nehmen an, dass sie es nicht dürfen oder sollen. In dem Fall wäre ein Informationsgespräch sinnvoll. Dort kann eine Pflegende mit den Angehörigen besprechen, welche Tätigkeiten sie übernehmen können und was sie aktuell eher unterlassen sollten.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die innere Haltung sich u. a. aus Einstellungen, Überzeugungen, Prägungen und Gefühlsmustern zusammensetzt. Sie sollte anderen Menschen und v. a. Patienten gegenüber interessiert und wertschätzend sein. In der Kommunikation wirkt sie nonverbal zu 90 % und ist immer automatisch vorhanden. Dies sollte jeder Pflegenden bewusst sein, wenn sie in Übergaben oder auch sonst mit Patienten, Kollegen und anderen Personen kommuniziert.

Die äußere Haltung wird zum einen über unsere Körperhaltung deutlich und zum anderen nutzen wir dafür Ausdrucksformen. Bezogen auf die Übergabe, in der es im Kern um die Vorstellung eines Patienten bzw. Bewohners geht, ist es wichtig, dass eine sachliche und ebenso fachliche Ausdrucksweise gewählt wird, die frei von subjektiven Äußerungen ist. Gelingen kann dies u. a. dadurch, dass Pflegekräfte vermehrt „Ich-Botschaf-

ten“ und eine Fachsprache anwenden, indem sie z. B. sagen: „*Ich habe Frau Hülsekin heute wieder überhaupt nicht verstanden. Ich habe deshalb versucht einen Dolmetscher zu erreichen.*“ Dies klingt anders, als wenn eine Pflegende sagt: „*Frau Hülsekin war heute wieder überhaupt nicht zu verstehen. Da braucht man einen Dolmetscher.*“.

Mithilfe der sachlichen Ausdrucksweise und der Verwendung von Fachbegriffen wird ebenfalls eine Kompetente und wertschätzende Haltung deutlich.

- Hier ein Negativ-Beispiel: „Vergesst nicht, dass die Krause in der sieben alle zwei Stunden gedreht werden muss!“.
- Dagegen das Positiv-Beispiel: „Bitte denkt daran, dass Ihr Frau Krause in Zimmer sieben alle zwei Stunden umlagert.“.

Bezogen auf die Körperhaltung können Pflegende die Übergabegespräche positiv beeinflussen. Die zuhörende Pflegekraft kann z. B. immer wieder direkten Blickkontakt zu ihrer Kollegin aufnehmen und ihren Oberkörper leicht nach vorne beugen, um Interesse und Aufmerksamkeit zu signalisieren. Lehnt sie andernfalls ihren Oberkörper z. B. weit nach hinten zurück und hält wenig Blickkontakt bringt sie damit bewusst oder unbewusst Desinteresse und eine eher distanzierte Haltung zum Ausdruck.

- » Man kann nicht jeden Tag seine Arbeit neu wählen – aber man kann jeden Tag die Haltung neu wählen mit der man seine Arbeit tut. (Günster-Schöning 2016)

Literatur

- Buchinger S (2016) Jugendsprache in der Pflege. *Pflegezeitschrift* 69:272–274
- Chon R (2016) Von der Psychoanalyse zur Themenzentrierten Interaktion, 15. Aufl. Klett Cotta, Stuttgart
- Günster-Schöning U (2016) Lässt sich Haltung lernen? Eine Auseinandersetzung mit den Kompetenzen pädagogischer Fachkräfte. ► http://www.didacta.de/download/didacta-Guenster_Laesst_sich_Haltung_lernen.pdf

- NN (2020) I Care Pflege. Thieme, Stuttgart
- Josuks H (2011) Gute Dienstübergaben gestalten. CNE.fortbildung 1:2–6
- Lauterbach A (2008) ... da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergabe in der Pflege. Books on Demand, Norderstedt
- Lügghausen P (2016) Smartphone und WhatsApp am Arbeitsplatz – erlaubt oder Kündigungsgrund? ► http://www.business-on.de/koeln-bonn/arbeitsrecht-smartphone-und-whatsapp-am-arbeitsplatz-erlaubt-oder-kuendigungsgrund-2016_id38182.html. Zugegriffen: 29. März 2023
- Mantz S (2016) Entschleunigen Sie Ihre Sprache! Schwester Pfleger 55:32–35
- Mantz S (2015) Die Bedeutung von Sprachkompetenz in der Pflegepraxis. Keine Zeit – Wenn Druck und Stress das denken, Sprechen und Handeln Pflegenden mehr und mehr dominieren. Pflegezeitschrift 69:265–267
- Rogall R (2003) Frauen Kommunikation. Dem Geschlechtsspezifischen auf die Spur kommen. In: Burbach C Schlottau H (Hrsg) Abendheuer Fairness. Vadenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Rogall-Adam R, Josuks H, Adam G, Schleinitz G (2011) Professionelle Kommunikation in Pflege und Management. Ein praxisnaher Leitfaden. Schlütersche, Hannover
- Schulz von Thun F (2009) Institut für Kommunikation. ► http://www.schulz-von-thun.de/index.php?article_id=71. Zugegriffen: 29. März 2023
- Statistisches Bundesamt (2014) ► https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/KostennachweisKrankenhaeuser2120630147004.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 15. Mai 2017
- Tannen D (1991) Du kannst mich einfach nicht verstehen. Goldmann, München



Psychohygiene

Inhaltsverzeichnis

- 7.1 Bedeutsamkeit entlastender Gespräche – 92**
- 7.2 Die Bewusstwerdung von Tageserfolgen und belastenden Faktoren – 93**
- 7.3 Fallbesprechung – 95**
 - 7.3.1 Retrospektive Fallbesprechung – 96
 - 7.3.2 Prospektive Fallbesprechung – 98
 - 7.3.3 Nimwegener-Methode – 101
- 7.4 Supervision – 103**
 - Literatur – 106**

7.1 Bedeutsamkeit entlastender Gespräche

Der Pflegeberuf ist ein sozialer Beruf der Teamfähigkeit erfordert. In Pflegeteams arbeiten viele Menschen mit unterschiedlichsten Charakteren miteinander, die zwangsläufig nicht immer das gleiche Pflegeverständnis haben, was zu Konflikten führen kann. Eine gleichzeitig bestehende langanhaltend hohe Arbeitsbelastung z. B. durch einen Personalengpass und damit verbunden wenig Zeit für einen konstruktiven Austausch kann Konflikte weiter verschärfen. Die kollegiale Beziehung kann dann als belastend und die berufliche Situation insgesamt als nicht erfüllend erlebt werden. Hinzu kann auch eine Demotivation kommen, die sich auf die Gestaltung oder Ausführung von Arbeitsprozessen bezieht. Mitarbeiter können dann beispielsweise bestimmte Aufgaben, wie das Einarbeiten und Bedienen eines neuen EDV-Systems als zeitintensiv und belastend empfinden.

Im Rahmen der Psychohygiene ist es sinnvoll, dass sich betroffene Menschen Unterstützung holen. Die Psychohygiene meint in diesem Zusammenhang v. a. die Schaffung eines entlastenden Austauschs in Form eines Gespräches unter Kollegen (u. a. kollegiale Beratung, Gespräch mit der Leitung, Mediation, Supervision, etc.). An diesem Gespräch können auch andere Professionen beteiligt werden.

Es gibt eine Reihe weiterer wichtiger Aspekte, die psychohygienische Maßnahmen für Pflegende erfordern können. Pflegende arbeiten täglich mit bedürftigen Menschen. Sie erleben viele Momente der Dankbarkeit. Gleichzeitig erleben sie akute, existenziell bedrohliche und palliative Situationen. In vielen dieser Momente werden sie mit ihren eigenen und den Gefühlen der Patienten bzw. Bewohner konfrontiert. Nicht zu unterschätzen ist in diesem Kontext auch das Erleben der Gefühlswelten von Angehörigen. Pflegende geben oft den ersten Halt

und werden nicht selten zum vertrauten Ansprechpartner.

Emotionsarbeit Neben den Patienten erleben Pflegende bei Angehörigen auch Verzweiflung, Wut und Ärger ebenso wie Freude und Glück. Um in all diesen Situationen möglichst professionell zu agieren leisten Pflegende täglich „Emotions- und Gefühlsarbeit“. Die Emotionsarbeit wird durch die Pflegekräfte und nicht durch die Patienten erbracht. Es geht darum, dass Pflegende ihre eigenen, v. a. negativen Gefühle, wie z. B. Ekel, kontrollieren. Das Ziel besteht darin, dass die Beziehung zum Patienten bzw. Bewohner nicht negativ beeinflusst wird, um vertrauensvoll und würdig zusammen zu arbeiten. Beispielhaft stelle man sich hierzu vor, dass eine Pflegende dem Patienten bzw. Bewohner gegenüber deutlich zeigt, dass sie verärgert ist oder starken Ekel dabei verspürt, das vollgeko-tete Bett zu beziehen. Eine solche Reaktion würde Patienten verunsichern und ängstigen.

Gefühlsarbeit Im Rahmen der Gefühlsarbeit geht es um die Gefühle und Emotionen der Patienten bzw. Bewohner. Pflegende versuchen hier nicht an ihren Gefühlen zu arbeiten, sondern sie erbringen eine Arbeit, die den Blick auf die Emotionen und die Gefühle der Patienten bzw. Bewohner richtet. Sie versuchen z. B. eine vertrauensvolle Pflegebeziehung aufzubauen oder einen Angehörigen in einer Verlustsituation emotional zu unterstützen.

Dabei sind sie angehalten eine professionelle Distanz zu wahren, aber gleichzeitig professionelle Nähe herzustellen. Vielen Pflegekräften gelingt das sehr gut. Es kann aber langfristig auch zu einer Überforderung kommen. Besonders dann, wenn Pflegende für sich wenig entlastende Momente schaffen können und keinen geeigneten Freizeitausgleich finden. Phänomene wie das Cool-out- oder das Burn-out-Syndrom

können dann eintreten. Kersting beschrieb zum Cool-out-Syndrom, dass Pflegende und insbesondere Auszubildende täglich einen Konflikt darin empfinden, dass sie eine „gute Pflege“ leisten sollen – und auch wollen –, die sich v. a. an den Patientenbedürfnissen orientiert, diese aber täglich verhindert wird, da die Rahmenbedingungen des Stationsalltags dies nicht ermöglichen. Pflegende machen sich dann sozusagen „kalt“, weil sie sich nicht wirklich dagegen wehren, sondern eher „systemstabilisierend“ wirken, indem sie z. B. eine falsche Praxis idealisieren.

Das Burn-out-Syndrom ist in sog. helfenden Berufen nicht selten. Es bezeichnet einen Zustand des „Ausbrennens“. Betroffene leiden v. a. an einer emotionalen Erschöpfung und die Ursachen dafür liegen primär im beruflichen Kontext. Bedeutend beim Burnout in Pflegeberufen ist, dass es unerkant „ansteckend“ und entprofessionalisierend wirken kann. Gemeint ist damit, dass gerade Pflegekräfte dazu neigen übermäßig Rücksicht auf Kollegen zu nehmen. So wird eine mangelnde Leistungsbereitschaft oft entschuldigt und Ausreden zugelassen. Die Kollegen die Arbeitseinsatz zeigen und selten weniger belastet sind, übernehmen dann oft die Arbeit von denen, die es nicht mehr können, solange bis auch sie nicht mehr können. Man spricht dann von einer regressiven Entprofessionalisierung.

Nach diesen Ausführungen kann man sich fragen, „Was hat das jetzt mit der Übergabe zu tun?“ Die Antwort ist relativ simpel. Fuhrmann, Trill u. Witzemberger beschrieben 1987 bereits, dass die Übergabe nicht nur der Informationsweitergabe diene, „sondern auch dem Abbau von Unsicherheiten und psychischem Stress“. Auch Walther und Larsen bestätigen die Funktion. Larsen stellte fest, dass die Übergabe in Deutschland im Vergleich zu Dänemark neben der Informationsweitergabe auch dazu genutzt wird, um Wertschätzung und positives Feedback für geleistete Arbeit zu erhalten. Weiter kommt es dazu, dass Pflegende in Übergaben ihren Unmut

zu verschiedenen Dingen aussprechen. Die Übergabe enthält damit neben der informierenden Funktion auch die sog. psychohygienische Funktion, da dort Emotionen wie z. B. Ärger und Trauer geäußert werden. Lauterbach bezeichnete dies auch als „Ventilfunktion“ und beschrieb, dass der Austausch der Pflegenden in der Übergabe über „Erlebtes“ einer notwendigen emotionalen Entlastung diene. Auch Wegener stellte fest, dass die psychohygienische Funktion von den Pflegenden als eigenständiger Inhalt für eine Übergabe nicht genannt wird, aber sie in jeder Übergabe vorkommt und nicht zeitlich unerheblich ist.

Praxistipp

Planen Sie im Anschluss an jede Übergabe einen 5- bis 10-minütigen, gezielten Austausch über psychohygienische Aspekte ein. Dieser ist für Pflegende wesentlich, findet sonst aber eher negativ fokussiert, klagend und unproduktiv statt.

Im folgenden Punkt wird vorgestellt, wie ein psychohygienischer Entlastungsmoment im Anschluss an eine Übergabesituation geschaffen werden kann. Ziel ist, dass dieser bewusst nah an der Übergabe liegt, weil u. a. allein das Zusammentreffen der Teammitglieder dafür sorgt, dass es zu einem Austausch kommt. Dieser soll aber nicht mehr unreflektiert im Rahmen der Übergabe erfolgen, sondern im Anschluss an diese und anhand jeweils eines gezielten Erfolgs und eines belastenden Faktors.

7.2 Die Bewusstwerdung von Tageserfolgen und belastenden Faktoren

Pflegende möchten anderen Menschen dabei helfen ihre Gesundheit wieder zu erlangen oder sie zu erhalten. Dabei werden sie

im hohen Maße mit erkrankten Menschen und damit auch mit vielen palliativen oder anderen krisenhaften Lebenssituationen konfrontiert. Solche Situationen können als sehr sinnstiftend, zugleich aber auch als belastend erlebt werden. Im Arbeitsalltag bleibt jedoch wenig Zeit dafür, sich der sinnstiftenden und erfüllenden Momente bewusst werden. Oft laufen Pflegende von einem Patienten zum nächsten. Zwischendurch nehmen sie Telefonate an, organisieren Patiententransporte und sorgen für einen „reibungsfreien Stationsablauf“. Für ein kurzes Innehalten oder gar für eine Reflexion einer schönen oder als belastend erlebten Situation bleibt da kaum Zeit. Umso wesentlicher ist es, dafür eine Möglichkeit zu schaffen, da hierüber erst (wieder) bewusst wird, was der heutige Arbeitstag neben den anstrengenden Momenten auch an schönen Erlebnissen und Situationen bot. Doch wie kann dies gelingen?

Wenn Pflegende Patienten bzw. Bewohner unterstützen, tun sie dies geplant und strukturiert. Die Grundlage ihres Handelns bildet der Pflegeprozess. Die Schritte dieses Prozesses ermöglichen ihnen gezielt danach zu schauen, was der Patient bzw. Bewohner an Unterstützung benötigt und welche Ressourcen er beispielsweise hat. Dieser Prozess ist problemorientiert ausgerichtet. Das bedeutet, dass Pflegende v. a. geübt darin sind, zu schauen, was den Menschen fehlt bzw. welche Einschränkungen und Hilfsbedürfnisse diese haben.

Im Rahmen der Psychohygiene von Pflegenden ist es deshalb bedeutend zu schauen, was für sie ein „Tageserfolg“ war. Sie selbst können dies kaum allein. Dort, wo im Rahmen der Übergabe eine Möglichkeit wäre, sich neben den Pflegeinterventionen auch über erreichte Ziele oder schöne Pflegemomente auszutauschen, stehen bekanntermaßen andere Aspekte im Vordergrund. In den meisten Übergaben dominieren Fakten und andere Parameter. Das Bewusstwerden eines Erfolgs oder einer belastenden Situation ist nicht vorgesehen.

Hierfür muss Platz geschaffen werden, allerdings nicht zwangsläufig in der Übergabe. Dennoch braucht es einen Platz, der wie ein Anker am Ende eines Dienstes für ein „Ankommen“ sorgt.

Zudem bedarf die Bewusstwerdung dieser Ereignisse eine zeitliche Begrenzung und einer gezielten Aufforderung. Hier ist weniger mehr und es sollten eher kurze Statements, methodisch in Form von „Blitzlichtfeedback“ vorgenommen werden. Realisieren Pflegende dabei, dass sich z. B. Schwierigkeiten bzw. Probleme mit oder in bestimmten Situationen häufen, ist dies eine gute Möglichkeit, um sich gezielte Unterstützung zu holen. Es kann z. B. deutlich werden, dass Therapien am Lebensende immer wieder zu belastenden Situationen bei allen oder einigen Mitarbeitern führen. Diese könnten dann Anlass sein, um z. B. einmal mit der Methode der Fallbesprechung zu arbeiten oder das Angebot einer Kleingruppensupervision zu nutzen.

Es gibt sicher viele Möglichkeiten, um eine solche 5- bis 10-minütige Reflektion zu schaffen. Wir möchten hier unsere Idee vorstellen.

Idee zur Bewusstwerdung von Tagesbelastungen und Erfolgen

- Jede Station fertigt zwei verschiedenfarbige und möglichst ansprechende Kartensets an – in vielen Teams arbeiten kreative Menschen, die vielleicht Lust haben, so etwas zu erstellen.
- Jedes Kartenset enthält:
 - **7 Karten** mit jeweils einem Begriff pro Karte zu sog. **Tageserfolgen**
Begriffe auf diesen Karten können z. B. sein: „schön“, „gut“, „effektiv“, „zufriedenstellend“, „angenehm“, „erfolgreich“, „sinnvoll“, „gefällt“ etc.
 - **7 Karten** mit jeweils einem Begriff pro Karte zu sog. **Belastungsfaktoren**

- Begriffe dafür können sein: „anstrengend“, „herausfordernd“, „geärgert“, „enttäuscht“, „frustrierend“, „belastend“, „ohnmächtig“, etc.
- Die Pflegekraft, welche die Übergabe erhält, nimmt das Kartenset mit in die Übergabe.
- Direkt nach der Übergabe bittet sie die Pflegekraft, die gerade die Übergabe vorgenommen hat, jeweils eine „Belastungskarte“ und eine „Erfolgskarte“ zu ziehen.
- Begonnen wird immer mit der Belastungskarte und der Äußerung dazu:
 - z. B. *„Belastet hat mich heute, dass ich im Visitenvorgespräch erfahren habe, dass Herr Ende voraussichtlich nicht mehr lange leben wird.“*
- Den Abschluss bildet die Erfolgskarte:
 - z. B. *„Angenehm war für mich heute, dass ich endlich mal wieder richtig Zeit hatte, mich um die Patienten zu kümmern.“*

Neben dem Effekt, das Pflegende in einen gezielten Austausch über erlebte Situationen des Tages kommen, tauschen sie sich vielleicht auch über den Umgang mit diesen Situationen aus. Dabei können ihnen innere Haltungen und oft auch gezeigtes Verhalten bewusst werden, was wiederum Impulse für eine Veränderung oder ein Beibehalten geben kann.

Merken Pflegende während des Ausprobierens, dass sich z. B. Schwierigkeiten bzw. Probleme mit oder in bestimmten Situationen häufen, ist dies eine gute Möglichkeit dafür, sich gezielte Unterstützung zu holen. Es kann z. B. deutlich werden, dass Therapien am Lebensende immer wieder zu belastenden Situationen bei allen oder einigen Mitarbeitern führen. Diese könnten dann Anlass sein, um z. B. einmal mit der Methode der Fallbesprechung zu arbeiten oder

das Angebot einer Kleingruppensupervision zu nutzen.

Das aus unserer Sicht wirklich motivierende und resilienzfördernde dieser Methode ist, dass neben den Belastungsmomenten auch einmal gezielt nach positiv erlebten Arbeitssituationen und Erlebnissen mit Patienten oder Kollegen gefragt wird. Wir sehen darin auch eine Maßnahme, einem Burnout präventiv zu begegnen.

7.3 Fallbesprechung

Fallbesprechungen zählen zu den personenzentrierten Gesprächen. Sie stellen ein bedeutendes Instrument zum beruflichen Austausch verschiedener Professionen, insbesondere bei ethischen Fragestellungen, dar. Sie können aber auch bei anderen problematischen oder schwierig erlebten kundenbezogenen Fragestellungen zur Anwendung kommen. Eine Fallbesprechung dauert etwa 45–60 min und ihr liegt in der Regel ein vierstufiges Phasenmodell zugrunde (z. B. Nijmegener Methode, *syn.* Nimwegener-Methode; ► Abschn. 7.3.3). Aufgrund der Modellform und einer Moderation ermöglicht sie unterschiedlichen Professionen ein strukturiertes Gespräch in Bezug auf fallbezogene komplexe Fragestellungen.

Fallbesprechungen werden häufig in psychiatrischen Einrichtungen durchgeführt. Der interdisziplinäre Austausch über Patienten ist dort besonders bedeutend, da sie sich in Bezug auf ihre Erkrankung gegenüber den Personen des therapeutischen Teams oft unterschiedlich verhalten. Um zu gewährleisten, dass immer alle Personen des Teams das gleiche Ziel verfolgen oder auch bestimmte Absprachen treffen, die eine hohe Relevanz in Bezug auf den Heilerfolg haben, kann ein solcher Austausch erforderlich und hilfreich sein.

Fallbesprechungen können und sollten aber auch in anderen medizinischen und pflegerischen und Bereichen zur Anwendung kommen. Sie bieten Pflegenden und

generell allen Teilnehmern des therapeutischen Teams eine sehr gute Möglichkeit des teaminternen oder des interdisziplinären Austauschs zu einem bestimmten Problem bzw. zu einer Situation. Dadurch kann ein neues Verständnis für bestimmte Situationen entstehen und die Sichtweise auf den „Fall“ kann sich durch den Austausch verändern.

Mit dem Wort „Fall“ ist aber nicht ein Patient oder ein Bewohner gemeint, denn nicht er stellt ein Problem oder eine problematische Situation dar. Schrems, die sich insbesondere mit der Fallarbeit in der Pflege beschäftigt hat, formuliert einen „Fall“ wie folgt (Schrems 2015):

- » Situation, in der mehrere Faktoren zusammenwirken und dieses Zusammenwirken einer Auslegung bedarf,
1. weil sie so oder anders wahrgenommen, erfahren, gelöst werden kann,
 2. weil sie nicht deutlich ist, d. h. keinen Sachverhalt darstellt und
 3. weil sich etwas in unterschiedlicher Weise verhalten kann.

Anhand dieser Formulierung wird deutlich, wie komplex ein Fall bzw. eine Situation in der pflegerischen und/oder der medizinischen Praxis sein kann und dass es nicht nur eine mögliche Sichtweise und einen Lösungsweg für ein Problem geben kann. Schrems empfiehlt deshalb u. a. die Fallarbeit und/oder die Fallbesprechung als Methode des Austauschs. Jeder von uns hat seine eigene Wahrnehmung und somit auch eine eigene Sicht der Dinge. Diese gilt es allerdings zu erweitern, besonders wenn eine problematische Situation im beruflichen Kontext auftritt. Schrems merkt dazu 2015 an:

- » Unwissenheit – wir wissen nicht, was wir nicht wissen!
Aufmerksamkeit – wir sehen nicht, was wir nicht sehen!
Grenze der Beobachtung ist der/die Wahrnehmende selbst.

Anhand dieser Punkte wird deutlich, dass sich ein Austausch lohnt, da die eigene Wahrnehmung, das eigene Wissen und die eigene Aufmerksamkeit begrenzt sind. Erst durch den Austausch mit Kollegen und ggf. auch in erweiterter Form mit anderen Professionen kann der eigene Blick geschärft und erweitert werden. Dadurch können veränderte Betrachtungsweisen und gemeinsam entwickelte Lösungswege entstehen. Dies sind sehr gute Voraussetzungen dafür, um in einem Team effektiv zusammenzuarbeiten.

- » Fallbesprechungen verlaufen nach einer klaren Struktur. Sie erweitern den eigenen Blick und helfen dadurch nicht nur dem Patienten bzw. Bewohner sondern auch jedem einzelnen Teilnehmer.

In der pflegerischen Praxis können Fallbesprechungen sowohl rückblickend (retrospektiv) wie auch vorausschauend (prospektiv) durchgeführt werden.

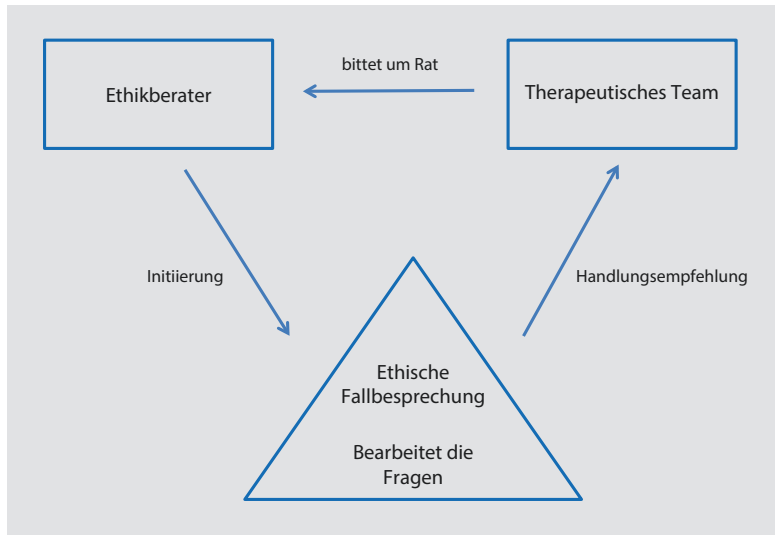
7.3.1 Retrospektive Fallbesprechung

Eine rückblickende Fallbesprechung kann im Rahmen einer ethischen Fortbildung oder Weiterbildung als Lehrmethode zum Einsatz kommen. Die Teilnehmer können dort z. B. anhand eines zurückliegenden, authentischen „Falls“ ihre Wahrnehmungen und Ideen zum Fall einbringen und im Anschluss kann anhand der zurückliegenden authentischen Lösung geschaut werden, ob es ähnliche, gleiche oder ganz andere Wahrnehmungen und Lösungsansätze gibt. Das Nachdenken über den Fall und die Diskussion in der Gruppe können auch hier wieder zu einer Erweiterung der eigenen Perspektive und ggf. auch zu einer Reflektion des eigenen Handelns führen, wenn gleiche oder ähnliche Situationen von Teilnehmenden erlebt wurden. Eine solche Art

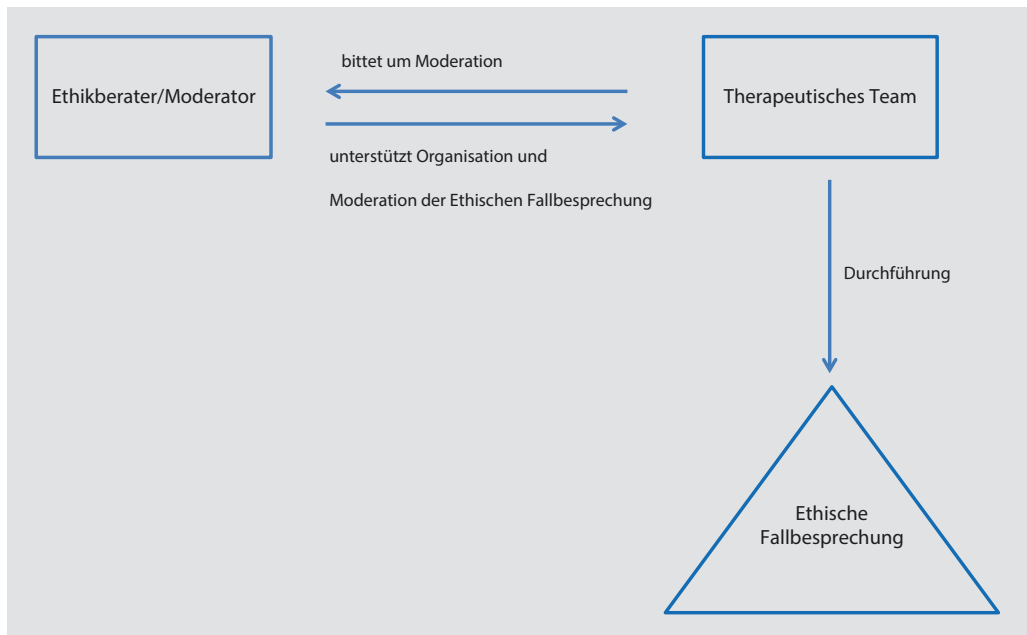
der Fallbesprechung wird als „externe retrospektive Fallbesprechung“ bezeichnet (■ Abb. 7.1).

Ähnlich wie eine externe kann auch eine interne retrospektive Fallbesprechung

durchgeführt werden (■ Abb. 7.2). Sie findet mit den Teilnehmern statt, die wirklich an der Behandlung eines problematischen Falls beteiligt waren und von denen sich jemand oder mehrere Personen



■ Abb. 7.1 Externe ethische Fallbesprechung



■ Abb. 7.2 Interne ethische Fallbesprechung

im Nachhinein fragen, ob z. B. eine zurückliegende Entscheidung in der Behandlung eines Patienten „richtig“ war. Eine solche Fallbesprechung setzt aber voraus, dass evtl. zurückliegende Fehleinschätzungen nicht verteidigt werden, sondern dass die Erkenntnis daraus als Chance begriffen wird, um zukünftig verändert zu agieren. Interne ethische Fallbesprechungen können auch ohne Ethikteam durchgeführt werden, es sollte jedoch eine Person die Moderation übernehmen, die Erfahrung damit hat, z. B. ein Supervisor, Psychologe, pädagogischer Mitarbeiter oder ein mit Moderation und Fallbesprechung erfahrenes Teammitglied.

7 Es kann in einer solchen Besprechung auch dazu kommen, dass allen Teilnehmenden bewusst wird, dass sie damals die „richtige“ Entscheidung getroffen haben. In diesem Fall war die Besprechung nicht umsonst. Im Gegenteil – es ist oft viel zu selten, dass im pflegerischen und medizinischen Alltag positive Beispiele so reflektiert und dadurch bewusst werden.

7.3.2 Prospektive Fallbesprechung

■ Interne prospektive Fallbesprechung

Eine andere Möglichkeit der Fallbesprechung stellt die vorausschauende (prospektive) Methode dar. Diese Art der Fallbesprechung wird im Alltag häufiger angewandt. Sie kann äußerst hilfreich sein, wenn eine aktuelle Entscheidung im Behandlungsverlauf zu treffen ist und die an der Behandlung beteiligten Personen wie z. B. Pflegende und Mediziner eine unterschiedliche Wahrnehmung oder Vorstellung haben. Viele dieser Besprechungsanlässe basieren auf einer ethischen Entscheidungsfindung. Eine oder auch mehrere Pflegende sind in so einem Fall z. B. der Meinung, dass eine bestimmte Behandlung einem Patienten bzw. Bewohner nicht gut tut, oder etwas in dieser Behandlung als störend und nicht mehr „tragbar“ empfunden wird.

... ich will das nicht ...

Herr Müde kann seinen Willen zu Therapien oder pflegerischen Handlungen verbal nicht mehr äußern. Die Pflegenden merken, dass er die Magensonde nonverbal ablehnt. Die Stationsärztin, Frau Dr. Sicher möchte die Ernährung von Herrn Müde nicht beenden. Die zuständige Pflegekraft Frau Emil sagt bei der Übergabe an den Spätdienst: „... Herr Müde hat sich heute Vormittag deutlich gegen die Magensonde gewehrt. Ich denke, sie ist ihm wirklich unangenehm. Außerdem befürchte ich, dass sich Herr Müde im Sterbeprozess befindet und wir unbedingt ein Gespräch mit Frau Dr. Sicher führen sollten, ob in welcher Form die Ernährung weiter erfolgen soll. Ich habe Frau Dr. Sicher gebeten, im Anschluss an die Übergabe zu uns zu kommen, dann können wir gemeinsam zu Herrn Müde gehen und uns ein Bild machen und anschließend darüber sprechen. Frau Ethik wird uns als Moderatorin begleiten.“

Schweidtmann befragte 500 Pflegekräfte und 150 Ärzte zu der ethischen Fallbesprechung. Der Rücklauf der Fragebögen der Pflegenden lag bei 68 % und der der Mediziner bei 78 %. Auf die Frage: „Wie oft wird in ihrer Station Maximaltherapie im Finalstadium gehandhabt“, sagten 10 % der Pflegenden, das komme selten vor und 70 % sagten, das dies häufig passiert. Bei den Ärzten zeigte sich ein komplett umgekehrtes Bild: 68 % waren der Meinung, dass eine Maximaltherapie im Finalstadium selten geschieht und nur 20 % gaben an, dass dies häufig vorkommt. Daran wird deutlich, dass die an der Pflege und Therapie beteiligten Personen ganz unterschiedlich urteilen, ab wann ein Patient im Finalstadium ist und was eine Maximaltherapie bedeutet.

Kommt es in der Praxis dann zu einer Situation, in der Pflegende und Ärzte unterschiedliche Wahrnehmungen bezüglich einer Patientensituation haben und dies im Behandlungsverlauf als problematisch erlebt wird, ist es empfehlenswert eine „interne prospektive ethische

Fallbesprechung“ zu initiieren. Diese Besprechung verfolgt das Ziel, die verschiedenen „Sichtweisen gleichberechtigt miteinander ins Gespräch zu bringen“ (Heinemann 2005). Über den Austausch und die Diskussion kann nicht nur die eigene Sicht erörtert werden, sondern der Austausch kann auch klärend und bereichernd sein. Er kann eine Sinnhaftigkeit aber auch eine Sicherheit im nachfolgenden Arbeitsalltag vermitteln.

Die interne prospektive Fallbesprechung sollte alle an der konkreten Behandlung eines Patienten tätigen Personen einbeziehen. Beispielhaft seien Physiotherapeuten, Ärzte und Pflegende genannt. Sie tauschen sich unter der Leitung eines behandlungsexternen Moderators (z. B. eines Ethikberaters) aus, um anhand ihrer Wahrnehmungen und Beurteilungen gemeinsam zukünftige Handlungsmöglichkeiten/Empfehlungen zu finden.

Fazit

Es ist nicht möglich und auch nicht erforderlich, dass alle Personen, die an der Behandlung eines Menschen beteiligt sind, der gleichen Meinung sind. Unterschiedliche Ansichten und Vorgehensweisen sollten aber respektvoll und gleichberechtigt thematisiert werden. Das ist mittels einer „internen prospektiven ethischen Fallbesprechung“ möglich.

Fallbesprechungen sollten nicht nur zum Einsatz kommen, wenn es darum geht ethische Entscheidungen zu treffen. Sie können auch sehr hilfreich sein, wenn z. B. Patienten oder Bewohner in einem betreuten Wohnkonzept der Altenpflege immer wieder ein sog. „herausforderndes Verhalten“ zeigen. Dies geschieht, wenn ein an Demenz erkrankter Mensch z. B. ständig versucht den Wohnbereich zu verlassen, ohne zu merken, dass er sich in Gefahr begibt und andere Mitbewohner dadurch stört. Pflegende agieren dann, indem sie u. a.

diesen Menschen daran hindern und ihn zurückholen. Passiert das im Laufe eines Dienstes oder innerhalb einiger Tage mehrere Male ist dies ein Stressor, sowohl für den Bewohner selbst, wie auch für die Pflegenden und oft auch für Mitpatienten oder Mitbewohner. Mithilfe einer Fallbesprechung können Gründe für die „Weglauf-tendenz“ des Bewohners eruiert sowie Lösungsmöglichkeiten überlegt und anschließend ausprobiert und evaluiert werden.

Gerade in der Altenpflege aber auch im Akutklinikbereich gibt es viele Situationen in denen Pflegende und andere Berufsgruppen mit schwierigen und belastenden Situationen von Menschen konfrontiert werden. Sie erleben z. B. wie Bewohner oder Patienten an Atemnot leiden und Angst haben zu ersticken oder auch Menschen die immer wieder den Wunsch äußern, endlich sterben zu können. Für die Ethikberatung in der Altenpflege – dies kann auch auf die stationäre Pflege in einer Klinik übertragen werden – trafen Dinges u. Kittelberger (2011) u. a. folgende Aussagen:

- » Es braucht Verfahrensregeln, Routinen und Strukturen zu entwickeln, einzuüben und zu pflegen, damit die herausfordernden Entscheidungen möglichst gut und zeitnah getroffen werden. —
- Eine gute Entscheidung beteiligt alle Betroffenen: BewohnerIn, Angehörige, die Teammitglieder und die Hausleitungen sowie (Haus-)ÄrztInnen;
- Eine gute Entscheidung dient in erster Linie dem Bewohner/der Bewohnerin und würdigt sie/ihn als Einzelperson;
- Eine gute Entscheidung ist eine, die getroffen wird!
- » Belastend für alle Beteiligten ist, wenn nichts entschieden wird, Entscheidungen aufgeschoben, verweigert, verhindert oder solange wegdelegiert werden, bis es nichts mehr zu entscheiden gibt.

Nach diesen Ausführungen ist klar, dass eine Fallbesprechung sinnvoll ist. Gerade

dann, wenn Situationen nicht mehr eindeutig sind oder ein bedürftiger Mensch seinen Willen nicht mehr verbal äußern kann.

■ Externe prospektive Fallbesprechung

Neben der internen gibt es auch die weniger genutzte externe prospektive Fallbesprechung. In dieser wird eine behandelungsexterne Gruppe wie z. B. ein Ethikkomitee über das therapeutische Team (z. B. Arzt, Pflegende, etc.) gebeten eine Handlungsempfehlung für eine ethische Fragestellung zu geben. Vorteilhaft wird zu diesem Modell beschrieben, dass der Berater eine hohe Neutralität aufweist und Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden können, die in dem Behandlungsteam vor Ort nicht sichtbar sind. Zudem verfügen solche Berater in Bezug auf ethische Fragestellungen über eine inhaltliche und methodische Kompetenz. Nachteile werden jedoch darin gesehen, dass der Berater „nur“ anhand der vorgelegten Fakten und Unterlagen, die auch nicht frei von Interpretationen sein können, urteilen muss. Eine Wahrnehmung vor Ort durch den Berater selbst ist nicht gegeben. Zudem ist es kritisch zu sehen, dass ethische Fragestellungen aus dem Kontext, in dem sie entstehen, ausgelagert werden. Dadurch wird es verhindert, dass die Personen, die an der Behandlung des Patienten beteiligt sind, zur Reflektion aufgefordert werden, da dies die externen Berater tun. In der Praxis wird dieses Vorgehen bisher wenig genutzt.

- Im Gegensatz zur internen prospektiven Fallbesprechung sprechen bei der externen prospektiven Fallbesprechung nicht die an der Behandlung beteiligten Personen eine Empfehlung aus, sondern eine behandelungsexterne Gruppe nimmt dies aufgrund von Fakten und Unterlagen vor.

Erscheint einem eine Fallbesprechung, egal in welcher Form sinnvoll, stellen sich aber

oft viele Fragen z. B. hinsichtlich der Organisation. Mayer merkte dazu an, dass Fallbesprechungen u. a. nicht genutzt werden, weil das Instrument der Fallbesprechung in der Praxis wenig bekannt ist, die Annahme besteht, dass es zeitaufwendig ist und das eigene Bedürfnis sowie Wertigkeit von Fallbesprechungen wenig hinterfragt wird.

Einfach wäre es zu sagen: „*Eine Fallbesprechung organisiert immer der Ethikberater und sie läuft wie folgt ab.*“. Doch so ist es nicht. Derjenige, der eine Fallbesprechung wünscht, muss diesen Wunsch äußern. In der Regel bespricht er dies mit seiner Stationsleitung oder auch mit dem zuständigen Stationsarzt. Diese wenden sich dann an das Ethikkomitee. Dieses kann aber auch von der betreffenden Person selbst erst einmal kontaktiert werden, um zu erfahren, wie das übliche Procedere bei einer Fallbesprechung ist.

Jede Fallbesprechung sollte einen Moderator haben. Dieser prüft, ob die Fallbesprechung ordnungsgemäß eingefordert wurde, wer eingeladen werden soll oder muss und führt klärende Absprachen bzgl. Ort und Zeit. Im weiteren Verlauf ist der Moderator u. a. für die Strukturierung des Prozesses, für die Beachtung des zeitlichen Rahmens, für die Einbeziehung aller Teilnehmer und z. B. für die Protokollerstellung zuständig. Äußerst vorteilhaft ist, dass es bewährte und empfehlenswerte Modelle für Fallbesprechung gibt. Alle Modelle haben eine klare Struktur vom Ablauf einer Besprechung. Beginnen sollte der Moderator selbst, indem er sich und seine Rolle im Gespräch vorstellt und dann mit einer Vorstellung der Teilnehmer fortfährt. Diese sollten kurz ihren Namen, ihre Funktion und den Patientenbezug benennen. Der Moderator stellt im Anschluss den Ablauf des Gespräches vor und kann aus seiner Sicht wichtige kommunikative „Regeln“ benennen oder visualisieren. Das sich dann anschließende Vorgehen hängt von der Methode ab.

7.3.3 Nimwegener-Methode

Eine der bekanntesten zur Fallbesprechung ist die Nimwegener-Methode. Sie ist in den 1990er Jahren in den Niederlanden entwickelt worden und sollte ursprünglich in Kliniken zur Anwendung kommen. Inzwischen ist sie in der Altenpflege und in psychiatrischen Bereichen etabliert. Sie gliedert sich in vier Schritte und geht von verschiedenen Vorannahmen aus. Beispielhaft seien zwei Vorannahmen und die kompletten Schritte vorgestellt.

■ Vorannahme 1

- » Ethische Fragestellungen haben einen engen Bezug zur täglichen Praxis. Die tägliche Praxis besteht aus der interdisziplinären Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen, den Patienten selbst sowie deren Angehörigen. (Oelke 2008)

In dieser Aussage wird klar, dass nicht nur der Arzt entscheidet, was richtig oder falsch ist, sondern auch andere Personen an der klinischen Entscheidungsfindung beteiligt werden sollten. Ob die Angehörigen und der Patient selbst in eine Fallbesprechung einbezogen werden sollen, sollte Gegenstand von Überlegungen sein. Es sollte abgewogen werden, dass eine offene und möglicherweise kontroverse Diskussion über das Therapie- bzw. Behandlungskonzept kaum möglich ist, wenn der Patient bzw. Bewohner oder auch die Angehörigen nach der Besprechung weiter Vertrauen in das therapeutische Team haben sollen. Eine Fallbesprechung muss und sollte nicht in allen Schritten in Anwesenheit eines Patienten/Bewohners stattfinden. Es geht vielmehr darum, dass problematische Situationen bei oder mit dem Patienten verstanden werden und darum, die Komplexität individueller Bedürfnisse und ethischer Prinzipien zu erfassen. Im Hinblick auf die Patientenautonomie ist eine Beteiligung an der Fallbesprechung möglich. Denkbar ist, dass die Ermittlung des (mutmaßlichen)

Patientenwillens in Vorbereitung auf das Gespräch geschieht. Es können im Rahmen des zweiten Schrittes der sog. „Faktensammlung“ sowohl der Patient bzw. Bewohner wie auch Angehörige befragt werden. Insbesondere Angehörige äußern in Rückmeldungen, dass sie die Durchführung einer Fallbesprechung als sorgfältiges und wertschätzendes Vorgehen des Hauses empfunden haben, auch wenn sie nicht in allen Schritten einbezogen wurden.

■ Vorannahme 2

- » Moralische Probleme im Gesundheitswesen basieren in der Regel auf einem komplexen Geschehen. Daher müssen in einer Fallbesprechung auch verschiedene Herangehensweisen berücksichtigt werden. (Oelke 2008)

In dieser Vorannahme wird deutlich, dass es nicht das eine losgelöste Problem gibt, das es zu besprechen gilt, sondern das es um eine komplexe Situation eines Menschen geht, die auch einer komplexen Betrachtung und Handlungsweise bedarf. Zudem schauen verschiedene Professionen aus unterschiedlichen Blickwinkeln auf einen Patienten bzw. Bewohner und ihr Handeln liegt z. B. verschiedenen Menschenbildern oder Pflegeverständnissen zugrunde. Dementsprechend gibt es verschiedene Vorgehens- oder Herangehensweisen. Sie offen zu legen und einen Konsens zu finden, kann als ein Ziel gesehen werden. Die Nimwegener-Methode ermöglicht dies in einer vierstufigen Prozessabfolge vgl. (■ Abb. 7.3).

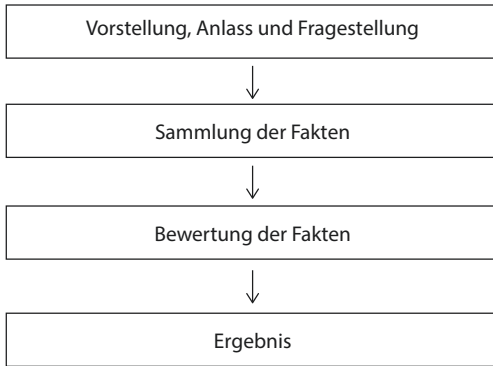
■ Vierstufige Prozessabfolge

■ Erfassung des ethisch-moralischen Problems

- Hier wird versucht das Problem genau zu beschreiben, um eine klare und möglichst eindeutige Frage zu formulieren.

■ Sammeln von Fakten

- In dieser zweiten Phase wird versucht ein einheitliches Verständnis über den



■ Abb. 7.3 Struktur einer ethischen Fallbesprechung

7

Fall herzustellen. Dazu werden anhand von vier ethischen Dimensionen die Fakten aller Teilnehmer gesammelt.

- Pflgerische Dimension (z. B. Einschätzung über Selbstständigkeit des Patienten, Pflegeprobleme, Maßnahmen, etc.)
- Medizinische Dimension (z. B. Diagnose, Prognose, Therapie, etc.)
- Dimension anderer beteiligter Berufsgruppen (z. B. Ergotherapeuten, Psychologen aber auch Angehörige)
- Organisatorisch-institutionelle Dimension (z. B. Art der Einrichtung, Personalschlüssel, etc.)

– Einschätzen des Pflegebedürftigen

- Dieser Punkt wird in manchen Modellen auch als eine Dimension gesehen und z. B. als „Soziale Dimension“ (Mayer) formuliert.
- Hier ist es wichtig sich den Patienten bzw. Bewohner genau anzusehen und Fakten zusammenzutragen z. B. über seinen Gesundheitszustand, Willen, seine Wünsche, seine Lebenszusammenhänge, der Kultur, etc.).
- Weiter wird hier die Verantwortung der beteiligten Berufsgruppen den Pflegebedürftigen gegenüber thematisiert.

– Eigentliche Entscheidungsfindung

- Nachdem alle Fakten und Meinungen ausgetauscht worden sind, ist es das Ziel eine Entscheidung zu treffen, wie weiter verfahren wird. Das kann gut gelingen, indem die Gruppe angeleitet durch den Moderator noch einmal folgende Schritte durchgeht:
 - Rekapitulation des moralischen/ethischen Problems,
 - Aufdecken unbekannter Details,
 - Argumente pro und contra sammeln,
 - Entscheidung fällen,
 - Beurteilung vornehmen.
- In diesen Schritt oder einem abschließenden separatem sollten auch die weiteren Zuständig- und Verantwortlichkeiten geklärt sowie ein Termin für eine Evaluation vereinbart werden.

In der Praxis stellt sich die Frage welche Personen in welchem Umfang an einer Fallbesprechung teilnehmen sollen. Nach dem Nimwengener-Modell braucht es immer einen Moderator, die Bezugspflegekraft, den behandelnden Arzt und eine sog. Schicht- oder Wohnbereichs- bzw. Stationsleitung. Fakultativ können weitere an der Behandlung beteiligte Berufsgruppen teilnehmen (z. B. Sozialarbeiter Seelsorger, Psychoonkologe, etc.). Der Patient/Bewohner selbst und/oder seine Angehörigen, können wie beschrieben z. B. in Vorbereitung auf die Besprechung zum Punkt der Faktensammlung hinzugezogen werden, die dann während der Besprechung berücksichtigt werden.

Abschließend ist festzustellen, dass die Fallbesprechung im Rahmen der Psychohygiene für Pflegende eine wertvolle Ressource darstellt. Sie können sich in einem professionellen Setting gezielt zu bestimmten Problemen austauschen sowie Gedanken und Gefühle äußern. Durch die entscheidungsorientierte Ausrichtung der

Fallbesprechung geht der Austausch über eine rein erzählend-entlastende Funktion hinaus und ermöglicht deshalb auch eine Reflektion des eigenen Handelns und der Sicht auf die Dinge. Fallbesprechungen verbessern die teaminterne und externe Kommunikation und fördern insbesondere eine klientenorientierte Pflege durch optimierte Entscheidungen.

Fazit

Fallbesprechungen fördern einen professionellen team- und berufsgruppenübergreifenden Austausch und sorgen zugleich für individuell-emotional entlastende Momente.

7.4 Supervision

» Supervision ist ein wissenschaftlich fundiertes, praxisorientiertes und ethisch gebundenes Konzept für personen- und organisationsbezogene Beratung in der Arbeitswelt. Sie ist eine wirksame Beratungsform in Situationen hoher Komplexität, Differenziertheit und dynamischer Veränderungen. In der Supervision werden Fragen, Problemfelder, Konflikte und Fallbeispiele aus dem beruflichen Alltag thematisiert. (DGSv 2012)

Anhand der Definition wird deutlich, dass Supervision ein Konzept ist und demnach auch zielgerichtet angewandt wird. Supervision ermöglicht v. a. Reflektionsarbeit bezogen auf berufliche, aber auch auf private Situationen oder Fragestellungen. Sie stellt dadurch ein weiteres Element dar, welches Pflegenden neben der Fallbesprechung und der kollegialen Beratung zur Psychohygiene nutzen können.

■ Exkurs: Kollegiale Beratung

Da die kollegiale Beratung ebenso wie die Fallbesprechung unter der Einbeziehung

von Teammitgliedern stattfindet, soll in diesem Kapitel der Fokus auf der Supervision und insbesondere auf dem Setting der Einzelsupervision liegen. Erwähnt sei allerdings, dass das vielfach veröffentlichte „Modell der kollegialen Beratung nach Tietze“ (Tietze 2003, 2017) in beruflichen Settings häufig zur Anwendung kommt. Ebenso wie in der Fallbesprechung geht es auch in der kollegialen Beratung darum, sich strukturiert zu einer bestimmten Fragestellung auszutauschen und Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln. Der Austausch erfolgt mit Kollegen und die Frage kann mit verschiedenen Methoden (z. B. mithilfe eines Brainstormings) beantwortet werden.

Sowohl im privaten wie auch im beruflichen Alltag steht jeder Mensch immer wieder vor Herausforderungen, schwierig erscheinenden oder kritischen Situationen, aber auch vor komplex zu lösenden Problemen. In den letzten Jahren wurden in allen Arbeitsbereichen verschiedene Prozesse dynamischer und die Anforderungen an Mitarbeiter verändern sich stetig. In der Pflege ist zudem zu beobachten, dass Patienten bzw. Heimbewohner oft morbid erkrankt sind und Pflegenden zunehmend unter Zeitdruck und Personalknappheit arbeiten. Unter diesen Bedingungen wächst der Bedarf an organisationsbezogener Beratung oft ebenso wie der individuelle Beratungsbedarf einzelner Personen in der Pflege. Fragen nach einem „richtigen“ oder „falschen“ Handeln stehen im Raum. Es kann zu Konflikten mit Kollegen, Patienten bzw. Bewohnern oder deren Angehörigen kommen. Beendet sich ein Mitarbeiter immer wieder in stressigen und herausfordernden Situationen äußert er dies u. a. in der Übergabe oder im Anschluss an diese. Darüber erfährt er eine kurze verbale Entlassung. Kollegen haben dafür oft Verständnis, da sie sich mit gleichen oder ähnlichen Problemen konfrontiert sehen. Eine wirkliche Reflektion des Handelns in einer konkreten Situation, oder das Suchen nach Ressourcen und

Bewältigungsstrategien (Coping-Strategien) bezogen auf eine Burn-out-Prophylaxe finden aber selten statt. Hier kann die Einzelsupervision eine professionelle und unterstützende Möglichkeit sein.

- Eine Supervision kann sowohl von einer einzelnen Person, wie auch von Teams- oder Gruppen in Anspruch genommen werden.

Die deutsche Gesellschaft für Supervision definiert die Einzelsupervision :

- » Einzelpersonen begeben sich in Supervision, um ihre berufliche Rolle zu reflektieren, den Umgang mit Klient/innen bzw. Kund/innen zu verbessern, eine berufliche Krise zu meistern, um Entscheidungen vorzubereiten, die Balance zwischen persönlicher und beruflicher Sphäre neu auszuloten oder um sich in einer neu übernommenen Position unterstützen zu lassen. (DGSv)

Diese Definition beinhaltet mehrere Ziele oder Anlässe, die eine Einzelperson mit der Supervision verbinden kann. Diese Ziele finden sich auch in anderer Literatur wieder und können als Grundlage gesehen werden, wenn es um eine Bedarfsanalyse einer Pflegenden in Bezug auf eine Einzelsupervision geht. Auf die Psychohygiene bezogen sind folgende Ziele bedeutend (Auszug von Zielen einer Supervision; Oelke 2008):

- Emotionale Entlastung auch im Sinne der Burn-out-Prophylaxe,
- Unterstützung bei der (Selbst-)Befreiung aus beruflichen Fallstricken,
- ein professioneller Umgang mit schwierigen Patientinnen und Kundinnen,
- Entwicklung der eigenen Berufsrolle,
- Entwicklung von instrumentellen Coping-Strategien.

Anders als die Einzelsupervision ist eine Teamsupervision laut der deutschen Gesellschaft für Supervision:

- » Die Beratung und Begleitung von Teams, Projekt- oder Arbeitsgruppen, die an einer gemeinsamen Aufgabe in einer Organisation arbeiten, ist eine häufig angewandte Form der Supervision. Hier geht es z. B. um das Verständnis der Arbeitsprobleme mit Klient/innen, um die Verbesserung unzureichender Kooperation, um die Auseinandersetzung mit Leitungsfragen oder um die Entwicklung neuer Strukturen und Konzepte. Für das Gelingen solcher Supervision ist es erforderlich, dass die Leitung mit einbezogen und die Organisationswirklichkeit in den Blick genommen wird. Sobald Supervision in Organisationen stattfindet – und jede Teamsupervision bewegt sich in diesem Kontext – werden Leitungs-/Führungspersonen in abgesprochener Weise in die supervisorische Arbeit einbezogen. (DGSv 2012)

Diese Form der Supervision wird häufig angewandt. Sie kann dazu genutzt werden, um emotionale Entlastung zu erreichen. Gerade bei Teamsupervisionen ist es aber auch der Fall, dass sich Teamkollegen dieser entziehen. Die Gründe dafür können verschiedene Ursachen haben. Möglich sind negative Erfahrungen mit einer Supervision oder die Befürchtung, dass das eigene Verhalten thematisiert wird. Hilfreich ist es deshalb, dass sich erst einmal alle Teammitglieder auf das Kennlerngespräch einlassen, um dann für sich zu entscheiden, ob sie teilnehmen. Eine Teilnahme kann nur verpflichtend sein, wenn die Supervision in der Arbeitszeit stattfindet und ausschließlich vom Arbeitgeber finanziert wird. Wünschenswert ist eine Teilnahme aller Teammitglieder, um Probleme gemeinsam zu besprechen, Prozesse zu verändern und Kontinuität zu erreichen. Sollten im Team oder auch in Bezug auf eine Einzelsupervision Vorurteile gegen den Supervisor oder dem Verfahren selbst bestehen, kann es

hilfreich sein, sich einmal der Perspektive und Grundhaltung eines Supervisors bewusst zu werden. Die DGSV definiert dazu:

» Die Perspektive von Supervisor/innen ist gekennzeichnet durch die Kunst der Verbindung von Einzelperspektiven zu einem umfassenden Blick auf das zu erörternde Thema. Die Haltung von Supervisor/innen ist gekennzeichnet durch Ergebnisoffenheit, kritische Loyalität und das Interesse an einer nachhaltigen Verbesserung von Arbeit, Arbeitsbedingungen und Arbeitsergebnissen. Bereits im ersten Kontakt zwischen Supervisor/in und Supervisand/in beginnt die Herstellung und Pflege eines Vertrauensverhältnisses. Vertrauen ist die Grundlage einer Beratungsbeziehung und wird vornehmlich durch offene Kommunikation und eine Kultur der Wertschätzung und des gegenseitigen Respekts hergestellt. (DGSv 2012)

Diese Ausführungen geben keine Garantie, dass ein Problem für einen Einzelnen oder ein Team einvernehmlich gelöst wird. Es wird aber deutlich, dass jedem eine wertschätzend und vertrauensvoll begegnet wird und ein Supervisor nicht voreingenommen handelt oder im Sinne eines Auftraggebers.

Stellt eine Pflegende im beruflichen Kontext fest, dass eine Supervision zielführend sein könnte, sollte sie erst einmal mit der Leitung das weitere Vorgehen absprechen. Bestehen hier Konflikte kann sich die Mitarbeiterin auch an den betriebsärztlichen Dienst oder an die Pflegedienstleitung wenden. Manchmal werden Supervisionen auch von Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitungen gewünscht. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn immer wieder Konflikte in einem Team auftreten eine hohe Fluktuation auf einer Station zu beobachten ist oder andere Probleme die Arbeit behindern.

Die Implementierung einer Supervision beinhaltet verschiedene Schritte, die im Folgenden stichpunktartig beschrieben werden.

1. Vorbereitungsphase:

- Klärung der Supervisionsform (Einzel, Gruppe, Team- oder Leitungssupervision),
- Antragstellung (z. B. bei der Geschäftsführung),
- Klärung der Finanzierung,
- bei Gruppen und Teamsupervisionen: Klärung, ob Kollegen verpflichtend teilnehmen oder die Teilnahme freiwillig erfolgt,
- Klärung von Ort und Dauer der Supervision.

2. Wahl der Supervisorin und Erstkontakt:

- Supervisoren können von extern oder intern kommen,
- die Wahl erfolgt oft über Empfehlungen,
- u. a. abhängig von der Zielstellung und der Finanzierung,
- Merkmal einer ausreichenden Qualifikation des Supervisors ist die Ausbildung nach den Richtlinien der DGSv,
- den Erstkontakt nimmt meist die Person auf, die auch über die Rahmenbedingungen entscheiden kann,
- die Gruppe oder der Einzelne und der Supervisor entscheiden im Kennlerntermin ob und wie zukünftig gearbeitet werden könnte.

3. Kontakt und Kontraktsitzung:

- Ziel ist das gegenseitige Kennenlernen,
- es wird besprochen welche Probleme und Ziele Gegenstand der Supervision sein sollen,
- Ziele und Erwartungen werden festgehalten.
- Die Form von Ergebnisberichten an Leitungen kann hier besprochen werden.

- Grenzen der Supervision können dargestellt werden.
 - Klärung wie mit Abwesenheiten von Teammitgliedern umgegangen wird, sollte ein Thema sein.
 - Entscheidung, ob Supervision durchgeführt wird oder nicht.
4. Supervisionsprozess:
- Dauert etwa 10–12 Monate,
 - Ziel ist, dass eine Atmosphäre entsteht, die Supervisanden Probleme offen ansprechen lässt.
5. Auswertung und Rückkopplung:
- Sitzungen zur Auswertung des Prozesses können zwischendurch oder am Ende der Supervision stattfinden.
 - Es erfolgt eine Reflektion der vereinbarten Ziele.
 - Supervisor und Team oder Einzelperson gibt ein Feedback zum Erleben.
 - Pflege oder Wohnbereichsleitungen können hier dazu kommen, um Erfolg oder Hindernisse festzustellen.

Abschließend kann eine Supervision als ein Instrument zur Förderung der Psychohygiene betrachtet werden. Sie ist sowohl für einzelne Personen wie auch für Gruppen und Teams geeignet, um Probleme zu thematisieren und um im beruflichen oder privaten Kontext das Handeln zu verbessern oder auch zu erleichtern. Dazu ist eine Reflektion erforderlich, die unter professioneller Anleitung und in einem geschützten Rahmen verläuft. Bezogen auf das pflegerische Arbeitsfeld sollten Stationsleitungen in allen Bereichen sensibel für die Probleme ihrer Mitarbeiter und die der Patienten sein.

» Natürlich sind Sie nicht für die Psyche Ihrer Mitarbeiter verantwortlich, wohl aber für die psychische Arbeitsbelastung und entsprechende Entlastungsangebote. So sind etwa Fallbesprechungen eine gute Möglichkeit, die Belastung im Hinblick auf schwierige Situationen mit einzelnen Bewohnern, wie

herausforderndes Verhalten, zu senken. Die Möglichkeiten reichen hier von seelsorgerischen Angeboten, Teamritualen (z. B. wenn ein Bewohner verstirbt) und Fallbesprechungen bis hin zur Supervision oder individuell von einzelnen Mitarbeitern ausgewählten Fortbildungsangeboten. (Pro Pflegemanagement 2016).

Literatur

- DGSV. Deutsche Gesellschaft für Supervision e. V. (2012) Supervision ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit. ► http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/12/grundlagenbroschuere_2012.pdf. Zugriffen: 29. März 2023
- Dinges S, Kittelberger F (2011) Zurechtkommen-Ethikkultur in der Altenhilfe. Leitfaden zur Orientierung und Organisation einer ethischen Entscheidungskultur in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. ► http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/Leitfaden_Ethikberatung_Endfassung.pdf. Zugriffen: 27. März 2023
- Geißler B (2012) Supervision ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit. ► http://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2011/12/grundlagenbroschuere_2012.pdf. Zugriffen: 29. März 2023
- Heinemann W (2005) Ethische Fallbesprechung. Eine interdisziplinäre Form klinischer Ethikberatung. In: MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH. Köln. ► https://www.malteser.de/fileadmin/_migrated/content_uploads/Ethische-Fallbesprechung.pdf. Zugriffen: 29. März 2023
- Mayer P (2004) ► <http://petramayer.net/medien/medienpool/Ethische-Fallbesprechungen-.pdf>. Zugriffen: 29. März 2023
- Oelke U (2008) In Guten Händen. Bd 3. Gesundheits- und Krankenpflege. Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Cornelsen, Berlin
- Pro Pflegemanagement (2016) Gesundheitsprävention für Pflegekräfte. ► <http://www.ppm-online.org/gesundheitspraevention-fuer-pflegekraefte/>. Zugriffen: 29. März 2023
- Schrems B (2015) Fallbesprechung- Eine Methode zur Stärkung der Kernkompetenzen. ► https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Veranstaltungen/2015/Laendle_Pflegeforum/Fallbesprechung_-_Berta_Schrems.pdf. Zugriffen: 27. März 2023
- Schrems B (2013) Fallarbeit in der Pflege. Facultas, Wien
- Steinkamp N, Gordijn B (2000) Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. Eine ethisch optimal verantwortete Behandlung und

Versorgung von Patienten ist das Hauptziel der Nimwegener Methode für die interdisziplinäre ethische Fallbesprechung. ► <https://www.aekno.de/downloads/archiv/2000.05.022.pdf>. Zugegriffen: 27. März 2023

Tietze KO (2017) Kollegiale Beratung. ► <http://www.kollegiale-beratung.de/index.html>. Zugegriffen: 29. März 2023

Tietze KO (2003) Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Rowohlt, Reinbeck

Rahmenbedingungen

Inhaltsverzeichnis

- 8.1 Braucht eine Übergabe bestimmte Rahmenbedingungen? – 110**
- 8.2 Institutioneller Rahmen – 110**
- 8.3 Übergabeorte : Braucht es den ungestörten Raum? – 110**
- 8.4 Übergabeform – 112**
 - 8.4.1 Von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft – 112
- 8.5 Patienten- und Bewohnerlisten – 113**
 - 8.5.1 Basisinformationen – 113
 - 8.5.2 Pflegerische Besonderheiten – 114
 - 8.5.3 Zusatzinterventionen – 114
 - 8.5.4 Übergabeinhalte – 114
 - 8.5.5 Besonderheiten im Heimbereich – 115
 - 8.5.6 Anpassung und Aktualisierung – 115
- 8.6 Teilnehmende Personen – 116**
- 8.7 Patientenlientel und Übergabedauer – 117**
- 8.8 Übergabezeitpunkt – 118**
- 8.9 Entwicklung eines Übergaberituals – 119**
- 8.10 Speisen und Getränke in Übergaben – 121**
- 8.11 Ziel und Effekt des Türschilds „Bitte nicht stören“ – 122**
- Literatur – 123**

8.1 Braucht eine Übergabe bestimmte Rahmenbedingungen?

Diese Frage kann ganz klar mit „Ja“ beantwortet werden. Nach den Ergebnissen der europäischen Next-Studie waren die deutschen Pflegenden am Unzufriedensten mit der Übergabe. Dies lag u. a. an den vielen Störungen, zu denen es während einer Übergabe kommt. Um Störungen zu reduzieren und eine effektive Übergabe durchzuführen, bedarf es deshalb einiger Rahmenbedingungen, wovon die Wesentlichsten hier vorgestellt werden.

8

8.2 Institutioneller Rahmen

Kliniken und andere Gesundheitseinrichtungen verfügen über Qualitätsmanagementsysteme. Aktuell sind diese in verschiedenen Zertifizierungsverfahren von Kliniken und anderen Bereichen des Gesundheitswesens involviert. Solche Systeme können im Rahmen einer lernenden Institution bzw. Organisation auch bei der Umstrukturierung und Implementierung eines neuen Übergabekonzepts unterstützen. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Pflegedienstleitung und/oder die Geschäftsführung über ein solches Vorhaben informiert werden. Sie sollten als erste Instanz von Problemen und Lösungsmöglichkeiten in ihrer Institution erfahren, da sie so prüfen können, ob z. B. ein verändertes Übergabekonzept in allen Bereichen oder erst einmal nur in einem oder ausgewählten Bereichen als Testphase erprobt wird.

Die Pflegedienstleitung sollte zum Projektbeginn (z. B. im Rahmen einer Dienstbesprechung) eingeladen werden, um die Projektgruppe zu unterstützen, die anderen Teammitglieder zu motivieren an dem veränderten Übergabekonzept mitzuarbeiten bzw. es auszuprobieren und konstruk-

tive Kritik zu äußern. Alle Mitarbeiter können zudem über die Ausführungen der Pflegedienstleitung bezüglich der Bedeutsamkeit der veränderten Übergabe eine Anerkennung, eine Wertschätzung und eine Sinnhaftigkeit in Ihrem Tun erfahren. Es ist damit ein institutioneller Rahmen gegeben. Das Projekt hat die Chance, die Übergaben eines Gesundheitsbereiches flächendeckend und nicht nur auf einer Station zu verbessern.

8.3 Übergabeorte : Braucht es den ungestörten Raum?

Eigentlich sollte es klar sein: Ein inhaltlich bedeutendes Gespräch bedarf eines ruhigen Umfelds. Dieses ist in erster Linie gegeben, wenn ein ruhiger Raum vorhanden ist. Doch damit beginnt oft das Problem der Übergaben.

Nur sehr wenige Stationen einer Klinik oder Heimbereiche verfügen über einen geeigneten Raum. Nach unseren Recherchen finden trotz der hohen Störanfälligkeit die meisten Übergaben noch immer im Stations-/Dienstzimmer statt (► Kap. 4). Einen eigenen Raum für Pflegende, in dem sie Gespräche führen können gibt es selten.

Ausweichmöglichkeiten werden vom Pflegepersonal gesucht und nicht selten wird die Patientenküche oder der Personalaufenthaltsraum dann als Übergabeort genutzt. Gesprächsanlässe im Rahmen und Aufgabenfeld der Pflege gibt es für solche Anlässe allerdings reichlich. Neben dem dringenden Bedarf für einen adäquaten Übergaberaum führen Pflegende z. B. auch Anamnesegespräche oder Informations- und Beratungsgespräche durch, welche alle nicht in der Anwesenheit von Mitpatienten und ggf. noch Besuchern durchgeführt werden sollen. Übergaben verlangen eine hohe Konzentration und Auffassungsgabe von den Pflegenden und umso elementarer ist ein ruhiger Raum.

Etwas besser aber nicht optimal ist die Übergabe vor einem Patientenzimmer. Die Zimmer befinden sich meist in Anbindung zum öffentlichen Flurbereich einer Station. Dadurch herrscht auch hier viel reger Patienten-, Angehörigen- und sog. „Transportverkehr“. Das bedeutet, dass die Übergaben ähnlich wie im Dienstzimmer immer wieder unterbrochen werden können, weil z. B. Besucher nach einem Patientenzimmer und der Patiententransportdienst nach dem Patienten fragt. Darüber hinaus kommt aufgrund der Öffentlichkeit des Flures auch der datenschutzrechtliche Aspekt zum Tragen.

Nun könnte man meinen, dass die „Übergabe am Bett“ den idealen Raum darstellt. Zum einen haben die Pflegenden einen Platz und zum anderen ist der Patient mit anwesend. Das Problem ist auch hier u. a. der Datenschutz und die Schweigepflicht (► Kap. 3), da sich der Großteil der Patienten in Mehrbettzimmern befindet.

Vertrauliche Übergabeinformationen müssen an einem Ort übergeben werden, an dem ausschließlich die Personen zugegen sind, die mit der Pflege und der Therapie des Patienten beauftragt wurden. Das Gleiche gilt natürlich auch für die ärztliche Visite.

Da die räumlichen Bedingungen in der Praxis aber aktuell nur bedingte Orte für Übergaben und andere Gespräche hergeben, sind die Kreativität und der Einsatz des therapeutischen Teams gefragt:

- Es gibt Stationen, die schon einen Besprechungsraum haben. Dieser sollte konsequent für die Übergaben und andere Gespräche genutzt werden.
- Eine andere Möglichkeit könnte das sog. „Stationsarztzimmer“ sein. Hier wäre es denkbar, dass die Ärzte für die begrenzte Zeit der Übergabe dieses Zimmer zur Verfügung stellen bzw. mit an der Übergabe teilnehmen. Sollten sie nicht teilnehmen, könnten sie Tätigkeiten verrichten, die keinen separaten Raum benötigen (Laborwerte kontrol-

lieren, Untersuchungsergebnisse abfragen, etc.) oder ihre ärztliche Dokumentation an den Computern im Stationszimmer vornehmen. Diese und einige andere ärztliche Aufgaben bedürfen oft keines separaten Raums.

- Weiterhin denkbar aber aufwendiger ist die Planung und Durchführung baulicher Veränderungen. Manche Personalaufenthaltsräume sind von ihrer Größe so beschaffen, dass man eine Trennwand einziehen könnte, um einen kleinen Übergaberaum herzustellen.
- Auch denkbar ist die Nutzung nicht belegter Patientenzimmer.

Praxistipp

Überlegen Sie gemeinsam mit dem Team und Vertretern anderer Berufsgruppen, welcher Raum für die Dienstgaben genutzt werden kann. Es lohnt sich alle Möglichkeiten zu eruieren. Ein ruhiger Raum und Pflegekräfte, die sich ausschließlich auf die Übergabe konzentrieren können, sind zwei elementare Aspekte die dazu führen, dass sich die Übergabedauer verkürzt und die Qualität verbessert.

Manche Stationen/Abteilungen verfügen über einen Raum, der zwar zur Abteilung gehört, sich aber nicht direkt auf der Station befindet. Dieser befindet sich evtl. ein Stockwerk höher oder tiefer und wird überwiegend von anderen Professionen für unterschiedlichste Besprechungen und Veranstaltungen genutzt. Auch solch ein Raum könnte fest gebucht werden, um eine kurze patientenferne Übergabe durchzuführen. Das Team, das gerade nicht in der Übergabe ist, müsste dann die Versorgung der aktuell übergebenden Patienten übernehmen. Ein solcher Raum sollte nur <2–3 min von der Station entfernt und komplikationslos erreichbar sein.

8.4 Übergabeform

8.4.1 Von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft

Eine Übergabeform, die sowohl für die stationäre Klinik als auch für den Heimpflegebereich sehr gut geeignet erscheint, ist die Übergabe von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft. Diese sollte in regelmäßigen, festgelegten Abständen um die Anwesenheit anderer Professionen erweitert werden. Man spricht dann von einer „interdisziplinären“ oder „multiprofessionellen“ Übergabe. Diese Erweiterung ist v. a. bei Langzeitpflegepatienten bzw. Bewohnern empfehlenswert, da ein multiprofessioneller Austausch verschiedene Sichtweisen und Lösungsmöglichkeiten eines Problems eröffnet. Durch den Austausch wird auch erreicht das z. B. alle an der Genesung des Patienten bzw. Bewohners befindlichen Mitarbeiter auf einem gemeinsamen Stand gebracht werden und dadurch gleiche Ziele verfolgen können. In psychiatrischen Bereichen ist diese professionsübergreifende Übergabe oft täglicher Bestandteil der Arbeit. Wie häufig eine solche Übergabe allerdings in anderen Akut- oder Langzeitpflegebereichen stattfinden soll und welche Mitarbeiter regelmäßig teilnehmen sollen, müsste jede Abteilung selbst überlegen. Empfehlenswert ist ein solches Procedere bei Langzeitpflegepatienten ungefähr alle 1–2 Wochen, mindestens einmal im Monat.

Die Übergabe von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft setzt Pflegesysteme der Bereichs- oder der Bezugspflege bzw. das „Primary Nursing“ voraus. In all diesen Systemen ist eine schichtbezogene Verantwortung der Pflegekraft für einen bestimmten Patienten oder eine Patientengruppe grundlegend und sie weisen verschiedene Vor- und Nachteile auf.

Zu den **Vorteilen** zählen z. B.:

- Schneller Informationsfluss,
- jeder Patient hat einen direkten Ansprechpartner,

- höhere Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden,
- Pflegekräfte erleben sinnvollen Arbeitsablauf und Arbeit als Ganzes,
- verbesserte Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient.

Nachteile dieser Systeme können sein:

- Hilfsbereitschaft der Kollegen kann abnehmen,
- Kosten liegen höher, da Mindestanzahl an qualifiziertem Personal erforderlich ist,
- höhere Stressbelastung durch individuelle Verantwortung,
- Schwierigkeiten wenn Patient und Pflegekraft nicht harmonisieren,
- psychische Belastung durch intensivere Konfrontation mit Problemen der Patienten.

Entscheidend ist, dass es bei allen drei Pflegesystemen möglich ist, die Übergabe ohne die Großgruppe abzuhalten. Das bedeutet, dass viele der in ► Kap. 5 beschriebenen Störungen während der Großgruppenübergabe entfallen (z. B. private Nebengespräche).

Als zuständige Teamleitung könnten Sie die Übergaben so organisieren, dass immer nur ein Pflegeteam zu einer bestimmten Zeit die Übergabe vornimmt, während die anderen Pflegeteams sich in dieser Zeit um die patientenbezogene Dokumentation, um Telefonanrufe oder z. B. um ärztliche Anfragen kümmern. Nimmt die Leitung jeden Tag einen Wechsel der zeitlichen Abfolge der Teams vor, so kommt es nicht dazu, dass immer das gleiche Übergabeteam zuerst beginnt und endet.

Die zeitlich gestaffelt stattfindende Übergabe hat den Vorteil, dass die Pflegenden, die sich gerade in der Übergabe befinden, z. B. nicht zu einer Patientenklänge gehen müssen, da dies die Kollegen übernehmen, die gerade keine Übergabe vornehmen. Sollten sich bei den Kollegen in der Patienten- und Angehörigenbetreuung

Fragen ergeben, die keine 15 min Aufschub dulden, müssen sie die „Übergebenden“ kurz unterbrechen. Dies sollte jedoch nur in unbedingt notwendigen Situationen sein.

8.5 Patienten- und Bewohnerlisten

Eine erfolgreiche Übergabe von Bezugs- zu Bezugspflegekraft bedarf v. a. einer sog. Patientenliste oder Bewohnerliste. Diese Liste ist auch als Übergabezettel/-bogen bekannt und wird bereits in vielen Kliniken verwendet. Allerdings ergaben unsere Recherchen auch, dass eine solche Liste in einigen Kliniken nur für das ärztliche Personal zur Verfügung steht. Dies wird z. B. damit begründet, dass Kosten verursacht werden, wenn jede Pflegekraft für jeden Dienst eine solche Liste in ausgedruckter Form erhält. Davon betroffene Pflegekräfte erstellen sich deshalb eigene Übergabezettel. Diese bestehen natürlich auch aus Papier. Kritisch hieran ist zu bewerten, dass ein solches Vorgehen tägliche, zeitliche Ressourcen des Fachpersonals verbraucht, da alle relevanten Inhalte täglich neu handschriftlich notiert werden müssen. Es kommt dadurch vor, dass Pflegenden ihren erstellten Übergabezettel mehrmals verwenden. Daraus resultiert die Gefahr, dass sie nicht mehr wissen, welche ihrer Notizen aktuell sind. Ebenso kommt es vor, dass sie einige Inhalte ihrer Mitschriften nicht vollständig entziffern können, weil sie sich auf das Gesagte der Pflegekraft konzentriert haben und nebenbei viele Inhalte schnell mitschreiben wollten, aus Sorge etwas Elementares zu vergessen.

Die Lösung ist hier sehr einfach. Es bedarf der Erstellung eines grafischen Ausdrucks. Dieser sollte alle grundlegenden und aktuellen Daten der Patienten oder der Bewohner beinhalten (z. B. Zimmernummer, Name, Diagnose, bedeutende Pflegemaßnahmen, etc.). Ein solches Übergabemedium ermöglicht für alle Pflegenden eine sofortige Übersicht zur aktuellen Situation

aller Patienten bzw. Bewohner und sollte wie schon in vielen Bereichen zum täglichen Arbeits- und Übergabestandardinstrument für Pflegenden und Ärzte gehören. Es kann auch als Instrument zur Qualitätssicherung gesehen werden, da die Pflegekräfte z. B. konsiliarisch tätigen Ärzten, aber auch Besuchern und Angehörigen sofort sagen können, in welchem Zimmer sich der gesuchte Patient bzw. Bewohner befindet. Dadurch wird vermieden, dass bei bereichsfremden Personen der Eindruck entsteht „Es kennt sich Niemand aus!“. Zudem verfügen die Pflegenden, die während der Übergabe als „Nichtbezugspflegekraft“ einen Patienten aufsuchen oder jemanden nach einem diagnostischen Eingriff in Empfang nehmen, über aktuelles Wissen zu diesem Patienten. Das ermöglicht den Nichtbezugspflegekräften, notwendige Maßnahmen sofort durchzuführen. In der Regel müssen sie dafür nicht die Bezugspflegekraft des betreffenden Patienten während der Übergabsituation zu kontaktieren.

- Sollte es einen solchen Ausdruck noch nicht geben, ist es für die Konzeption empfehlenswert, dass Ärzte und Pflegenden sich darüber austauschen, welche Angaben notwendig sind, um einen ersten Überblick aller Patienten bzw. Bewohner zu erhalten.

In sehr großen aber auch in kleinen Teams kann in dieser Phase z. B. jemand aus dem Qualitätsmanagement oder der Abteilung „Arbeitsorganisation“ hilfreich sein, da er fachliche Kenntnisse zur Erstellung solcher Instrumente besitzt und zudem eine neutrale Außenperspektive einnimmt.

8.5.1 Basisinformationen

Alternativ kann sich an den folgenden beschriebenen Inhalten und an den in ► Kap. 11 grafisch aufgeführten Patienten- und Bewohnerbelegungslisten orientiert

werden. Jede dieser Liste sollte als Basisinformation immer den Namen, das Geburtsdatum und die Zimmer- bzw. Apartmentnummer der betreffenden Person enthalten.

Ebenso sinnvoll ist das Aufführen von Haupt- und Nebendiagnosen sowie das stichpunktartige Benennen medizinischer Besonderheiten, wie z. B. stattgefundene oder geplante Eingriffe des Patienten oder des Bewohners. Dadurch weiß jede Pflegende sofort warum dieser Patient aktuell in der Klinik ist und welche weiteren Erkrankungen er ggf. zusätzlich hat. Diese Informationen erleichtern die tägliche Arbeit, die Planung und sie sind hilfreich, um u. a. in Notfallsituationen einen Überblick zu haben.

8

8.5.2 Pflegerische Besonderheiten

Die weiteren Inhalte solcher Patienten- bzw. Bewohnerlisten sollten im Team besprochen werden. Nach unserer Ansicht ist eine weitere Spalte mit dem Inhalt der „pflegerischen Besonderheiten“ jedoch unerlässlich. Unter diesem Punkt könnten und sollten dann pflegerische Maßnahmen vermerkt werden, die einer (besonderen) Beachtung bedürfen. Beispielhaft sei hier die engmaschige Überwachung von Spüllösungen genannt. Dieser Inhalt ist hilfreich und entscheidend dafür, dass pflegerische Übergaben mehr einen pflegerischen und weniger einen medizinischen Schwerpunkt haben. Es können darunter z. B. Notizen über Ressourcen und der Fort- und Rückschritte des Patienten notiert und damit in den Übergaben thematisiert werden. Patienten und Bewohner könnten so einfacher ressourcen- und damit personenzentriert gepflegt werden.

- Entscheiden Sie gemeinsam mit Ihrem pflegerischen und ärztlichen Team, welche Angaben auf einer Patienten- bzw. Bewohnerliste erfasst werden sollen.

Beachten Sie, dass es um wesentliche Angaben geht und der pflegerische Fokus im Mittelpunkt steht. Es ist ein Dokument, welches in erster Linie für Pflegende eine schnelle Übersicht geben soll und Raum für Notizen enthält.

8.5.3 Zusatzinterventionen

Weiterhin könnte in dieser Spalte erfasst werden, ob eine **Fallbesprechung**, eine **Team- oder Einzelsupervision** angezeigt ist. Das könnte der Fall sein, wenn z. B. eine Pflegende oder die Stationsleitung in der Übergabe wiederholt hört, dass ein Bewohner oder ein Patient von anderen Pflegenden als besonders anstrengend, herausfordernd oder ähnliches beschrieben wird. Vielleicht hat die betreffende Pflegende auch dieses oder ein ganz anderes Empfinden und merkt, dass das Team oder sie selbst in eine Hilflosigkeit, Gleichgültigkeit oder Unzufriedenheit rutscht.

Außer der Ermittlung der Fallbesprechung oder der Supervision werden alle anderen genannten Dinge in den Pflegebedarfsfassungen und Leistungen dokumentiert und somit in Systemen angezeigt. Dennoch ist es sinnvoll, diese auf einem Blick immer bei sich zu haben. Viele Pflegende berichten, dass sie aufgrund der Arbeitsdichte und der oft bestehenden Personal- und Zeitnot nicht jede Stunde zu einer Dokumentation und damit auch nicht zu einer Übersicht ausstehender Pflegeleistungen kommen.

8.5.4 Übergabeinhalte

In der anderen von uns wichtig empfundenen Spalte könnten Pflegende ihre eigenen Notizen zu den Übergabeinhalten vornehmen. Diese sollen auch nicht in einem System eingetragen und aktualisiert werden. Die Inhalte dieser Spalte würde dann jede

Pflegende selbst bestimmen, da nur sie entscheidet, was für sie in eine solche Spalte gehört. Eine Möglichkeit wäre dort Dinge zu notieren, die im Laufe des Dienstes passieren bzw. ermittelt werden.

So könnte sie Vitalparameter oder Bilanzierungen notieren, die sie zeitnah in eine EDV-Dokumentation der Klinik oder des Wohnbereiches überträgt. Ein anderes Beispiel wäre der Vermerk, wann ein Patient entlassen wurde. Oft verabschieden sich Patienten bei der Pflegekraft, aber sie hat zu dem Zeitpunkt gerade keine Möglichkeit es sofort im EDV-System zu dokumentieren.

8.5.5 Besonderheiten im Heimbereich

Die Belegungsliste für den Heimbereich stellen wir uns ähnlich wie im Klinikbereich vor. Sie enthält ebenfalls Spalten für den Namen, das Geburtsdatum, die Zimmernummer, die pflegerischen Besonderheiten und die eigenen Notizen. Anstelle der Haupt- und Nebendiagnosen kann hier z. B. der Begriff der Erkrankungen verwendet werden, da Bewohner in einem Seniorenheimbereich häufig von chronischen Erkrankungen, wie z. B. einem Diabetes mellitus Typ 2, einer Hypertonie oder koronaren Herzerkrankung und selten von einem akuten Krankheitsgeschehen betroffen sind.

Im Unterschied zur Patientenliste haben wir jedoch die Inhalte/Punkte der Bezugspersonen, des Hausarztes, und der Essenswünsche mit aufgenommen. Begründet ist dies darin, dass es aus unserer Sicht sinnvoll erscheint, im Bedarfsfall schnell zu wissen, wer der Hausarzt oder die nächste Bezugsperson ist. Klingelt z. B. ein demenziell erkrankter Bewohner und möchte, dass die Pflegende die Tochter anruft, er die Nummer aber vergessen oder verlegt hat, so

muss diese nicht erst ins Stationszimmer zurück und die Rufnummer in der Akte nachlesen. Genauso ist auch der Hausarzt aufgeführt, da dieser oft für ärztliche Rückfragen (z. B. während des Stellens der Medikamente) der erste Ansprechpartner ist.

Die „Speisewünsche“ sind als Idee mit aufgenommen worden, weil wir in Befragungen gehört haben, dass Bewohner oft das gleiche zum Frühstück oder Abendessen wünschen und es als störend oder nicht gut informiert empfinden, wenn Pflegende das jeden Tag neu erfragen. Genauso wie bestehende Wünsche sollten hier auch Wunschänderungen schnell erfasst und übertragen werden.

8.5.6 Anpassung und Aktualisierung

Neben unseren Ideen haben sich schon viele Kliniken und auch Autoren mit den inhaltlichen Aspekten solcher Patienten- bzw. Bewohnerlisten beschäftigt. Wegener, der den Akutklinikbereich im Blick hatte, fügte zu den Inhalten einer Patientenliste auch Punkte, wie die Fachabteilung, die Bettplatznummer, den Versicherungsstatus und die ableitenden Systeme (z. B. Drainagen) auf. Letztendlich muss das Team selbst entscheiden, welche Inhalte für den täglichen Übergabestatus erfasst werden sollen.

Abschließend ist zum Thema der Patienten- bzw. Bewohnerlisten zu bedenken, dass im Team besprochen und entschieden werden muss, wer für die Aktualisierung der Liste zuständig ist. Dieses Medium sollte eine Erleichterung darstellen, zeitliche Ressourcen sparen und über den aktuellen Stand auch zur Qualitätssicherung beitragen. Das funktioniert aber nur, wenn die Liste zu jeder Übergabe auf dem aktuellsten Stand ist.

8.6 Teilnehmende Personen

Je nach Form (Bezugsübergabe, Großgruppe, etc.) findet eine Übergabe zwischen zwei oder mehreren Personen statt. In der beschriebenen Form der Bereichs- oder Bezugsübergabe sind immer zwei Pflegekräfte als fest teilnehmende Personen anwesend. Diese können die Übergabe in Anwesenheit des Patienten und ggf. seiner Angehörigen durchführen oder ohne ihn.

Je nach Patientenkontext und den personellen Ressourcen des Teams ist es bei dieser Form gewünscht, dass in regelmäßig, festgelegten Abständen eine Übergabe im „therapeutischen Team“ (multiprofessionelles Team) stattfindet. Ist dies der Fall können auch drei und mehr Personen anwesend sein. Beispielhaft seien hier genannt: Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten. Entscheidet man sich für eine regelmäßige, multiprofessionelle Übergabe, ist es wichtig, dass besprochen und festgelegt wird, welche der verschiedenen Professionen immer und welche bedarfsweise anwesend sein müssen. Übergaben in dieser Form dauern trotz einer guten Vorbereitung und einer Regelmäßigkeit in der Durchführung etwas länger wie „normale“ Übergaben. Dennoch sind sie für den Heilungserfolg und die Arbeitszufriedenheit des Personals enorm wichtig. Nicht selten entstehen in diesen Übergaben ganz neue Ideen für den Patienten. Jeder Mitarbeiter, der am Genesungsprozess beteiligt ist, merkt, wie wichtig seine Einschätzung und sein Beitrag ist. Dadurch werden Mitarbeiter z. B. auf Bedürfnisse und Fort- oder Rückschritte des Patienten aufmerksam, die bisher noch nicht bewusst oder bedeutend waren, weil ein komplettes Bild des Patienten fehlte. Anhand der gleichen oder kontroversen Einschätzungen und der verschiedenen Expertisen kann in einer solchen Übergabe der Pflege- und Behandlungsplan evaluiert und angepasst werden. Neben dem fachlichen Austausch verbes-

sert und optimiert sich oft die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen.

Praxistipp

Überlegen Sie mit Ihrem Team, den zuständigen Ärzten und Vertretern der therapeutischen Berufe ob und bei welchen Patienten bzw. Bewohnern sich eine regelmäßige berufsgruppenübergreifende Übergabe anbietet und in welchen Abständen diese stattfinden soll.

Finden Übergaben in einer Großgruppe des Teams statt, sind alle Pflegenden beider Schichten anwesend. Nach unseren Recherchen sind in solchen Übergaben oft auch noch die Stationsleitung und der Stationsarzt zu gegen. Patienten und Angehörige sind in dieser Form nicht zu finden. Wegner gibt anhand seiner Praxisbeobachtungen hier zu bedenken, dass in erster Linie die Bezugspflegekräfte sprechen und andere an der Übergabe teilnehmende Personen sich nur punktuell beteiligen.

Eine Gruppe die noch nicht erwähnt wurde, aber während einer Schicht im Rahmen der Pflege viel Zeit mit dem Patienten verbringt sind die Auszubildenden. Sie sind oft die ersten, die zu einem Klingelruf des Patienten gehen und sie werden nicht selten mit der Grundpflege und der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beauftragt. Diese Tätigkeiten sind zeitintensiv und Patienten erzählen gerade deshalb den Auszubildenden dann oft Dinge, die sonst gar keiner weiß. Nicht nur deshalb, sondern auch weil Auszubildende über die Anwesenheit in der Übergabe eine Wertschätzung ihrer Person und ihrer Arbeit erfahren, sollten sie unbedingt während der Übergaben anwesend sein. Unabdingbar ist ihre Anwesenheit, wenn sie im Rahmen der Bezugspflege für einen oder mehrere Patienten zuständig waren. Zudem müssen sie das „Übergeben“ eines Patienten erlernen und benötigen dafür

praktische Anlässe und Mitarbeiter, die dies ermöglichen und fördern.

Festzuhalten ist, dass es zu einer Rahmenbedingung gehört, „ständige“ und „bedarfswise Teilnehmer“ einer Übergabe festzulegen. Wie die Zusammensetzung der einzelnen Stationen aussieht, hängt vom Pflegesystem, dem Patientenkontakt und nicht zuletzt von den personellen Ressourcen und Wünschen des therapeutischen Teams ab.

8.7 Patientenkontakt und Übergabedauer

Je nach Klinikausrichtung, Fachbereich und Größe der Station ist ein unterschiedliches Patientenkontakt vorhanden. Versorgt das Personal einer Station z. B. onkologisch oder neurologisch erkrankte Patienten, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Patienten aufgrund der umfangreichen medizinischen Therapie einen längeren Klinikaufenthalt vor sich haben (z. B. Leukämie- oder Apoplex-Patienten). Aufgrund einer längeren Behandlungsdauer sind viele dieser Patienten dem ständig wechselnden Personal bekannt. Das bedeutet, dass die Patienten, die übergeben werden zwar oft einen intensiven therapeutischen Bedarf haben, diese aber nicht täglich neu mit der kompletten sozialen, pflegerischen und medizinischen Anamnese vorgestellt werden müssen.

Anders hingegen kann dies z. B. auf einer gynäkologischen oder chirurgischen Abteilung aussehen. Durch die gesunkene Krankenhausverweildauer werden Patienten bei komplikationsfreiem postoperativem Verlauf zügig mobilisiert und entlassen. Eine Patientin, welche sich aufgrund einer Karzinomkrankung z. B. einer Mastektomie unterziehen muss, ist derzeit im Durchschnitt 3–4 Tage in der Klinik. In solchen Bereichen ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass neben den pflegerischen Maßnahmen nur noch wenige Aspekte ausführlich erläutert werden müssen.

Die eben beschriebenen Ausführungen zum Patientenkontakt haben einen Einfluss auf die Übergabedauer. Nach Lauterbach sind wie ► Kap. 3 erwähnt, auch andere Faktoren für die Übergabedauer relevant: er führt u. a. er die Qualifikation des Pflegeteams und die Qualität der Dokumentation an.

Nach unseren Recherchen ist für die Übergabedauer das zugrunde liegende Pflegesystem entscheidend. Werden Übergaben z. B. in der Großgruppe durchgeführt, so sind alle Pflegenden des Früh- und Spätdiensts anwesend. Beginnt dann eine Pflegekraft mit der Übergabe für ihren Bereich so hören alle mehr oder weniger aufmerksam zu. Darüber hinaus können alle Pflegenden der folgenden Schicht Fragen zu den Ausführungen stellen. Je nach individuellen Pflegeverständnis des Mitarbeiters und dem Bekanntheitsgrad des Patienten im Team haben die Pflegenden auch verschiedene Fragen zu den Ausführungen der übergebenden Pflegekraft. Ist dann geklärt worden, wer in der Folgeschicht den vorgestellten Patienten im Rahmen der Bereichspflege betreut, sinkt die Konzentration der nicht für diesen Patienten zuständigen Pflegekräfte.

Das Pflegesystem der Bereichspflege ist so angelegt, dass eine schichtbezogene Verantwortung für Patienten übernommen wird. Dies wird in der Klinik meist so umgesetzt, dass jede Pflegekraft für die ihr anvertraute Patientengruppe alle Pflegemaßnahmen übernimmt und dann ihre Patientengruppe an die Folgeschicht übergibt. Daraus folgt nach unseren Befragungsergebnissen, dass sich die Pflegenden, die gerade nicht aktiv einen Patienten übergeben, mit anderen Dingen beschäftigen, z. B. Nahrungsaufnahme, private Nebengespräche oder Dokumentation. Da sich alle Pflegenden während der Großgruppenübergabe auch noch in einem Raum befinden, führt das zwangsläufig zu weiteren Störungen, weil kein Ansprechpartner für Patienten, Angehörige und andere Berufsgruppen

zur Verfügung steht. Also wird die Übergabe immer wieder unterbrochen und verlängert sich.

Wir empfehlen daher darauf zu achten, welches Patientenkontext sich überwiegend auf der Station befindet und wie viele Mitarbeiter in Voll- oder Teilzeit beschäftigt sind. Anhand des Rechercheergebnisses wird deutlich, wie oft ein Patient in einer Übergabe komplett oder „nur“ mit seinen aktuellen Pflege- und Zustandsveränderungen vorgestellt werden muss.

Insgesamt sollte eine Bereichsübergabe maximal 60 min andauern. Bei einer solchen Übergabelänge ist zu beachten, dass die volle Konzentration auf beiden Seiten nach ca. 15–20 min nachlässt und nach ca. 30 min noch weiter abnimmt.

8

Fazit

Je länger Übergaben andauern, umso höher ist die Gefahr, dass wesentliche Informationen vermindert aufgenommen werden, da die Konzentration im Verlauf der Übergabezeit abnimmt. Es ist deshalb wesentlich einen Zeitpunkt für den Start der Übergabe, eine Struktur zur Orientierung und eine maximale Dauer vorzugeben.

Im ► Kap. 11 sind zeitliche Richtwerte für die Übergabedauer in einer Tabelle zusammengefasst. Diese berücksichtigen verschiedene Patientenkontexte und den Faktor, ob ein Patient einer Pflegenden bekannt oder unbekannt ist.

Ein Aspekt der bisher bei der Übergabedauer nicht berücksichtigt wurde, ist die Psychohygiene bzw. der psychosoziale Austausch. In ► Kap. 7 wurde bereits dargestellt, warum dieser Punkt für Pflegenden so bedeutend ist. Er sollte deshalb unbedingt für die maximale Gesamtdauer einer Übergabe berücksichtigt werden. Empfehlenswert für diesen Austausch ist eine tägliche Dauer von ca. 5–10 min im Anschluss an jede Bereichsübergabe.

Entscheidend ist allerdings, dass der psychosoziale Austausch zwischen den Mitarbeitern gezielt z. B. anhand der in ► Kap. 7 vorgestellten Fragen erfolgt. Ebenfalls muss bedacht werden, dass dieser kurze Austausch keineswegs eine Supervision oder eine Fallbesprechung ersetzen kann. Er fördert, dass sich Pflegenden darüber bewusst werden, was für sie ein Tageserfolg ihrer Arbeit war und welche Situation sie als besonders belastend erlebt haben. Über den gemeinsamen Austausch kann eine höhere Arbeitszufriedenheit erreicht werden, weil es ein bewusster Austausch ist. Zudem wird deutlich wo eine Fallbesprechung angezeigt ist und wo professioneller Unterstützungsbedarf z. B. in Form einer Einzel- Gruppen- oder Teamsupervision sinnvoll ist (► Kap. 7).

8.8 Übergabezeitpunkt

Anders als die Dauer sind die Zeitpunkte für Übergaben institutionell festgelegt, da eine mündliche Übergabe das Vorhandensein zweier Schichten voraussetzt. Daher finden die meisten Übergaben in den Überlappungszeiten der Dienste statt:

- Übergabe vom Nachtdienst zum Frühdienst: 6:00 Uhr,
- Übergabe vom Frühdienst zum späteren Früh- oder Mitteldienst: ca. 7:00 oder z. B. ca. 11:00,
- Übergabe vom Frühdienst zum Spätdienst: ca. 13:00,
- Übergabe vom Spätdienst zum Nachtdienst: ca. 20:30.

» Der Auslöser für eine Übergabe ist also nicht primär inhaltlicher, personeller oder bedürfnisorientierter Natur, sondern ist durch eine arbeitsrechtliche Maßnahme determiniert. (Lauterbach 2008)

Nach dem Nachtdienst muss die Übergabe, sobald der Frühdienst da ist, beginnen, da ansonsten die zulässige Arbeitszeit der

nachtdiensthabenden Pflegekraft überschritten und ungewollte Mehrarbeitszeit angesammelt wird. Ähnlich ist es bei der Übergabe vom Früh- zum Spätdienst. Beide Schichten überlappen sich meist 1–1,5 h. Das bedeutet, dass in dieser Zeit die Übergabe stattfinden muss. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Übergaben im Durchschnitt 38 min andauern, ist auch hier nicht viel Spielraum.

Sollte für eine Station ein konkreter Übergabezeitpunkt festgelegt werden? Dies ist mit „Ja“ zu beantworten, da ein fixer Zeitpunkt Pflegenden bei der Arbeitsplanung unterstützt. Ein konkreter Übergabezeitpunkt garantiert beiden Schichten (Dienstende und Dienstbeginn), dass die Übergaben immer zur gleichen Zeit stattfinden. Durch diese Routine entstehen Sicherheit und Kalkulierbarkeit. Die Sicherheit kann sich z. B. darauf beziehen, dass eine Pflegekraft unmittelbar nach ihrem Dienstantritt weiß, welche Patienten sie an dem Tag versorgen wird und mit welchen Herausforderungen und Routinetätigkeiten sie rechnen kann.

Weiterhin ist ein fester Zeitpunkt sinnvoll, um keine Pflegenden in eine oft als unangenehm empfundene „bittende“ Situation zu bringen. Eine solche Situation entsteht immer dann, wenn eine Pflegenden eine Übergabe wünscht, die aktuell zuständige Pflegekraft aber den dringenden Wunsch nach einer Pause verspürt oder sie z. B. erst noch andere Tätigkeiten erledigen möchte.

Lauterbach hat in seiner Studie dazu beobachtet, dass Pflegenden, die keinen klaren Übergabezeitpunkt haben, durch einige sog. „Trigger“ versuchen, die Übergabe vorzunehmen, dies aber unterschiedlich lang oder kurz dauern kann, bis diese beginnt. Als Trigger wurde z. B. genannt, dass eine wortführende Pflegekraft mit der Übergabe beginnt, aber andere Pflegenden dies nicht sofort wahrnehmen. Es besteht zwar der Wunsch der wortführenden Pflegekraft eine Übergabe vorzunehmen, aller-

dings fehlt bei dieser Methode die direkte Information oder Aufforderung an andere Pflegenden. Hierdurch entsteht Unzufriedenheit.

8.9 Entwicklung eines Übergaberituals

Übergaben haben selten einen festen Anfangs- und Endzeitpunkt. Wie bereits erwähnt stellte Lauterbach aber fest, dass Pflegenden Möglichkeiten entwickelt haben, um zu signalisieren, dass eine Übergabe stattfinden soll. Das Signalisieren findet häufig indirekt statt. Im Pflegealltag klingt das in etwa so: *„Können wir jetzt Übergabe machen?“* oder auch *„Mein Gott heute ist echt viel los, ich kann dir aber gleich erst einmal eine Übergabe geben.“*. Ebenfalls kann es innerhalb des Pflegeteams als umgehend stattfindende Übergabesituation gedeutet werden, wenn eine Art Übergabetisch im Aufenthaltsraum hergerichtet wird. Darauf befindet sich dann oft frischer Kaffee und manchmal auch Kuchen oder Gebäck sowie die Patientenunterlagen in Form einer Akte („Kadex“). Zudem werden noch Patientenlisten („Übergabezettel“) auf die Mitte des Tisches gelegt.

Neben dem unklaren Beginn der Übergabe ist ja auch oft nicht klar, wo die Übergabe an diesem Tag stattfindet, wer alles teilnimmt und wie lange sie dauert. Ursachen für diese Unklarheiten sind die geringe Berücksichtigung der Thematik sowohl in den Bildungseinrichtungen für Pflege als auch in der Pflegeliteratur. Die Entwicklung eines Übergaberituals kann dazu führen kann, das Übergaben gezielt begonnen und beendet werden.

Dabei geht es allerdings nicht um eine Zeremonie, sondern darum, dass die Stationsleitung oder die Pflegenden selbst ein Medium nutzen, um zu signalisieren, dass jetzt oder zu einem konkreten absehbaren Zeitpunkt die pflegerische Übergabe

beginnt. Wichtig ist dabei, dass ein neues Medium gefunden wird und nicht eins zur Anwendung kommt, welches im Stationsalltag schon existiert (z. B. ein Klingelruf). Dieser könnte in den Gedanken der Pflegenden mit dem Patientenruf verbunden werden und zum Einen irreführend sein und zum Anderen auch „gewöhnlich“ wirken. Damit wäre die Signalwirkung aufgehoben.

- Rituale schaffen Orientierung und lenken die Konzentration auf das aktuell Wesentliche. Es ist deshalb empfehlenswert ein kurzes Übergaberitual zu entwickeln und einzuführen.

8

Ideen für ein kleines Übergaberitual sollte jedes Team selbst entwickeln, da dadurch die Bereitschaft zur Umsetzung und Einhaltung deutlich höher ist, als wenn ein Ritual vorgegeben wird. Denkbar wäre, dass täglich zur selben festgelegten Zeit ein „Gong“ ertönt (z. B. über eine Klangschale) oder die Stationsleitung über die Patientenrufanlage der Station durchsagt, dass in 10 min die Übergabe beginnt. Dadurch wüssten die Pflegenden, dass sie in 10 min für die Übergabe zur Verfügung stehen müssen. Ebenso würden auch Angehörige, Patienten und andere an der Pflege beteiligte Berufsgruppen sensibilisiert werden. Sie könnten wichtige Fragen und Bedürfnisse dann noch kurz klären und äußern. In der anschließenden Übergabe würde es dadurch sicher zu weniger Störungen kommen.

Weiterhin kann zu einem Übergaberitual gehören, dass es einen festen Platz für die Patientenlisten (Übergabezettel) gibt und die Pflegenden sich diesen selbst immer unmittelbar vor die Übergabe abholen. Anschließend führen sie die Übergabe anhand des Standards der Station durch. Im direkten Anschluss an die Übergabe kann eine

Sanduhr eingesetzt werden, um sich zeitlich bewusst und gezielt mit Unterstützung der Karten zur Psychohygiene auszutauschen (► Kap. 7). Mithilfe der Sanduhr kann die Übergabe aktiv beendet werden und es besteht nicht die Gefahr einer destruktiven Kommunikation. Diese entsteht wenn die Probleme und zwischenmenschlich negativ erlebten „Teambefindlichkeiten“ ausgetauscht werden.

Sicher kann ein Ritual auch kritisch gesehen werden. Allerdings ist aus fachlicher Sicht folgendes zu bedenken:

- » Das menschliche Gehirn liebt Gewohnheiten. Es versucht nicht nur, neue Handlungen möglichst rasch zu automatisieren, sondern schüttet auch körpereigene Belohnungssubstanzen aus, wenn es routiniert handeln darf.“ (Roth 2012, zitiert durch Jeminenz 2012)

Rituale geben Sicherheit und helfen bei der Bewältigung von Stresssituationen. Sie stellen laut der Psychologin Meike Watzlawik ein wichtiges Sicherheitsnetz dar (Watzlawik, zitiert durch Driessen 2014). Dieser Aspekt ist in der Übergabesituation bedeutsam, da die Übergabe eine Situation ist, die oft mit Stress einhergeht. Lauterbach zog in seiner Untersuchung u. a. dieses Fazit:

- » „Übergaben sind Situationen, in denen Entscheidungen delegiert oder auf der Basis unsicherer Umstände getroffen werden.“ (Lauterbach 2008)

Allein in dieser Aussage werden schon zwei bedeutende Stressoren von Übergaben benannt. In diesem Fall beziehen sie sich auf Schwachstellen im Informations- und Wissensmanagement. Dies bestätigte auch die Next-Studie, wonach eine hohe Unzufriedenheit hinsichtlich des Informationsgehaltes in Übergaben besteht.

8.10 Speisen und Getränke in Übergaben

Sobald die pflegerische Übergabe stattfindet, haben viele Pflegekräfte auch das Bedürfnis nach einem Getränk. Besonders frischer Kaffee, scheint unabhängig von der jeweiligen Schicht, für viele von ihnen unerlässlich zu sein. Nicht selten ist dies auch der Moment, in dem viele Pflegenden den Wunsch nach einer Süßigkeit oder generell einem Nahrungsmittel verspüren. Die von uns befragten Pflegenden bestätigten nahezu einheitlich diese Bedürfnisse. Auch Lauterbach stellte dies in seiner Untersuchung fest. Schnell fragt man sich an der Stelle nach dem „Warum?“.

Gründe für den Verzehr von Getränken und Nahrungsmitteln

- Das gehört einfach dazu
- Warmer Kaffee oder Tee für ein kurzes Sammeln und zur Ruhe kommen
- Es ist einfach schön und unterstützt die Konzentration
- Frischer Kaffee als „Willkommensgruß“ oder „guter Start“ für die neue Schicht
- Begleiter bei Wunsch nach kurzem Austausch privater Natur bevor es losgeht
- Genereller Hunger oder Durst bedingt durch fehlende Pausen

Viele von Ihnen können diese Gründe sicher nachvollziehen und werden auch weiterhin nicht auf Getränke und Speisen während der Übergabe verzichten wollen. Kritisch ist dabei allerdings zu sehen, dass der Verzehr von Speisen und Getränken während der Übergabe Störungen mit sich bringt. Diese wirken sich ungünstig auf die Konzentration der Mitarbeiter aus. Die folgende Übersicht zeigt Störfaktoren auf, die in diesem Zusammenhang ermittelt wurden und

zeitliche Ressourcen, die dadurch verloren gehen.

Störfaktoren und Ressourcenverluste durch Nahrungsaufnahmen in Übergaben

- Störender Geräuschpegel durch Tassen, Tellerklirren und Umrühren der Getränke
- Wiederholte Unterbrechungen bedingt durch Bitten um Milch, Zucker, etc.
- Verzögerte Anfangszeit der Übergabe bedingt durch Warten auf Kaffee, Tee, etc.
- Verlängerte Übergabedauer durch das Anrichten, Verteilen und Essen der Speisen
- Verlängerte Übergabedauer durch Feedback und Austausch zu den Speisen, die von Kollegen zubereitet und mitgebracht wurden
- Gefahr des Informationsverlusts durch gleichzeitige Konzentration auf das Zuhören, Mitschreiben und Essen

Nach diesen Ergebnissen ist die Anwesenheit von Speisen während der Übergabe nicht (mehr) zu empfehlen. Sollte ein Team auch weiterhin nicht auf Nahrungsmittel während der Übergabe verzichten wollen, so sind z. B. mehrere kleine Schalen von „Studentenfutter“ auf dem Tisch zu empfehlen. Dieser Snack fördert die Konzentration und unterstützt damit die Gedächtnisleistung (Gerstemeier 2015). Zudem verhindert die Aufnahme solcher Snacks das störende Klirren und Klappern während des Essens.

Bei der Anwesenheit von Getränken kann eine Kompromisslösung erfolgen. Dies ist darin begründet, dass Trinken nachweislich die Konzentration fördert. Jeder Mensch sollte täglich bis zu ca. zwei Liter zuckerarme Flüssigkeit zu sich nehmen,

da Flüssigkeitsmangel zu Kopfschmerzen und verminderter Konzentration führen kann (Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2014). Unerlässlich dafür ist allerdings, dass die Getränke beim Beginn der Übergabe trinkfertig sind.

- Pflegekräfte, die sich erst beim Beginn der Übergabe ihre Getränke holen und zubereiten sind für mitarbeiterbedingte Störungen der Übergabe und dadurch auch für unstrukturierte und verlängerte Arbeitsabläufe verantwortlich.

8.11 Ziel und Effekt des Türschilds „Bitte nicht stören“

8

Wer kennt das nicht? Man hat eine, aus persönlicher Sicht, wichtige Frage an jemanden Anderen. Diese möchte man natürlich auch schnell beantwortet haben. Im Stationsalltag haben Angehörige, Patienten, Ärzte oder anderes Personal solche wichtigen Fragen an Pflegekräfte. Angehörige gehen mit ihrer Frage dann oft zielgerichtet auf die Tür des Stationszimmers zu, um das Pflegepersonal zu kontaktieren. Doch das möchte jetzt nicht gestört werden. Im günstigen Fall steht auf dem Türschild *„Bitte nicht stören hier findet gerade eine Patientenübergabe statt, melden sie sich bitte in ca. 30 min bei uns. Danke für Ihr Verständnis.“*

Ein solches Hinweisschild verringert im Vergleich zu Stationen, die kein Türschild benutzten, die Störungen, verhindert diese aber nicht (Untersuchung von Wegener 2011). Trotz der Türschildinformation kann es sein, dass ein Patient, ein Angehöriger oder andere Berufsgruppen weiterhin dringend Unterstützung/Informationen benötigen und die Übergabe trotzdem gestört wird (Walther 1997). Besonders häufig kommt es zu Störungen durch Anrufer oder durch Patienten, die sich in ihrem Zimmer

befinden und klingeln, diese wissen nicht, dass gerade eine Übergabe stattfindet.

Hier wird wieder deutlich, wie sinnvoll nacheinander, stattfindende (Bereichs-) Übergaben sind, um mindestens immer zwei Ansprechpartner für Patienten, Anrufer etc. in der Übergabesituationen zur Verfügung zu haben.

Im ungünstigen Fall ist bezogen auf den Wunsch der ungestörten Übergabe die Tür des Stationszimmers einfach zu und auf dem Schild steht: „Bitte nicht stören!“. Leider wissen berufsfremde Personen nicht, wann sie sich erneut melden sollen oder, und das ist oft noch ärgerlicher, sie kommen trotzdem ins Zimmer und nehmen den Eindruck nach viele Pflegende wahr, die in einer „netten Runde“ bei Kaffee und Kuchen zusammensitzen und sich nicht um die Patienten und die Anliegen der Angehörigen kümmern.

Praxistipp

Fertigen Sie ein gut sichtbares und freundlich gestaltetes Türschild für die Übergabezeit an. Beachten Sie, dass darauf vermerkt ist, von wann bis wann die Übergabe stattfindet und an wen sich Patienten oder andere Personen mit Fragen wenden können. „Bitte nicht stören! – Übergabe!“ ist nicht hilfreich!

Eine andere ungünstige Variante ist, wenn die Tür „einfach nur“ zu ist und sich gar keine Information an der Tür befindet, aber alle Pflegenden bei einem vorsichtigen Anklopfen durch eine Glasscheibe schauen und den Kopf schütteln, um zu zeigen, dass eine Störung jetzt unpassend ist. In diesem Fall wissen v. a. Angehörige und Patienten nicht, was sie tun sollen und fangen oft an zu gestikulieren, worauf die Pflegenden mit Gestik und Mimik antworten. Die nicht gewollte Störung ist trotz verschlossener Tür eingetreten.

Abschließend ist eine Kombination, bestehend aus einem Türschild und ► Kap. 7 vorgeschlagen einer Durchsage der Stations- oder Schichtleitung zu empfehlen, um anzuzeigen, dass eine pflegerische Übergabe stattfindet. Dadurch können Störeffekte signifikant verringert, aber nicht vollständig abgestellt werden.

Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2014) Richtig trinken – Fit bleiben. ► <https://www.dge-medianservice.de/richtig-trinken.html>. Zugegriffen: 14. Jan. 2017
- Driessen B (2014) Warum Rituale so wichtig für uns sind. ► <https://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article134827355/Warum-Rituale-so-wichtig-fuer-uns-sind.html>. Zugegriffen: 29. März 2023
- Gerstemeier A (2015): Studentenfutter soll gut für die Konzentration sein – stimmt das denn, sind Nüsse wirklich so gesund? ► <http://www.food-watch.org/de/informieren/frage-des-monats/studentenfutter-soll-gut-fuer-die-konzentration-sein-stimmt-das-denn-sind-nuesse-wirklich-so-gesund/>. Zugegriffen: 29. März 2023
- Jeminenz F (2012) Warum es hilft wenn die Milch rechts steht. ► <https://www.welt.de/gesundheit/psychologie/article106140349/Warum-es-hilft-wenn-die-Milch-immer-rechts-steht.html>. Zugegriffen: 29. März 2023
- Lauterbach A (2008) Da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergaben in der Pflege. Books on Demand, Norderstedt
- Walther S (1997) Im Mittelpunkt steht der Patient? Übergabegespräche im Krankenhaus. Thieme, Stuttgart
- Wegener M (2011) Die Pflegeübergabe im Akutkrankenhaus. Ablauf, Struktur und Funktion für die Teilnehmer. Grin, Norderstedt

Übergabe am Patientenbett

Inhaltsverzeichnis

- 9.1 Visite und Pflegevisite – 126**
- 9.2 Was ist eine Pflegevisite – 127**
- 9.3 Arten der Pflegevisite – 129**
 - 9.3.1 Pflegevisite als Dienstübergabe mit dem Patienten – 129
 - 9.3.2 Pflegevisite als Führungsinstrument – 130
 - 9.3.3 Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument – 130
 - 9.3.4 Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten – 131
 - 9.3.5 Weitere Formen der Pflegevisite – 133
- 9.4 Ablauf der Pflegevisite – 133**
 - 9.4.1 Die Vorbereitung – 133
 - 9.4.2 Die Durchführung – 134
 - 9.4.3 Die Nachbereitung – 135
- 9.5 Vor- und Nachteile der Pflegevisite – 136**
- Literatur – 138**

9.1 Visite und Pflegevisite

Die Pflege von Menschen wird immer differenzierter und individueller. Viele Informationen müssen von den Pflegekräften in immer kürzerer Zeit aufgenommen und verarbeitet werden. Die Verweildauer von Patienten innerhalb einer Klinik muss immer kosteneffizienter und somit kürzer werden. Da bedarf es einer guten Struktur der aktuellen Informationen, deren Dokumentation und Weitergabe, um Datenverluste zu minimieren. Dazu werden immer neue Dokumentationsprogramme entwickelt, die der Pflege helfen sollen, diese Angaben ohne Informationsverlust zu strukturieren. Sie werden abrufbar gemacht und gewähren eine große Nachhaltigkeit. Diese EDV-gestützten Programme bieten den Vorteil, dass Informationen schnell weitergegeben werden können, Überleitungsberichte entfallen, da die Patientendaten jederzeit abrufbar sind. Allerdings müssen die Daten erst gesammelt, angelegt und zugeordnet werden. Oft fehlt es am technischen Verständnis der Pflegepraxis, diese Angaben vom Patienten lückenlos zu erheben und systematisch einzupflegen.

In unterschiedlichen Bereichen der Pflege erfolgt eine Übergabe unmittelbar am und mit dem Patienten. Man versteht sich als Pflegeteam, in dem der Patient selbst mit beteiligt ist. Die vielen Vorteile dieser Übergabeform liegen auf der Hand. In der Pflegepraxis wird dies allerdings immer noch zu selten, und wenn, als Projekt oder Modell durchgeführt. Was in der Intensivpflege alltäglich ist, findet auf einer Normalstation immer noch schwer Anklang. Insbesondere der Begriff „Pflegevisite“ wird für den direkten Informationsaustausch von Pflegepersonal und Patienten als unüblich angesehen.

Der Begriff der Visite ist gesellschaftlich klar dem Arzt zugeordnet. Der Arzt visitiert den Patienten, das war historisch gesehen schon immer so. Warum sollte daher

die Pflegekraft auch eine Visite durchführen? Der Patient selbst empfindet das, aufgrund der gesellschaftlichen Prägung, als unnötig. Äußerungen wie: „*Das macht doch nachher alles der Herr Doktor!*“, sind alltäglich. Der Arzt selbst verbindet den Begriff der Visite mit seiner ärztlichen Tätigkeit. Die Pflegekraft tut sich schwer, direkt am Patienten eine Visite aus pflegerischer Perspektive durchzuführen. Auch hier steht die berufliche und gesellschaftliche Prägung im Vordergrund. Es muss daher zu einem klaren Perspektivwechsel zwischen Ärzten und Pflege kommen.

Die ärztliche Visite ist allen als morgendlicher Besuch des Arztes am Krankenbett bekannt. Hier werden in wenigen Minuten die Diagnose und Therapie des Patienten besprochen. Individuelle, ganzheitliche Gesundheitsaspekte werden nicht betrachtet. Die Pflege muss daher ganz klar unter einer anderen Fragestellung ihre „Visite“ bzw. Übergabe am Bett gestalten. Pflegerische und patientenzentrierte Besonderheiten, sowie die Evaluation des Pflegeprozesses stehen hier im Mittelpunkt. Es wird weniger über, als vielmehr mit dem Patienten gesprochen. Seine Belange werden erfragt, aufgenommen und in die pflegerische Versorgung integriert. Das zu verfolgende Ziel ist es, die individuellen Probleme zu erkennen und sie durch die analysierten Ressourcen aufzufangen. Die Pflege und andere unterstützende Berufsgruppen, wie z. B. Ergotherapie, greifen lediglich im Rahmen der Selbstpflegedefizite ein. Die abgeleiteten pflegerischen Maßnahmen werden somit von der professionellen Pflegekraft benannt, mit dem Patienten besprochen und im Pflegeplan festgelegt.

Das Pflegesetting ist zunächst irrelevant. Egal ob der Mensch im Krankenhaus, zu Hause oder im Altenheim versorgt wird, eine Problemerkennung ist in jedem Setting nötig und durchführbar. Hier greift auch die gesetzliche Grundlage, im Sozialgesetzbuch XI § 7a ist das Recht des

Pflegebedürftigen auf Pflegeberatung festgelegt. Somit gilt die gesetzliche Grundlage auch für die nötige Umsetzung einer Pflegevisite oder Pflegeübergabe am Bett. Die unmittelbare Beteiligung des betroffenen Menschen selbst ist unabdingbar und von höchster Bedeutung. Nur so kann eine Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit beim betroffenen Menschen selbst erfolgen.

9.2 Was ist eine Pflegevisite

Die Pflegevisite wird immer wieder als Instrument des Qualitätsmanagements der Pflege tituliert. Hierbei wird kein Unterschied zwischen Altenpflege, Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege gemacht. Im klassischen Sinn besteht eine Pflegevisite aus einem Besuch von mindestens zwei Pflegekräften bei einem Patienten aus den benannten Pflegesettings, bei dem im Gespräch der Bedarf nach einer pflegerischen Unterstützung analysiert wird.

Im Blickwinkel der Betrachtung steht die gemeinsame Einschätzung von Pflegekraft und Patienten über die Fortschritte im Umgang mit der Gesundheitsstörung und die daraus resultierenden Pflegeinterventionen. Es macht Sinn, die Situationsbetrachtung immer durch mindestens einen Pflegeexperten durchführen zu lassen. Er ist in der Lage, sein Erfahrungswissen einzubringen und die Situation für einen Pflegeneuling transparent darzustellen. Der Begriff der Pflegevisite existiert seit ca. 35 Jahre. Seit den 1990iger Jahren gibt es erste konzeptuelle Definitionen. Hier wird der Begriff einerseits als Führungs- oder Supervisionsinstrument verstanden, andererseits wird die Beteiligung des Patienten bei dem Entscheidungsfindungsprozess in den Mittelpunkt gestellt.

Eine einheitlich festgeschriebene Definition gibt es nicht, auch ein Expertenstandard oder Ähnliches existiert nicht zur Pflegevisite.

Der DBfK hat folgende Definition festgelegt:

» Die Pflegevisite ist ein inhaltlich und gestalterisch flexibles Instrument zur Überprüfung der Umsetzung des Pflegeprozesses sowie der Sicherung und Weiterentwicklung von Pflegequalität. Die Pflegevisite erfolgt in festgelegten Abständen auf der Basis von strukturierten Gesprächen und Beobachtungen im direkten pflegerischen Umfeld durch Pflegekräfte, unter Mitwirkung des Klienten und ggf. seiner Angehörigen bzw. Bezugspersonen. (DBfK 2016)

Die Vorteile sind klar zu benennen, da der Patient direkt in das therapeutische Team einbezogen werden kann. Es findet eine Aufwertung des Bildes der Pflege in der Gesellschaft statt. Eine Pflegekontinuität am Menschen ist gegeben und wird in regelmäßigen Abständen artikuliert. Die Übergabe wird detailgetreuer und vollständiger. Die Informationsweitergabe erfolgt fast ungestört und lückenlos. Die Pflegevisite selbst wird mit einer Regelmäßigkeit durchgeführt, die individuell festgelegt werden kann. Sie kann als tägliches Instrument eingeführt werden oder einmal pro Woche ausführlicher erfolgen. Beide Varianten eignen sich regelmäßig. Es handelt sich um ein festgelegtes Verfahren, das mittels eines Gesprächs mit dem Patienten erfolgt. Gesprächsgegenstand ist der Pflegeprozess, der bezogen auf seine Informationserhebung, Problemendarstellung, Zielfestlegung und Maßnahmenumsetzung evaluiert betrachtet wird.

Der Patient selbst bringt seine Ressourcen selbst ein, sie müssen nicht wie üblich von der Pflegekraft benannt werden. Sie sind somit authentisch und für den Patienten selbst ein hoher Motivator, das Pflegeziel zu erreichen. Insbesondere bei der Berücksichtigung der Pflegemaßnahmen kann die Art und Häufigkeit direkt mit dem Patienten selbst besprochen werden. Eine

unmittelbare Einbeziehung der Ressourcen erfolgt daher automatisch. Der Patient selbst kann zur Umsetzung und Frequenz der durchzuführenden Maßnahmen Stellung beziehen. Er erkennt für sich die Sinnhaftigkeit der ausgewählten Maßnahmen, kann die Wirksamkeit benennen und aktiv an der Evaluation seines Genesungserfolgs teilnehmen. Die Verantwortlichkeit liegt durch die Transparenz der Maßnahmen eindeutiger beim Patienten selbst.

Ein Rollenumdenken der Pflegekraft wird angestoßen. Der Patient ist an seiner Genesung aktiv beteiligt, die Pflegekraft übernimmt die Funktion des Beraters und Begleiters in diesem Prozess. Sie zeigt als Experte Handlungsalternativen auf und verdeutlicht die Auswirkungen für den Patienten. Dieser hingegen legt klar fest, wie häufig er selbst eine prophylaktische Maßnahme durchführen kann, um z. B. das Thromboserisiko zu minimieren. Der Umfang der Pflegevisite in der Praxis hängt von dem Pflegesetting und der gewählten Form der Visite ab. Mögliche Formen werden im Anschluss genauer dargestellt, allerdings zeigt die Praxis, dass sich ein modulares System bewährt hat.

► Der Vorteile der Pflegevisite sind:

- Einbezug der Patienten in das therapeutische Team,
- Aufwertung des Berufsbilds Pflege in der Gesellschaft,
- Gewährleistung einer Pflegekontinuität,
- die Übergabe wird detailgetreuer,
- lückenlose Informationsweitergabe,
- sie ist als tägliches Instrument einführbar,
- der Patient ist an Genesungsprozess aktiv beteiligt.

Es ist zeiteffizienter und umfasst einzelne Bausteine, wie Pflegeplanung, Assessments, Aufnahme, Expertenstandards etc., die

dann individuell auf die Situation des Klienten angewendet werden können. Somit ist die Durchführung in bestimmten Situationen umfassender und in anderen wiederum zeitsparender. Es existiert immer ein identisches Basismodul, was bei allen Patienten durchgeführt wird.

Gerade in Heimsettings wird zwischen einer regelhaften und einer anlassbezogenen Pflegevisite unterschieden. Bei allen Patienten wird regelmäßig einmal im Jahr eine umfassende Visite durchgeführt und bei Patienten, die einen komplexeren Pflegebedarf vorweisen, erfolgt die Visite dem Anlass entsprechend häufiger. Mit einer institutionell verankerten Durchführung der Pflegevisite werden unterschiedliche Ziele verfolgt. Im Fokus steht immer die Erhöhung der Patientenzufriedenheit durch die individuelle Anwendung des Pflegeprozesses und Transparenz der gesundheitlichen Risikobereiche. Wie auch bei den Vorteilen schon erwähnt, liegt das elementare Ziel zugrunde, den Patienten aus seiner passiven Rolle hin zu einem aktiv bestimmenden Menschen zu resozialisieren. Das Bewusstsein zu stärken, dass der eigene Genesungsprozess von einer persönlichen Aktivität geprägt ist und der Mensch selbst dafür die Verantwortung trägt.

Wird das Instrument der Pflegevisite in den Alltag implementiert, obliegt die Durchführung und die Entscheidung darüber der betreuenden Pflegekraft. Diese legt zusammen mit dem Patienten die Pflegemaßnahmen fest, die auf Verbesserung der Lebensqualität, Selbstbestimmung und Prävention ausgerichtet sind. Im Rahmen der Evaluation der festgelegten Pflegemaßnahmen ist es sinnvoll, diese durch eine externe Pflegekraft durchführen zu lassen. Eine Fremdperspektive einzubringen, kann gerade eine Monotonie aufdecken und hebt das qualitative Ergebnis. Die Verantwortung für die Einhaltung und Durchführung der gewählten Pflegemaßnahmen trägt die betreuende Pflegekraft.

9.3 Arten der Pflegevisite

Die Pflegebasis empfindet die traditionelle Übergabe in ihrer Form und Struktur immer mehr als unbefriedigendes Instrument. In verschiedensten Bereichen hat sich daher schon die Pflegevisite als gute Alternative zur Übergabe etabliert. Das Verlegen der Dienstübergabe in das Patientenzimmer beweist sich mehr und mehr als effizientes Mittel, um aktuelle Informationen weiter zu geben. Im Folgenden werden wir Ihnen einen Überblick über unterschiedliche Arten der Pflegevisite geben, um Handlungsalternativen für Ihre Pflegepraxis abwägbar zu machen.

9.3.1 Pflegevisite als Dienstübergabe mit dem Patienten

Mittlerweile hat die Pflegepraxis für sich erkannt, dass die Benennung der Pflegeprobleme des Patienten im Austausch erfolgen muss. Es gibt daher grundlegende Strukturelemente, die bei der Übergabe mit dem Patienten berücksichtigt werden müssen. Dazu gehört zu Beginn eine Vorstellung der zuständigen Pflegekraft. Der Patient muss wissen, wer der Ansprechpartner für seine Belange ist. Im Anschluss erfolgt eine Information über die wichtigsten pflegerischen und medizinischen Interventionen sowie eine Erfassung der aktuellen Befindlichkeit des Patienten. Zusammen werden wichtige Pflegeprobleme besprochen und Maßnahmen festgelegt oder angepasst. Zum Abschluss können offene Fragen beantwortet und auf individuelle Aspekte eingegangen werden. Die Informationen, die für das gesamte Pflegeteam relevant sind, können im Anschluss in einer kurzen gemeinsamen Dienstübergabe besprochen, oder für alle schriftlich fixiert werden.

Der größte Vorteil liegt für alle Pflegekräfte auf der Hand: Sie hören nicht nur die aktuellen Probleme des Patienten, sondern können sich sofort mit dem Patienten ein komplexeres Bild über die Auswirkungen und die Relevanz machen. Im Rahmen eines Schmerz-Assessments kann eine verbale subjektive Einschätzung über die Pflegekraft mündlich interpretativ weitergegeben werden, aber eine direkte Einschätzung durch den Patienten selbst verdeutlicht die tatsächliche Situation objektiver. Hierbei verbessert sich nicht nur der Informationsfluss zwischen den Pflegekräften, sondern der Patient erfährt sofort ein Gefühl der Wertschätzung und Sicherheit. Das Gespräch erfolgt selbstverständlich mit dem Patienten und nicht über ihn. Hierbei ist zu beachten, dass nicht zu viele Personen aus unterschiedlichen Fachbereichen dabei sind. Das führt zu einer deutlichen Verunsicherung des Patienten, ebenfalls ist eine Priorisierung durch ihn selbst erschwert möglich.

Im Gespräch selbst kann ein medizinisch-naturwissenschaftlich orientierter Inhalt die Ausführungen des Patienten hemmen, da er ggf. die Inhalte gar nicht versteht. In der stationären Akutversorgung sollte daher vermehrt darauf geachtet werden, dass Gesprächsinhalte auf das Patientenkontext angepasst werden. Hinzu kommt die Gestaltung des Gesprächsrahmens. Die künstliche Schaffung einer Distanz zwischen Pflegekraft und Patient ist eher störend für das Gespräch. Eine sitzende Position mit Blick zum Patienten ist anzuraten. Die klassisch stehende Position am Bettende mit Blick auf den Patienten herab, versteckt hinter diversen Kadexmapen, sollte der Vergangenheit angehören. Durch eine offene Gestik und Mimik wird der Patient zum Erzählen angeregt und die Informationen können schnell miteinander ausgetauscht werden.

Diese Form der Pflegevisite hat eine hohe Akzeptanz und ist dementsprechend in der Pflegelandschaft weit verbreitet. Es muss sich bei der Durchführung nicht an eine wesentlich andere Struktur gewöhnt werden. Das Dokumentationssystem bleibt das gleiche, es findet lediglich eine örtliche Verlagerung vom Stationszimmer ins Patientenzimmer statt. Der Veränderungsaufwand ist minimal, es müssen eher die groben Rahmenbedingungen entsprechend angepasst werden.

Fazit

Der Patient braucht eine klare Information über:

- ─ Ansprechpartner,
- ─ zukünftige pflegerische und medizinische Interventionen,
- ─ Erfassung seiner aktuellen gesundheitlichen Situation.

9

9.3.2 Pflegevisite als Führungsinstrument

Führt man die Pflegevisite als Führungsinstrument ein, ist die Beteiligung der leitenden Pflegekräfte Voraussetzung. Sie dient mehr als Qualitätssicherungsinstrument und wird auch als Kontrollinstanz der Pflege durch die übergestellte Pflegeebene gesehen.

Der Patient selbst wird eher in passiver Form mit einbezogen, d. h. es wird mehr über ihn gesprochen als mit ihm. Daher muss die Durchführung auch nicht unbedingt am Bett erfolgen, sondern kann an andere Orte ausgelagert werden. Auch ist der Patient nicht selbst der Initiator der Visite, sondern die leitende Pflegekraft. Sie nimmt nicht nur in der Rolle als Vorgesetzter teil, sondern v. a. in der Rolle als Pflegeexperte. Daher kommen ihr die Aufgaben zu, die Leitung des Gesprächs zu übernehmen,

aber auch die Wirkung der geplanten Pflegeinterventionen zu evaluieren. Daher kann sich die Durchführung der Pflegevisite an einem dreiphasigen Ablauf orientieren.

- ─ In der ersten Phase wird die Situation zwischen den beteiligten Pflegekräften vorbesprochen.
- ─ Anschließend wird der Patient zur Situation in einem festgelegten Zeitfenster befragt.
- ─ In der dritten Phase wird die Pflegeplanung entsprechend der Aussagen des Patienten und der Einschätzung der Pflegeexperten angepasst.

In der ersten und dritten Phase ist der Patient nicht mit dabei. Somit bleibt das Recht auf umfassende Information und Selbstbestimmung des Patienten unberücksichtigt. Diese Art der Pflegevisite kann sinnvoll sein, wenn das Pflegeteam eher jung und unerfahren ist und eine Flankierung durch einen Pflegeexperten von beiden Seiten als wichtig gesehen wird. Als reine Kontrollinstanz über die korrekte Durchführung der Pflegemaßnahmen kann man diese Art der Pflegevisite nicht mehr anwenden, da gerade auf Leitungsebene ein Bezug zur tatsächlichen Pflegebasis nicht mehr gegeben ist. Sie kann auch die Intention der Transparenz zur Pflegeleitung verfolgen. Dann übernimmt allerdings die Pflegekraft die Leitung der Pflegevisite und die leitende Pflegekraft hat die Rolle des stillen Zuhörers und kann anschließend organisatorische Entscheidungen treffen und für Fragen zur Verfügung stehen.

9.3.3 Pflegevisite als Qualitätssicherungsinstrument

Die Pflegevisite wird immer wieder als Instrument zur Sicherung der Pflegequalität erwähnt und genutzt. Beleuchtet man den Begriff allerdings genauer, wird deutlich, welches Ziel aus Sicht Pflegemanage-

ment verfolgt werden soll. Mit dem Begriff „Qualität“ verbinden viele Menschen Eigenschaften wie „gut“ oder „von hohem Wert“. Im Rahmen der Pflegevisite geht es allerdings nicht um einen „besonderen Wert“, sondern lediglich um eine Erfüllung von definierten Anforderungen eines Prozesses. Dieser festgelegte Prozess orientiert sich an bestimmten Maßgaben, die über eine Qualität der Pflege eine Aussage treffen können. In den meisten Fällen geht es um die Feststellung des Ist-Stands, der in der Regel nicht den festgelegten Qualitätskriterien entspricht oder davon abweicht. Durch benannte Maßnahmen, die umgesetzt werden müssen, erfolgt im nächsten Schritt eine Verbesserung des Ist-Stands. Durch eine anschließende Evaluation wird in der Regel diese Verbesserung festgestellt und eine positive Aussage zur Pflegequalität getroffen.

Ein Instrument hierfür ist die Pflegevisite. Wird sie genutzt, um Pflegequalität abzubilden, muss nach einem einheitlich entwickelten Konzept vorgegangen werden und eine objektive Evaluation erfolgen. Durch die Pflegevisite können einzelne Schritte der prozesshaften Pflege systematischer betrachtet werden. Es kann weiterhin der Fragestellung nach der Angemessenheit sowie der zu erwartenden Wirkung der ausgewählten pflegerischen Maßnahmen nachgegangen werden. Somit wird deutlich, dass die Pflegevisite nicht das einzige Instrument einer Institution zur Abbildung der Pflegequalität sein kann.

Fazit

Der Patient wird eher als passiv betrachtet, da diese Form von der Führungskraft als Überprüfung der Pflegequalität genutzt wird. Die Initiative geht von der leitenden Pflegekraft und nicht vom Patient aus. Daher muss diese Form der Visite nicht örtlich an den Patienten gebunden sein.

9.3.4 Pflegevisite als Instrument zum Miteinbezug der Patienten

Wird die Pflegevisite als Informationsaustausch zwischen Pflegekraft und Patient betrachtet, stehen die Bedürfnisse des zu pflegenden Menschen klar im Vordergrund. Der Patient nimmt selbst eine aktiv gestalterische Rolle für seinen Genesungsprozess ein und die Pflegekraft berät ihn aufgrund ihrer fachlichen Expertise. Der Grundgedanke dieses Ansatzes basiert auf dem Verständnis, dass jeder Mensch für sich entscheidungsfähig ist, seine Bedürfnisse artikuliert und für sich selbst ein Verantwortungsbewusstsein übernimmt. Der Mensch entwickelt ein Gefühl für sich und seinen Zustand. Er ist nicht abhängig von medizinischer Versorgung, die auf ein Defizit ausgerichtet ist, dieses versucht zu beseitigen und anschließend der vorherige Zustand wiederhergestellt ist.

Es ist notwendig, den Menschen zu ermuntern, selbst seinen aktuellen Zustand nachzufühlen und daraus einen Unterstützungsbedarf zu benennen. Der Patient erspürt somit seine Situation, wird in die Lage versetzt, diese emotional nachzuempfinden und durch die Klarheit seiner Situation befähigt, seine Ressourcen zur Zustandsverbesserung zu finden. Die persönliche Situation steht im Vordergrund und bewirkt ein aktives Handeln. Passivität, im Sinne dass dem Menschen gesagt wird, was er zu tun hat, verschwindet aus dem Genesungsprozess mehr und mehr. Durch diesen Ansatz ist diese Art der Pflegevisite eine nicht-direktive Beratung nach Carl Rogers der Folgendes dazu ausführte:

- » Wirksame Beratung besteht aus einer eindeutig strukturierten, gewährenden Beziehung, die es dem Klienten ermöglicht, zu einem Verständnis seiner selbst, in einem Ausmaß zu gelangen, das ihn befähigt, aufgrund dieser neuen Orientierung positive Schritte zu unternehmen. (Rogers 1972).

Dieser Ansatz zieht eine Haltungsveränderung der Pflegekräfte nach sich, um dem Patienten eine „gewährende Beziehung“ anbieten zu können. Für eine gelungene Beratungssituation müssen die elementaren Ansätze von Echtheit und Kongruenz nach Rogers umgesetzt werden. Weiterhin muss der Pflegenden ein Verständnis für den Patienten zu entwickeln, dass dieser selbst die Verantwortung für sein Tun und Handeln übernimmt und die Pflegekraft auf der Ebene der fachlichen Kompetenz berät und unterstützt. Auch ein einführendes Verstehen für die Belange des Patienten und seiner individuellen Situation gehören dazu. Primär wirkt dies wenig konkret, aber dahinter steckt die Notwendigkeit der Pflegekraft eine Bereitschaft zu entwickeln, das Leid und das Erleben mit seinen Bedeutungszusammenhängen des Patienten authentisch aufzunehmen und mit ihm zusammen zu bearbeiten. Eine Interpretation wie *„Frau Nöhlig kann nach so vielen Medikamenten keine Schmerzen mehr haben!“* ist überholt und unangemessen.

- Die größte Herausforderung für die Pflegekraft ist es jedoch, dem Patienten genau diesen Ansatz zu vermitteln.

Durch die gesellschaftliche Prägung ist der Patient passiv – zumindest die ältere Generation. Hier ist es sicherlich eine Herausforderung, dem Menschen durch die Anwendung der benannten Haltung diese Selbstverantwortung zu verdeutlichen. Gerade die ältere Generation ist durch unser Gesundheitssystem passiv geprägt und macht das, was ihr der Arzt sagt. Eine Konfrontation mit dem eigenen Defizit sind sie nicht gewohnt. Bewirkt die Pflegekraft dann noch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Situation, ist das plötzlich ein persönliches Dilemma. Die gesellschaftliche Rolle der Pflegekraft ist als helfende Hand definiert und nicht als Berater der eigenen Leidensgeschichte. Das wirft zu Beginn der Pflege-

beziehung für beide Seiten Konflikte auf, die allerdings bewältigt werden können. Die junge Generation ist für sich selbstbestimmter, hinterfragt Situationen und setzt sich mit sich selbst auseinander. Somit wird sich zukünftig eine Veränderung der Patientenrolle und der Rolle der Pflegenden einstellen. Die Pflegekraft, für die eine Auseinandersetzung mit sich selbst zum Leben dazu gehört und der fragende Patient, der für sich so reflektiert ist, dass er mehr und mehr mit Krankheit umgehen kann.

Egal auf welche Generation die Pflegekraft trifft, der Grundsatz sollte immer sein, dass der Patient der Experte seiner Situation ist und die Pflegekraft nicht durch ihre Erfahrungen oder erlerntes Wissen diese Rolle übernimmt. Somit treffen bei dieser Form der Pflegevisite zwei Experten mit unterschiedlichen Perspektiven aufeinander. Auf der einen Seite der Patient als Experte für seine Krankheit und auf der anderen Seite die Pflegekraft als Experte für die Gesundheits- und Krankenpflege. Beide Sichtweisen können nur durch einen vorgeplanten Ablauf ausgetauscht werden. Ein gradliniges „Ursache – Wirkung – Denken“ seitens der Pflegekraft führt nicht zu einer Problemerkfassung. Die ganzheitliche Denkweise steht im Mittelpunkt. Spricht man in diesem Kontext von Ganzheitlichkeit, ist damit die Bereitschaft gemeint, möglichst viele Pflegephänomene zu analysieren.

- Es geht nicht darum, dass sich die Pflegekraft in die Patientensituation emotional einfühlt und sich gänzlich dem Patienten unterordnet. Sondern um eine größtmögliche Übereinstimmung bei der Benennung der Pflegephänomene zur Entwicklung einer vergleichbaren Wahrnehmung der Problemfelder.

Das unterstreicht noch mal mehr, dass in einer komplexen Pflegesituation eine Denkweise nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip nicht indiziert ist.

Unabhängig von den anderen Formen der Pflegevisite, ist diese sicherlich die zeitgemäße. Sie erkennt die aktuellen Bedürfnisse des Menschen, erzieht ihn zur Selbstständigkeit und Verantwortungsübernahme und greift die aktuelle Veränderung der Professionalisierung der Pflege auf. Sie versteht sich als Qualitätsinstrument und wagt einen ersten Schritt, um Pflegehandlungen als Alleinstellungsmerkmal sichtbar zu machen. Eine Verknüpfung mit vorhandenen und neu zu entwickelnden Pflegediagnosen ist erwünscht und komplettiert die Wichtigkeit der eigenständigen Pflege.

Fazit

Der Mensch selbst soll dazu ermutigt werden, seinen aktuellen Zustand nachzufühlen und seinen individuellen Unterstützungsbedarf festzulegen. Die Pflegekraft übernimmt eine nicht-direktive Beratungsrolle und strukturiert die Bedürfnisse des Menschen. Beide Seiten fungieren als Experten: der betroffene Mensch als Experte für seine aktuelle Situation und die Pflegekraft als Experte für die pflegerische Versorgung.

9.3.5 Weitere Formen der Pflegevisite

Eine Pflegevisite kann in weiteren unterschiedlichen Formen durchgeführt werden (■ Tab. 9.1).

■ Tab. 9.1 verdeutlicht die Vielfalt der unterschiedlichen Formen und Arten der Pflegevisite. Als Ersatz zur Übergabe sollte daher eine institutionelle Auswahl erfolgen und eine Strukturbeschreibung die Haltung und das Vorgehen klar definieren. Auch hierbei ist es sinnvoll, diese zusammen mit den Pflegekräften zu erstellen, die anschließend mit dieser Vorgabe arbeiten werden. Es ist auch möglich, unterschiedliche Visi-

tenarten für eine Einrichtung zu benennen, gerade da der Aspekt der kollegialen Reflexion für bestimmte Institutionen, wie im ambulanten Setting, sehr sinnvoll ist.

9.4 Ablauf der Pflegevisite

Die Durchführung einer Pflegevisite muss gut geplant sein. Ein wichtiges Kriterium ist der Bereich, Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung, in dem die Visite umgesetzt werden soll. Ist die Art und Form der Pflegevisite bestimmt, muss im nächsten Schritt eine Ablaufstruktur festgelegt werden, an der sich die Übergabe am Bett orientiert. Für jede der im Vorfeld erwähnten Visiten lässt sich ein individuelles Vorgehen ableiten, aber drei Phasen werden für alle gleichermaßen beschrieben. Diese Phasen sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

9.4.1 Die Vorbereitung

Der Zeitpunkt der Visite muss festgelegt werden. Dies kann mit dem Patienten in Absprache erfolgen und ggf. werden, wenn nötig, Angehörige dazu eingeladen. Der Patient erhält am Tag der Pflegevisite eine klare Information über evtl. Veränderungen des Pflegeablaufs, da bestimmte Pflegeprobleme in der Visite besprochen werden sollen und er dafür z. B. nicht mobilisiert werden kann. Die Pflegekraft übernimmt die organisatorische Vorbereitung, sodass alle nötigen Formalitäten vorliegen und ein separater Raum oder das Patientenzimmer angemessen vorbereitet ist.

Die Pflegevisite soll nicht kurz vor Beginn direkt im Pflegesetting vorbereitet werden. Gerade die häusliche Pflege verleitet dazu, da die benötigte Pflegedokumentation direkt beim Patienten vorliegt. Es ist ratsam, die Vorbereitung und die grobe Vorplanung in einem freien Zeitfenster durchzuführen, um die Pflegesituation

Tab. 9.1 Formen der Pflegevisite

Visitenform	Typische Merkmale
Mikrovisite	Teilnehmende sind ausschließlich der Patient und die Pflegekraft
	Wird nur nach Bedarf durchgeführt
	Terminiert
Makrovisite	Teilnehmende sind das ganze interdisziplinäre Team
	Angehörige können hinzugezogen werden, Grundlage ist ebenfalls das komplette Dokumentationssystem
Dokumentationsvisite	Überprüfung der gesamten Dokumentation ohne Anwesenheit des Patienten
Externe Visite	Wird von einer externen Person durchgeführt (Beispiel: MDK)
	Qualitätsprüfung durch den MDK in der Einrichtung dient auch einer Qualitätsanalyse innerhalb der Einrichtung durch externe Beauftragte
Supervidierende Visite	Findet Anwendung im ambulanten Bereich
	Anwesende sind die Pflegedienstleitung und die Pflegebezugskraft
	Nach einer Problembenennung findet eine gemeinsame Analyse statt
	Erarbeitung einer Problemlösung
Ambulante Visite	Angekündigte Pflegevisite durch die Pflegedienstleitung Sie findet mit dem Patienten, Angehörigen, Pflegekraft und Pflegedienstleitung statt, wobei diese die Moderation übernimmt
Kollegiale Visite	Erfolgt einmal täglich am Patientenbett zwischen Früh- und Spätdienst
	Alle Schichtzugehörigen sind anwesend
	Im Krankenhaus praktikierbar

aktuell zu durchdenken und kreativ und inspiriert in die Visite zu gehen. Die Vorbereitung dient in erster Linie der Information aller Beteiligten. Aufgrund der Vielschichtigkeit der Pflegevisite im Rahmen der Hauskrankenpflege und der knapp bemessenen Ressourcen sollen Pflegevisiten so geplant werden, dass diese gut in den Arbeitsalltag integriert und mit anderen Aktivitäten kombiniert werden können, z. B. gemeinsam mit einer anstehenden Zielevaluation. Je nach Anzahl der zu betreuenden Klienten wird das Führen eines Pflegevisitenkalenders empfohlen, um den Überblick zu behalten. Die Phase der Vorbereitung umfasst folgende Kriterien: Der Patient wird vorab über den Termin, Zweck, Dauer und Art der Durchführung informiert. Sollte es erforderlich sein, dass Angehörige

oder andere Berufsgruppen, die am Genesungsprozess des Patienten beteiligt sind, hinzugezogen werden müssen, werden diese ebenfalls von der Pflegefachkraft im Vorfeld informiert. Alle benötigten Materialien und Dokumente werden bereitgehalten. Da die Pflegevisite ein durch die Pflege selbst bestimmtes und selbständig durchgeführtes Verfahren der Qualitätssicherung ist, muss sie daher nicht von Dritten genehmigt werden.

9.4.2 Die Durchführung

Die Durchführung findet zusammen mit dem Patienten in seinem Pflegesetting statt. Das kann die Station im Krankenhaus sein, in seinem persönlichen Umfeld oder aber

auch im Pflegestützpunkt. Zu beachten ist, dass die Pflegevisite eine andere zeitliche Taktung erfordert als die klassische Form der Übergabe. Sie benötigt manchmal sogar mehr Zeit und es ist nicht immer sinnvoll, sie in der Mittagszeit zum klassischen Schichtwechsel durchzuführen. Hier muss institutionell gerade im stationären Bereich darüber nachgedacht werden, wann ein Informationsaustausch zwischen den Pflegekräften angemessen und sinnvoll ist. Da sich in derzeitigen Pflegesetting aber auch die Arbeitsintensität klar verändert, macht es Sinn, über die Arbeitsplanung zum Beispiel in der Akutpflege nachzudenken und in diesem Kontext ein neues Übergabeinstrument einzuführen. Die Dauer der Visite ist abhängig von der gewählten Art und Form, sollte allerdings nicht länger als 15 min dauern.

Die Pflegevisite beginnt immer mit einem persönlichen Gespräch zwischen allen Beteiligten. Die Methode des aktiven Zuhörens wird berücksichtigt, damit die Belange des Patienten auch wahrgenommen werden. Zu Beginn des Gesprächs wird der Patient über die Rahmenbedingungen informiert. Anschließend wird das aktuelle Befinden, die Bedürfnisse und Zufriedenheit des Patienten in Form eines strukturierten Gesprächs und in Abstimmung des vorliegenden Pflegeprozesses festgestellt. Eine Beurteilung des Unterstützungsbedarfs des Patienten wird zuerst vom betroffenen Menschen selbst benannt. Nach einer genauen Betrachtung durch die Pflegekraft gibt es eine Schnittmenge der Problemfelder. Es erfolgt eine Bewertung der ermittelten Ergebnisse anhand der festgelegten Qualitätskriterien und somit auch die Veränderung und Anpassung der Pflegeziele für den weiteren Prozess. Dem Patienten wird durch die Pflegekraft eine kurze Zusammenfassung der weiteren Pflegemaßnahmen vorgestellt. Wichtige Maßnahmen werden einvernehmlich von der Pflegekraft stichwortartig im vorliegenden Protokoll fi-

xiert, die Ergebnisse werden zusammengefasst und verdeutlichen somit die Bereiche, in denen ein höherer Handlungsbedarf für den Patienten besteht. All dies werden abschließend in der Pflegedokumentation aufgenommen und festgehalten.

9.4.3 Die Nachbereitung

Die Nachbereitung der Visite sollte, ähnlich wie die Vorbereitung, nicht vor Ort stattfinden. Sie dient mehr der Reflexion des Gesamtgeschehens, der Besprechung von mitarbeiterbezogenen Maßnahmen, der Planung, Einleitung und Durchführung von notwendigen Veränderungen und der weiteren Dokumentation der Pflegevisite. Die Veränderung und Planung von Pflegemaßnahmen erfolgt immer auf Basis der persönlichen Gewohnheiten des Patienten und wird in die Pflegeplanung aufgenommen, damit eine Umsetzung schnellstmöglich erfolgen kann. Das Ergebnis der Pflegevisite ist für alle anderen Pflegekräfte nachzulesen bzw. wird in der nächsten Übergabe benannt. Im Anschluss kann es je nach Pflegebereich Sinn machen die Ergebnisse mit einer leitenden Pflegekraft zu besprechen.

Anschließend kann ein Evaluationstermin festgelegt werden. Dieser ist abhängig von der Verweildauer des Patienten in der Institution. Im akuten Bereich erfolgt die Evaluation wesentlich zeitnaher als im Langpflegebereich. Das Ziel ist in allen Bereichen identisch, das es immer um die Wirksamkeit der geplanten Pflegemaßnahmen geht. Hier sollte der Frage nach der Effektivität und der Durchführbarkeit nachgegangen werden. Im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Institution kann anhand von festgelegten Kennzahlen eine regelmäßige Auswertung erfolgen, so z. B. inwieweit die Pflegevisite zum festgelegten Ergebnis führt. Sind die Protokolle und Dokumente des Verfahrens aussagekräftig und zur Abbildung des

Pflegebedarfs geeignet. Erfolgt eine gleichbleibende, regelmäßige Umsetzung der Pflegevisite in der Institution und gelingt es, die Angehörigen mit in die Pflegeprozessplanung einzubeziehen? Ist es überhaupt möglich, die Zufriedenheit des Patienten zu erfassen und gibt es dafür eine Bemessungsgrundlage. Werden Handlungsfelder der Pflege deutlich, in denen sich ein großer Bedarf abzeichnet und ist es mit dem derzeitigen Personalschlüssel möglich eine qualitative Pflegevisite mit allen Vorgaben durchzuführen. Die Ergebnisse und Verbesserungspotenziale der Prozessevaluation werden dokumentiert und für die Statistik der Institution festgehalten.

An die direkte Nachbereitung kann sich auch eine Fallbesprechung im Pflegeteam anschließen. Gerade bei belastenden oder herausfordernden Pflegesituation ist der Austausch wichtig, auch eine Art der kollegialen Beratung kann sich aus schwierigen Erlebnissen mit dem zu pflegenden Menschen ergeben. Dafür sollte immer Raum geschaffen werden, damit die Pflegekraft nicht mit den problembehafteten Situationen allein gelassen wird. Auch bietet die abschließende Reflexion eine Möglichkeit, Bildungs- Anleitungs- oder Schulungsbedarf der Pflege aufzuzeigen. Insbesondere wenn deutlich wird, dass bestimmte Pflegekonzepte beim Patienten nötig sind, die von der Pflegekraft selbst, aufgrund nicht vorhandener Kompetenzen, nicht geleistet werden kann. Bei diesem Vorgehen der Pflegevisite nimmt die Rolle der Pflegekraft eine wichtige Bedeutung ein. Im Vorfeld haben wir schon die einzunehmende Haltung der Pflegekraft beschrieben, es ist aber weiterhin wichtig, dass die Pflegekraft dieses Instrument nicht als Kontrollmittel versteht, sondern als persönliche Kompetenzerweiterung. Es wird aufgezeigt, in welchen pflegerischen Kontexten ein Fortbildungsbedarf besteht, der für die Erreichung der individuellen Pflegeziele des Patienten wichtig ist.

Die Einführung von klaren Feedback-Regeln ist hier eine gute Möglichkeit.

Ein Feedback wird von allen als eine Stärkung und Förderung aufgenommen und nicht als Maßregelung oder Machtinstrument interpretiert. Entwickeln Sie zur Einführung der Pflegevisite einen klaren Leitfaden, der die wichtigsten Inhalte auf einer Seite zusammenfasst. Geben Sie sich Zeit zur Vorbereitung der Visite (► Abschn. 9.4.1). Schulen sie ihre Mitarbeiter für die Durchführung, die Pflegekräfte machen ihre Erfahrungen mit dem neuen Verfahren und evaluieren Sie die Struktur. Reden Sie mit und nicht über den Patienten und wenden Sie eine narrative, also eine erzählende Gesprächstechnik an.

Praxistipp

Um einen strukturierten Ablauf der Pflegevisite zu gewährleisten muss vorher die Art und Form der Pflegevisite festgelegt werden. Anschließend erfolgt die Durchführungen in den Klassen drei Phasen:

1. Vorbereitung (nicht am Patient): kreatives Durchdenken der pflegerischen Versorgung, Planung der Beteiligten Personen-/Berufsgruppen, Dokumentation.
2. Durchführung (am Patient): Bedürfniserfassung des Patienten, Bewertung der vorliegenden Pflegeergebnisse, Zielanpassung, Maßnahmenevaluation, Dokumentation.
3. Nachbereitung (nicht am Patient): Reflexion der Pflegevisite, bei herausfordernden Situationen kann sich eine Fallbesprechung oder kollegiale Beratung anschließen.

9.5 Vor- und Nachteile der Pflegevisite

Insgesamt lässt sich feststellen, dass in der vorliegenden Literatur überwiegend Vorteile der Pflegevisite beschrieben werden. Dies mag daran liegen, dass die meisten

Publikationen auf Erfahrungsberichten und Fallbeschreibungen nach erfolgter Einführung basieren. Ein großer Vorteil liegt in der Unterstützung und Präzisierung des Pflegeprozesses und in der verbesserten Informationsweitergabe, vorwiegend innerhalb der eigenen Berufsgruppe. Weiterhin wird als Vorteil die Einbeziehung von Patienten in den Pflegeprozess aufgeführt. Diese drei Vorteile stehen in unmittelbarer Verbindung zur Qualitätssicherung der Pflege.

Im Zusammenhang mit der Einbeziehung des Patienten wird darauf hingewiesen, dass diese vom Gesundheitszustand abhängig und individuell für jede Pflegevisite zu entscheiden ist. Bei der Einbeziehung von pflegenden Angehörigen bzw. Bezugspersonen anstelle der Patienten ist zu beachten, dass diese keinen Ersatz oder Stellvertreter darstellen, sondern immer nur aus ihrer Sicht als Angehörige bzw. Bezugspersonen sprechen können.

Die Pflegevisite wird in allen Berichten eindeutig als Instrument zur Sicherung und Kontrolle von Qualität erfahren. Nur wenige Untersuchungen beschäftigen sich mit Nachteilen oder Problemen, die explizit aus der Anwendung der Pflegevisite resultieren. Probleme werden vorrangig in der Umsetzung, z. B. im Ausmaß der zeitlichen/personellen Ressourcenbindung, und in der Frage der Vertraulichkeit und Schweigepflicht gesehen. Die genannten Nachteile werden fast ausschließlich für den stationären Bereich und die Pflegevisite in Mehrbettzimmern thematisiert.

Generell gilt für die Pflegevisite, dass sie bei Einführung den strukturellen Rahmenbedingungen einer Pflegeeinrichtung angepasst werden muss. Sie darf auf keinen Fall im Schnellverfahren eingeführt werden, eine Einführungszeit von ungefähr einem Jahr ist realistisch. Pflegekräfte müssen sich mit dem Prozess der Pflegevisite identifizieren können, daher ist es besonders wichtig, innerhalb des Pflegeteams die Einstellung und Haltung zur Pflege zu thema-

tisieren und alle Beteiligten bei einer möglichen Veränderung Unterstützung anzubieten. Im Rahmen der Wiederholung einer Pflegevisite bzw. einer regelmäßigen Durchführung ist die Zeitspanne wichtig – Qualität vor Quantität.

Es tauchen auch immer wieder Schwierigkeiten bei der Einführung, Durchführung und Weiterführung der Pflegevisite auf. Patienten sind Individualisten, daher wird es nicht immer gelingen, mit dem Patienten eine gemeinsame Kommunikationsbasis zu finden. Die Hauptgründe dafür sind meist Antipathie, egal auf welcher Seite diese entsteht, oder auch eine mangelnde Informationsweitergabe an den Patienten. Es ist davon abzuraten, die Visite dann trotzdem durchzuführen. Eine emphatische Basis ist Voraussetzung, um mit dem Patienten ins Gespräch zu kommen. Es ist in einem solchen Fall ratsam, eine andere Pflegekraft mit der Visite zu beauftragen oder im schlimmsten Fall diese unabhängig vom Patienten evtl. mit den Angehörigen durchzuführen.

Es taucht immer wieder die Frage nach dem richtigen Zeitpunkt auf. Zum einen ist dieser von institutionalen Bedingungen und Gegebenheiten abhängig und zum anderen von einer sorgfältigen Planung der Pflegekraft. Sie entscheidet, mit welchen Patienten, wie oft und wie lange eine Pflegevisite indiziert ist und v. a. sinnvoll erscheint.

Gerade bei Patienten, die schnell wieder entlassen werden, ist eine ausführliche Visite ein klarer Ressourcenverschwender. Hier kann eher auf klassische Übergabevarianten ausgewichen werden.

Bei Patienten, die einem Pflegegrad zugeordnet sind, erscheint es wesentlich sinnvoller eine ausführliche Visite zu initiieren, um dann anhand der weiteren Pflegeplanung die weitere Durchführungsfrequenz festzulegen. Es muss eine klare Abgrenzung zwischen der Übergabe am Bett und der Pflegevisite gemacht werden. Die Form der Übergabe am Bett ist ein täglicher Besuch beim Patienten, bei dem es

um eine Berichterstattung der tagesaktuellen Geschehnisse geht. Die Pflegevisite hingegen findet nicht täglich statt, sondern zu festgelegten, geplanten Zeiten. Es wird die gesamte Situation des Patienten unter pflegerischen Kriterien betrachtet und analysiert.

Literatur

- DBfK (2016) Praxisheft Leifaden zur Pflegevisite. 5. Auflage. DBfK Nordost.
- Heering C (2018) Das Pflegevisiten-Buch. Hans-Huber, Bern
- Hellmann S, Rößlein R (2011) Pflegevisite in Theorie und Praxis für die ambulante und stationäre Pflege. Schlütersche, Hannover
- Joskus H (2011) Gute Dienstübergabe gestalten. CNE. fortbildung 01:2–6
- Lauterbach A (2008) ...da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergabe in der Pflege. Books on Demand, Norderstedt
- NN (2020) I Care Pflege, 1. Aufl. Thieme, Stuttgart
- Panka C (2013) Die Pflegevisite als Steuerungsinstrument im Pflegeprozess. Hpsmedia, Nidda
- Seiz-Göser C (2017) Die Pflegevisite. ► https://www.aok-verlag.info/de/media_db_objects/inline/0x0/0/767/PDCA_Auszug_Kapitel_4-2.pdf. Zugegriffen: 29. März 2023



Rechtliche Aspekte der Informationsweitergabe

Inhaltsverzeichnis

- 10.1 Gibt es eine Dokumentationspflicht? – 140**
- 10.2 Sinn und Zweck der Dokumentation – 141**
 - 10.2.1 Sicherheit – 141
 - 10.2.2 Arbeitsinstrument – 141
 - 10.2.3 Archivierung – 142
- 10.3 Rechtliche Grundlagen für die Weitergabe von Informationen – 142**
- 10.4 Rechtliche Folgen – 143**
- 10.5 Inhalt der Pflegedokumentation – 144**
- 10.6 Erfahrungen aus den Befragungen – 145**
 - Literatur – 146**

10.1 Gibt es eine Dokumentationspflicht?

Eine rechtliche Grundlage für das Übergabegespräch an sich gibt es nicht. Lediglich eine Dokumentationspflicht von pflegerelevanten Daten des Patienten. Diese liegt einem Urteil des Bundesgerichtshofs zugrunde, der Ende der 1980er Jahre ein Urteil zur Dokumentationspflicht von ärztlichen Informationen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung gefällt hat. Aus diesem Urteil ergab sich die sog. Beweislastumkehr, d. h., die Einrichtung (Arzt bzw. Pflege) ist dafür verantwortlich, eine professionelle Pflege nachzuweisen. Somit besteht erst seit knapp 25 Jahren eine gesetzliche Grundlage, in der Anforderungen an eine Pflegedokumentation erhoben wurden. Das Pflegepersonal muss eine sachgerechte Pflege, eine Betreuung und Versorgung im Rahmen der Dokumentation darstellen und diese dadurch beweisen können. Bis dahin gab es weder eine Grundlage für die Dokumentation, noch welche Informationen im Rahmen von Übergaben wichtig und bindend sind. In sog. Übergabebüchern wurden Ereignisse und Daten festgehalten, die oft noch nicht einmal patientenbezogen zugeordnet werden konnten. Es kam häufig zu Übertragungsfehlern, Doppeldokumentationen und subjektiven Zustandsbeschreibungen. Viele Informationen wurden gar nicht weiter gegeben bzw. blieben bei der betreuenden Pflegekraft.

Anhand unserer Vorerfahrungen und der Befragung unter den Pflegenden wurde klar deutlich, dass rechtliche Grundlagen im Rahmen der Patientenübergabe völlig unbekannt sind. Lediglich der Datenschutz, z. B. bei offen liegenden Dokumenten oder Patientenakten im Dienstzimmer, wurde kurz thematisiert. Insgesamt herrscht große Unklarheit, wenn es um die rechtlichen Aspekte bei der Informationsweitergabe im Rahmen von Übergabegesprächen, Patientendaten und Datenweitergabe an Dritte geht. Wir

möchten Ihnen in diesem Kapitel einen Einblick in die Grundlagen der rechtlichen Perspektiven im Rahmen der Übergabe und der Dokumentation von Patientendaten geben und aufzeigen, welche Daten wie festgehalten und geschützt werden müssen.

An dieser Stelle ist auch der Bezug zur aktuellen, generalistischen Pflegeausbildung herzustellen. Im Pflegeberufegesetz wird auch nicht die gesetzliche Grundlage zur Dokumentation geregelt, allerdings stellt es weitere Bezüge zur Dokumentation der Berufsgruppe her. Hervorzuheben ist hier der § 4 Vorbehaltene Tätigkeiten. Hier wird klar geregelt, dass die folgenden Tätigkeiten nur von einer Pflegefachfrau/Pflegefachmann durchgeführt werden dürfen. Es handelt sich dabei um die Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs, die Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses und die Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege. Im weiteren wird klar definiert, wie die Vorbehaltenen Tätigkeiten der Pflege in der Ausbildung vermittelt werden sollen. In Absatz drei heißt es dazu, dass die Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen ausführlich erlernt und angewendet werden soll. Hierzu finden die didaktischen Prinzipien aus dem Rahmenlehrplan ihre Berücksichtigung. Im Rahmen der Erhebung und Feststellung des individuellen Pflegebedarfs ist eine Dokumentation klar erforderlich. Um einen Pflegebedarf festzulegen, muss die professionelle pflegerische Intervention in einem festgelegten Zeitraum dokumentiert sein. Auf dieser dokumentierten Grundlage kann eine individuelle Ableitung von Interventionen erfolgen. Das bedeutet, dass die Pflegefachkraft im Rahmen der Ausbildung in diversen Pflegesettings eine effektive und qualitative Dokumentation erlernen muss, um genau diese Bedarfe in einem Verlauf dazustellen. Das beinhaltet auch die Organisation, Gestaltung und

Steuerung des Pflegeprozesses. Hier wird deutlich, dass professionell Pflegende zum einen den individuellen Pflegerahmen nachvollziehen müssen und zum anderen im Rahmen der prozesshaften Pflege eine Dokumentation über alles nötigen Pflegemaßnahmen erfolgen muss. Eine Pflegefachkraft muss daher den Pflegeprozess nicht nur beherrschen, sondern ihn auf Grundlage von diversen Pflegediagnosen auch auf die berufliche Handlung in diversen Settings anwenden können. Dies beinhaltet die Dokumentation im Rahmen des Pflegeprozesses, denn dieser weist im sechsten Schritt explizit die Beurteilung der Pflege aus. Diese zwei benannten Vorbehaltsaufgaben der Pflege machen deutlich, wie wichtig eine genaue Patientendokumentation ist und vor allem gesetzlich begründet ausschließlich von Pflegefachkräften durchzuführen ist. Die Beurteilung der Pflege, und damit die Verlaufsdocumentation, kann und darf nur eine Pflegefachkraft vornehmen. Durch sie wird der individuelle Pflegebedarf deutlich und kann fachlich begründet dargestellt werden.

10.2 Sinn und Zweck der Dokumentation

Eine Übergabe ist ohne eine korrekt durchgeführte Dokumentation undenkbar. Wichtige Informationen müssen belegt, verschriftlicht und abrufbar sein, um eine qualifizierte Übergabe an die nächste Pflegekraft durchführen zu können. Im Rahmen der Dokumentation werden drei wichtige Funktionen erfüllt:

- Die Sicherheit des Patienten ist von elementarer Bedeutung.
- Im Weiteren dient sie als Grundlage und somit als wichtigstes Arbeitsinstrument für die Pflege.
- Eine Verschriftlichung der Dokumentation wird zum Abschluss archiviert und steht somit für eine weitere Pflege immer wieder zur Verfügung.

10.2.1 Sicherheit

Patientennahe Daten müssen schnell verfügbar und abrufbar sein. Beim heutigen Zeitmangel ist dies oft eine Herausforderung für Pflegekräfte. Durch EDV-gestützte Dokumentations – und Übergabeprogramme ist es häufig einfacher möglich diese Daten abzurufen und weiterzugeben. In der Praxis gibt es aber immer noch getrennt genutzte Systeme von Arzt und Pflegekraft, was einer qualitativen Übergabe und professionellen Patientenversorgung entgegensteht. Wird ein Dokumentationssystem von allen an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen (Pflege, Arzt, Physiotherapie etc.) genutzt, kann hier auch eine sichere und verlaufsorientierte Informationsweitergabe erfolgen.

Das Wichtigste im Rahmen der Dokumentationspflicht ist die Abwendung und Minimierung von Schäden für den Patienten. Es ist daher elementar, dass eine Patientendokumentation für eine Übergabe u. a. eine Risikoermittlung und Bewertung des Patienten beinhaltet. Es muss eine einheitliche Pflegevorgehensweise bei bestimmten Risiken deutlich werden. Die festgelegten Pflegemaßnahmen müssen sich an neusten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen orientieren. Nicht zu unterschätzen ist die haftungsrechtliche Absicherung der Pflege durch eine genaue Dokumentation und Informationsweitergabe. Hier wird schnell deutlich, dass die Berücksichtigung einzelner Schritte aus dem Pflegeprozess unumgänglich ist.

10.2.2 Arbeitsinstrument

Der Arbeitsalltag einer Pflegekraft ist geprägt von unzähligen Informationen. Sie nimmt diese auf, filtert sie unbewusst automatisch nach Art und Relevanz und entscheidet, welche dieser Informationen in der Übergabe weitergegeben werden. Eine Wertigkeit der Informationen legt die

Pflegekraft selbst fest. Damit wichtige Informationen nicht verloren gehen, werden diese festgehalten und in der Patientendokumentation notiert. Die Dokumentation ist daher eine Gedächtnisstütze für die Pflegekraft und so können Informationen später gelesen und nachvollzogen werden. Insbesondere, wenn diese von allen an der Pflege beteiligten Berufsgruppen genutzt wird, muss sie auch für alle nachvollziehbar sein.

- Professionelle Pflegedokumentation als Basis für die Übergabe entspricht gesetzlichen Ansprüchen und muss sicherstellen, dass durchgeführte Handlungen am Patienten begründet und nachvollzogen werden können.

Absprachen und Anweisungen müssen nachvollziehbar sein und die Pflegehandlung am Patienten muss überprüfbar gemacht werden. Der Informationsaustausch kann nur lückenlos sichergestellt sein, wenn Ereignisse auf besondere Situationen des Patienten für alle Beteiligten nachvollziehbar sind. Im Rahmen einer Übergabe muss es möglich sein, aufgrund der dokumentierten Informationen prospektiv und retrospektiv das pflegerische Handeln zu verdeutlichen.

10.2.3 Archivierung

Alle pflegerischen und medizinischen Unterlagen, wie z. B. Patientenakadex, Therapieabläufe, Untersuchungsbefunde etc., eines Patienten müssen mindestens zehn Jahre (in besonderen Fällen dreißig Jahre) archiviert werden. Die Archivierung der Informationen hat häufig eine rein medizinische Bedeutung und weniger eine pflegerische. Pflege bezieht sich viel zu häufig auf die aktuelle Situation des Patienten. Rückschlüsse auf zurückliegende Pflegephänomene werden in der Regel selten berücksichtigt. Für eine professionelle Pflege wäre

dies allerdings genauso wichtig, wie die Berücksichtigung der momentanen Situation des Patienten. Eine Archivierung von Daten und ein entsprechendes Abrufen dieser Informationen sind sinnvoll für die Erfassung von pflegerelevanten Daten und dienen letztendlich zur Qualitätsüberprüfung. Bei einer erneuten Aufnahme eines Patienten kann der letzte Pflegezustand nachvollzogen werden. Ebenfalls kann sich die erbrachte Pflegeleistung rekapituliert werden und eine Aussage über Verbesserung bzw. Verschlechterung der Patientensituation gemacht werden.

Fazit

Einen elementaren Sinn haben die Pflegeübergabe und ihre Dokumentation zur haftungsrechtlichen Absicherung des Pflegepersonals. Sie dient als Arbeitsinstrument zur Überprüfung von festgelegten bzw. angeordneten Maßnahmen, v. a. im therapeutischen Team und verdeutlicht die pflegerische Abfolge im Rahmen des Genesungsverlaufs eines Menschen.

10.3 Rechtliche Grundlagen für die Weitergabe von Informationen

Es gibt keine gesetzliche Grundlage für die Dokumentationspflicht für eine Übergabe. Wir möchten an dieser Stelle eine grundlegende Dokumentationspflicht nicht unberücksichtigt lassen, da wir bei unserer Recherche festgestellt haben, dass auch diese für viele Pflegekräfte unbekannt ist. Eine grundsätzliche Dokumentation von pflegerischen Tätigkeiten ist Bestandteil des Pflegeprozesses. Schaut man sich die sechs Schritte nach Fichter u. Mayer genauer an, findet man auch eine Berücksichtigung für die Pflegeübergabe. Denn nur durch die Weitergabe von Informationen im Rahmen der Dokumentation (Schritt 5) oder der

Evaluation (Schritt 6) ist eine Sicherung einer angemessenen Pflegequalität möglich.

Eine gesetzliche Grundlage der allgemeinen Dokumentationspflicht ist heute in vielen Gesetzen festgeschrieben. Eine berufsrechtliche Regelung findet sich im Krankenpflegegesetz (1985) sowie im Altenpflegegesetz (2000). Es ist fest davon auszugehen, dass im neuen Berufsgesetz, in dem beide Ausbildungen zusammengelegt werden sollen, sich diese ebenfalls abbildet. Eine sozialrechtliche Regelung wird im Sozialgesetzbuch (SGB) dargestellt. Hier finden sich im SGB XI § 113 folgende Anforderungen an die Pflegedokumentation wieder:

- Praxistauglichkeit,
- pflegeprozessunterstützend,
- pflegequalitätsfördernd,
- vertretbar für die Pflegeeinrichtung,
- wirtschaftlich angemessen.

Laut SGB XI soll die Pflegedokumentation das Ziel verfolgen, den Pflegeprozess zu unterstützen, die Pflegequalität zu sichern und die einzelnen Pflegeleistungen transparent zu machen. Der Inhalt soll sich auf die erbrachten Pflegeleistungen, die Anordnungen des Arztes und jegliche Art von Ablehnungen durch den Patienten beziehen. Die Pflegedokumentation ist mindestens drei Jahre zu archivieren, bei einer schwierigen Beweislage bis zu zehn Jahre.

Im Bundesgesetzbuch ist die Dokumentationspflicht seit 2013 geregelt und legt im Rahmen des Behandlungsvertrags fest, dass der Behandelnde eine Patientenakte (Papierform oder Digital) zehn Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren hat.

Als Grundlage für die Patientenübergabe dienen aktuelle Daten aus der Patientenkurve sowie aus dem Pflegebericht. Diese Daten sind schriftlich fixiert. Daher muss der Inhalt einer Patientenübergabe nicht extra erfasst und dokumentiert werden (z. B. in Form eines Übergabebuchs o. ä.).

10.4 Rechtliche Folgen

Die aufgeführten rechtlichen Folgen beziehen sich auf die allgemeine Dokumentationspflicht, die wir im Rahmen der Übergabedokumentation als wichtig erachten.

Eine komplette Dokumentation, die den Pflegeprozess und somit auch die Weitergabe von wichtigen Informationen beinhaltet, ist eine Voraussetzung für qualitativ hochwertige Pflege und daher arbeitsvertraglich für alle Pflegeangehörigen bindend. Werden relevante Informationen, die die Pflege im Rahmen der Übergabe weitergeben muss, nicht oder nicht ausreichend dokumentiert, bedeutet das, eine Verletzung arbeitsvertraglicher Pflichten. Kommt es häufiger zu einem solchen Fehlverhalten, ist der Arbeitgeber berechtigt eine Ermahnung oder Abmahnung auszusprechen.

- Eine sorgfältige Erfüllung der Dokumentationspflicht gehört zum Arbeitsfeld der Pflege dazu.

Im Rahmen der Weitergabe von Patientinformationen ist aus strafrechtlicher Sicht die Schweigepflicht laut § 203 Strafgesetzbuch (Verletzung von Privatgeheimnissen) zu beachten. Dazu gehört nicht nur generell die Einsichtnahme in dokumentierte Daten und Informationen, sondern auch die mündliche Weitergabe. Alle patientenbezogenen Informationen fallen unter den Schutz des § 203 StGB. Die Weitergabe an Dritte ist unzulässig. Nur wenn die zu pflegende Person damit einverstanden ist, dürfen schriftliche wie auch mündliche Informationen weitergegeben werden. Genaugenommen muss der Patient auch einwilligen, wenn in einem Mehrbettzimmer bei der ärztlichen oder pflegerischen Visite Informationen über ihn ausgetauscht werden. Hier kommen die Auswahl und die Wichtigkeit der relevanten Informationen in einer Übergabe zum Tragen. Es macht Sinn, strukturiert in einem Übergabegespräch

vorzugehen, da so wichtige Daten gebündelt und konkretisiert werden. Subjektive Einschätzungen und Ausführungen über den Patienten bleiben unberücksichtigt und verlängern somit nicht unnötig die Pflegeübergabe. Es ist zu beachten, dass v. a. die mündlich im Übergabegespräch weitergegebenen Informationen, sei es zwischen Pflegekräften, Berufsgruppen oder in Form einer Pflegevisite, immer der Schweigepflicht unterliegen. Auch hier ist die Einhaltung für eine qualitativ hochwertige Pflege unabdingbar.

Haftungsrechtliche Folgen ergeben sich aus einer Nichteinhaltung der dokumentationsrelevanten Informationen. Im pflegerischen Kontext treffen Haftungsfolgen also nur dann zu, wenn der Patient einen körperlichen Schaden erleidet oder in seiner Genesung beeinträchtigt ist. Allein eine falsche oder lückenhafte Dokumentation begründet diese Folgen also nicht. Somit gilt der weitverbreitete Satz unter Pflegenden „Das, was nicht dokumentiert ist, ist auch nicht gemacht!“ nicht. Eine haftungsrechtliche Folge ergibt sich erst aus der unterlassenen oder falschen pflegerischen Handlung. Im Rahmen einer zivilrechtlichen Klage muss grundsätzlich die klagende Partei ein schuldhaftes Verhalten nachweisen (Beweislast). Wurde eine Pflegedokumentation unvollständig geführt und als Gegenstand zur Beweisführung genutzt, muss die beklagte Partei, in diesem Fall die Pflegekraft oder die Institution, ein richtiges Handeln nachweisen (Umkehr der Beweislast). Durch Zeugenaussagen kann eine Richtigkeit der durchgeführten Tätigkeiten bestätigt werden.

- Insbesondere im Rahmen der Übergabe sind die aktuellen gesetzlichen Grundlagen zum Datenschutz zu beachten. Jede an der Übergabe beteiligte Person unterliegt in jeglicher Hinsicht den Vorgaben zur Schweigepflicht. Verstöße können vom Betroffenen selbst rechtlich belangt werden.

10.5 Inhalt der Pflegedokumentation

Es ist immer noch subjektiv, welche Daten und Inhalte von Pflegekräften dokumentiert werden, um sie dann gebündelt in der Übergabe weiterzugeben. Es werden die objektiven Daten genutzt, die in der Patientenkurve festgehalten wurden, aber auch die Informationen die aktuell im Pflegebericht dargelegt wurden. Dazu kommen die subjektiven Daten und Eindrücke, welche die Pflegekraft während der Versorgung des Patienten für sich gemacht hat. Die Pflegedokumentation soll immer der Sicherheit des pflegebedürftigen Menschen dienen und somit gerade für die Übergabe herangezogen werden. Hier entstehen oft die Probleme, da einer Pflegekraft selbst mitunter nicht so genau klar ist, welche Informationen wo und wie ausführlich festgehalten werden müssen. Es kommt häufig zu Doppeldokumentationen, die im pflegerischen Alltag unnötig Zeit kosten. Werden objektive Daten, wie z. B. ermittelte Vitalparameter, schon in der Patientenkurve notiert, nimmt die Pflegekraft häufig im Pflegebericht auch noch mal Bezug auf diese Daten. Viele Pflegekräfte differenzieren hier zu ungenau, welche Daten wo festgehalten werden und wie sie dann für die Patientenübergabe genutzt werden. Ein durchgeführter Verbandswechsel wird in der Patientenkurve abgehakt und im optimalen Fall noch mit Handzeichen versehen. Im Pflegebericht taucht dann aber noch eine genaue Beschreibung der Durchführung auf, obwohl hier eigentlich nur Abweichung von der standardisierten Durchführung festgehalten werden müssten.

Zu berücksichtigen ist auch, dass rechtlich gesehen nur der dokumentationsfähig ist, der die Maßnahme durchgeführt hat. Diese Person sollte dann auch die Informationen in der Übergabe weitergeben. Führt also ein Auszubildender die pflegerische Grundversorgung am Patienten durch, muss er diese zum einen im Dokumentationssystem

festhalten und zum anderen die weiterzugebenden Informationen auch in der Übergabe an die Folgepflegekraft weitergeben. Die Praxis sieht allerdings ganz anders aus. Die Informationen werden vom Auszubildenden an die Pflegekraft weitergegeben, diese dokumentiert die wesentlichen Inhalte und gibt sie an die Folgepflegekraft weiter, ohne den Patienten überhaupt gesehen zu haben. Über diesen Weg gehen wichtige Informationen verloren, die für die weitere Behandlung von wichtiger Bedeutung sein können.

Zu den Inhalten der pflegerischen Dokumentation zählen auch die Anordnungen im Rahmen der Behandlungspflege, die auf Grundlage einer ärztlichen Anordnung von der Pflegekraft durchgeführt werden. Der Arzt trägt hierfür eine Anordnungsverantwortung, d. h., die Pflegekraft kann davon ausgehen, dass seine Anordnung fachlich richtig ist. Kommt es zu einem Patientenschaden, der auf eine fehlerhafte Anordnung zurückzuführen ist, wird der Arzt dafür haftbar gemacht. Wird die korrekte ärztliche Anordnung von der Pflegekraft falsch ausgeführt, trägt diese bei einem Patientenschaden die Durchführungsverantwortung. Die korrekte Anordnung wie auch Durchführung wird immer durch ein Handzeichen von den Anzuordnenden und Durchzuführenden abgesichert. Bei Anordnungen, die nicht sofort schriftlich erfolgen können, z. B. über Telefon, Mail etc., ist der Anzuordnende rechtlich verpflichtet diese schnellstmöglich gegenzuzeichnen. Hiermit wird die Richtigkeit und Vollständigkeit der Anordnung bestätigt, da die Gefahr einer fehlerhaften Informationsaufnahme sehr groß ist.

10.6 Erfahrungen aus den Befragungen

Im Rahmen unserer Befragung zur Übergabe unter den Pflegekräften wollten wir wissen, inwieweit Pflegekräfte abschätzen

können, welche Informationen aus rechtlicher Sicht Bestandteil einer Übergabe sein müssen. Über die Hälfte der Befragten hatte vorher noch nie etwas über eine rechtliche Grundlage gehört und konnte sich auch nicht daran erinnern darüber etwas im Rahmen der Erstausbildung gehört zu haben. Einige haben auf das Krankenpflegegesetz verwiesen, in dem eine rechtliche Grundlage zum Pflegeprozess und somit zur Patientendokumentation geregelt ist. Allerdings waren sie sich unsicher, ob dazu auch die Übergabe zählt.

Die befragten Pflegekräfte haben sich noch nie Gedanken darüber gemacht, welche rechtlichen Informationen wichtig sind, bzw. welche an die Folgepflegekraft weiter gegeben werden müssen. Viele haben die Meinung, dass eine Grundlage für eine Übergabe wichtig ist. Wiederum andere Pflegekräfte benannten, dass v. a. der aktuelle Zustand des Patienten eine rechtliche Grundlage der Übergabe ist. Auch die weiteren zu erledigenden Aufgaben, Diagnose, Wundzustand und Nahrungskarenz müssen aus rechtlicher Sicht ihrer Meinung nach weitergegeben werden. Einige Pflegekräfte haben elementare Pflegephänomene benannt, wie Schmerz, Angst etc. Allerdings konnte sich keine der Befragten auf eine rechtliche Grundlage beziehen. Es wurde vielfach eher darüber berichtet, es „irgendwo“ gelesen zu haben, dass diese Aspekte rechtlich in eine Übergabe gehören.

Die Pflegekräfte haben auch berichtet, dass sie für ihren stationären Bereich einen Leitfaden, Anleitung oder ähnliches als Struktur für die Übergabe nutzen. Diese wurde von Kollegen entwickelt und wird von allen Pflegekräften auf Station als Grundlage genutzt. Allerdings bestand kein Wissen über den Ursprung dieser Leitfäden.

Es ist deutlich geworden, dass eine rechtliche Grundlage sicher nicht unbedingt nötig ist, aber eine inhaltliche Struktur für ein Übergabegespräch wird von den

Pflegekräften gewünscht und gefordert. Hier kann klar geregelt werden, welche Informationen nach welcher Relevanz priorisiert werden und an die Folgepflegekraft weiter gegeben werden müssen. Auch der zeitsparende Aspekt kommt hier zum Tragen. Insbesondere sollen subjektive Einschätzungen und Befindlichkeiten zum Patienten nicht in einer Übergabe ausgeführt werden. Hier könnte doch der Pflegeprozess, bezogen auf den ersten Schritt der Informationssammlung, eine gute Grundlage bieten, in dem sich an den objektiven, aktuellen und historischen Daten aus der Pflegeanamnese orientiert werden kann.

Praxistipp

Da es keine rechtliche Grundlage über formelle bzw. informelle Informationsweitergaben im Rahmen der Übergabe gibt, besteht vom Pflegepersonal der klar formulierte Bedarf nach einer strukturellen

Vorgabe. Eine Priorisierung der wesentlichen Informationen ist wichtig, damit Informationen klar transportiert werden können und nicht wahllos und subjektiv weitergegeben werden.

Literatur

- Bundesministerium der Justiz (2020) Gesetze über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz – PflBG). ► <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/>. Zugegriffen: 11. Febr. 2023
- Klie T (2013) Rechtskunde: Das Recht der Pflege alter Menschen. Vincent Network Verlag, Hannover
- Mürbe M, Stadler A (2016) Berufs-, Gesetzes- und Staatsbürgerkunde. Urban & Fischer Verlag, München und Jena
- Riebe I et al. (2016) Pflegecoach, Pflegeplanung und –dokumentation. Cornelsen Schulbuchverlage, Berlin
- Sladeczek E et al. (2014) Recht für Gesundheitsberufe: Mit allen wichtigen Berufsgesetzen. LexisNexis Verlag, Düsseldorf



Auf einem Blick

Inhaltsverzeichnis

- 11.1 Das veränderte Übergabekonzept – 148
- 11.2 Zielvorgaben der Übergabe – 148
- 11.3 Übergaberitual – 148
- 11.4 Inhaltsstruktur – 149
- 11.5 Patientenklientel und Empfehlungen der Übergabedauer – 152
- 11.6 Festlegung der Übergabeform – 153
- 11.7 Festlegung der teilnehmenden Personen – 156
- 11.8 Festlegung des Übergabeorts – 157
- Literatur – 158

11.1 Das veränderte Übergabekonzept

Nachdem in den vorherigen Kapiteln diverse Übergabebestandteile erläutert wurden, soll es nun um daraus resultierende Schlussfolgerungen für ein verändertes Übergabekonzept gehen. Dazu werden zu relevanten Punkten des veränderten Konzepts Empfehlungen gegeben. Diese beziehen sich in erster Linie auf den stationären Klinikbereich und müssten im Fall einer ambulanten- oder Heimpflegesituation angepasst werden. In jedem Pflegesetting sind allerdings insbesondere die Punkte der Inhalte, der Struktur und die der Übergabebeform von Bedeutung. Bezüglich der Entscheidungsform der Übergabe besteht die Möglichkeit eine eindeutige Zuständigkeit für Bewohner und Patienten zu treffen und dadurch auch ein erhöhtes Verantwortlichkeitsgefühl jedes einzelnen Mitarbeiters zu erzeugen. Werden zudem Inhalte überdacht und eine Struktur übernommen, lassen sich in jedem Bereich wertvolle Ressourcen sparen, welche z. B. für die Durchführung einer patientenorientierten Pflege und Dokumentation benötigt werden.

11.2 Zielvorgaben der Übergabe

Nachdem der erste Schritt mithilfe des Reflexionsbogens (► Kap. 2) erfolgt ist und deutlich wurde, dass ein Veränderungsbedarf beim Thema der Übergabe besteht, ist es nun wichtig sich im Team über die Ziele der Übergabe auszutauschen. Das kann z. B. in Form eines Brainstormings oder eines „stummen Schreibgesprächs“ außerhalb oder im Rahmen einer Dienstbesprechung stattfinden. Eine andere oder ergänzende Möglichkeit ist, dem Team die hier vorgestellten Ziele zu präsentieren und per Abstimmung festzulegen, welche fixiert werden sollen. Jedes der aufgeführten Ziele hat seine Berechtigung, doch um

zu vermeiden, dass in einem Team jeder ein anderes Ziel prädestiniert, sollten erst einmal drei bis maximal fünf Ziele vom Team ausgewählt werden, die es für unerlässlich hält. So wird es nachfolgend leichter zu evaluieren, ob die Ziele erreicht wurden.

Mögliche Ziele von Übergaben

- ─ Thematisierung pflegerrelevanter Probleme und pflegerischer Interventionsmöglichkeiten (und daran gebunden evtl. Bedarfsermittlung für eine Pflegevisite bei ausgewählten Patienten)
- ─ Bewusstwerdung über erreichte pflegebezogene Ziele und neue Probleme
- ─ Planung individueller Pflege des Patienten bei sehr guter Pflegequalität
- ─ Sicherheit und Geborgenheit für den Patienten herstellen
- ─ Informationen über den physischen und psychischen Zustand des Patienten
- ─ Gewährleistung der ärztlichen Maßnahmen
- ─ Sicherstellung der Kontinuität der Pflege
- ─ Klärung organisatorischer Fragen
- ─ Förderung der Zusammenarbeit verschiedener an der Pflege beteiligter Professionen und Berufe
- ─ Abbau von Unsicherheiten
- ─ Förderung des Arbeitsklimas über Erfahrung von Lob und Wertschätzung

11.3 Übergaberitual

Rituale sorgen dafür, dass sich Menschen an immer gleiche Abläufe gewöhnen. Dadurch unterstützen Rituale das kurze Momente der Ruhe und des „sich sammelns“ im Arbeitsalltag entstehen können. Gerade in Vorbereitung auf eine Übergabesituation sind diese Aspekte relevant. Zwei Beispiele für Rituale wurden in ► Kap. 8 vorgestellt.

Neben dem Ritual sollte eine Stationsdurchsage zur Übergabe erfolgen und ein Türschild mit der Information, dass eine Übergabe stattfindet, angefertigt werden.

11.4 Inhaltsstruktur

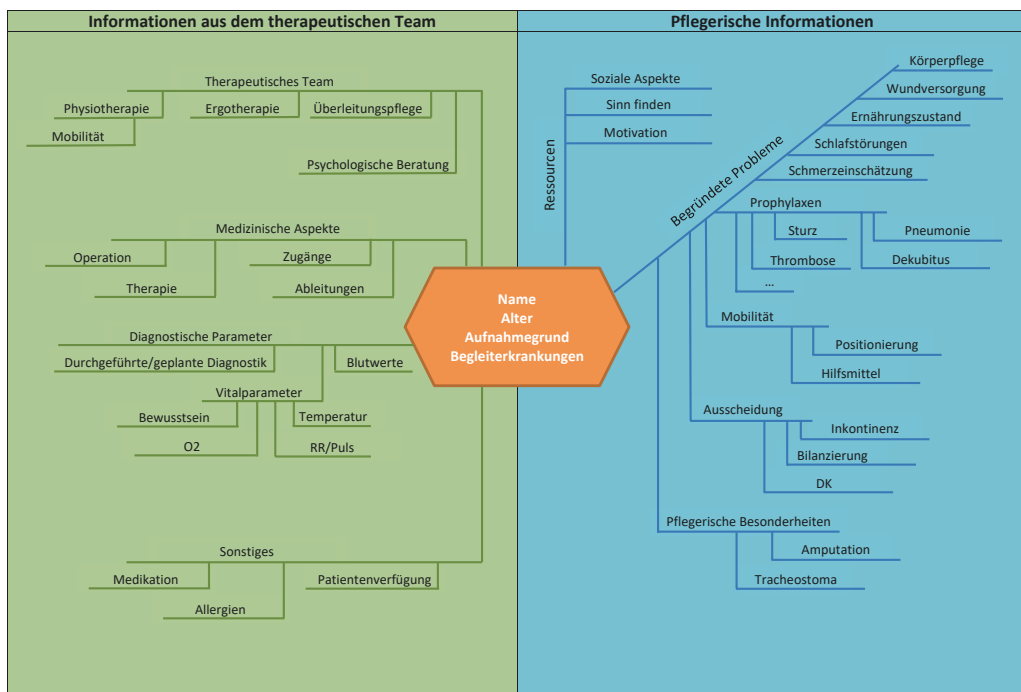
Die Inhaltsstruktur für eine gelungene Übergabe bildet einen Orientierungsrahmen anhand von unterschiedlichen Aspekten für den klinischen Bereich ab. Aus den diversen bestehenden Übergabeformen aus ► Kap. 5 lassen sich einige gute Ideen zusammenführen, die wir für uns als gelungene Übergabestruktur benennen. Diese Struktur liegt der übergebenden Person in Form eines Mindmaps vor. Es dient als Strukturgeber und schafft einen komplexen Überblick über den Patienten. Es verbindet aktuelle Informationen mit ausführlicheren

Problembeschreibungen und stellt sie visualisiert in den vorgegebenen Kategorien dar. Ein Mindmap bietet immer die Möglichkeit individuelle Aspekte hinzuzufügen und von der bestehenden Kategorisierung abzuweichen. Anhand der visuellen Darstellung der Informationen zum Patienten kann die Komplexibilität der aktuellen Situation viel einfacher und nachhaltiger dargestellt werden. Pro Patient kann für die Übergabe ein Zeitkontingent von 5 min eingeplant werden. Das Struktur-Mindmap teilt sich in zwei grobe Bereiche (► Abb. 11.1):

- die pflegerelevanten Informationen und
- die Informationen des therapeutischen Teams.

Hierzu zählen alle anderen Berufsgruppen, die an der Pflege des Menschen aktuell beteiligt sind. Diese Einteilung kann daher in diversen Pflegesettings genutzt werden, da

Struktur-Mindmap Übergabe



► Abb. 11.1 Struktur-Mindmap

sie nicht abhängig von der Liegedauer des Patienten ist. Wenn der Patient nach einer ausführlichen Diagnostik nach wenigen Tagen das Krankenhaus wieder verlässt, wird das Struktur-Mindmap zur Übergabe sicherlich einen ausführlicheren Informationsschwerpunkt auf der Seite des therapeutischen Teams aufweisen. Weist der Patient einen höheren Pflegebedarf auf, sind die Informationen bei den pflegerischen Bedürfnissen wesentlich ausgeprägter.

Praxistipp

Je strukturierter Übergaben verlaufen, umso mehr zeitliche und personelle Ressourcen stehen zur Verfügung. Die hier aufgeführte Mindmapvorlage stellt eine Möglichkeit einer Übergabestruktur vor.

Die grobe Struktur der Mindmap weist daher in beiden Situationen immer einen höheren pflegerischen Wert auf. Das Vortragen von medizinischen Fakten und Daten wird damit reduziert und bekommt einen geringeren Stellenwert. Es ist uns wichtig, dass im Rahmen einer pflegerischen Übergabe auch genau diese Informationen strukturiert weitergegeben werden und der Patient nicht auf Basis von z. B. Diagnoseparameter bewertet wird.

Da die Struktur-Mindmap, unabhängig von der Anzahl an Informationen, immer vollständig ist, erfolgt durch die professionelle Pflegekraft eine Bewertung der wichtigsten Informationen. Sie nimmt eine Priorisierung auf Basis ihrer Patienteneinschätzung vor und beginnt die Übergabe genau mit diesen Informationen. Andere Strukturen, wie z. B. die Übergabecheckliste, geben eine Abfolge vor, die aufgrund des numerischen Zyklus aneinandergereiht sind und mit denen unbewusst eine Wichtigkeit assoziiert wird. Somit sind die Informationen, die mit der Nummer eins versehen sind unbewusst immer die Wichtigsten und die mit

der letzten Nummer die unwichtigsten. Generell werden immer die Informationen, die als erstes erwähnt werden mit einer zentralen Bedeutung versehen. Das macht sich die Struktur-Mindmap zu Nutze, denn hier setzt die Pflegekraft anhand der aktuellen Patientensituation selbst die Informationspriorität.

- Geht es um bestimmte Notfallinformationen, die von einer hohen Dringlichkeit sind, für das gesamte Pflegeteam eine Relevanz haben und nicht vergessen werden dürfen, können sie in einem gesonderten Bereich auf der Struktur-Mindmap festgehalten werden.

Im Fokus steht der Mensch als Patient, daher ist es für uns selbstverständlich, dass sich Pflege klar positioniert und die Übergabe patienten- und ressourcenorientiert ausgerichtet ist. Diese adhärennten Informationen sollen eine gesonderte Position in der Mindmap finden. In vielen Bereichen der pflegerischen Versorgung sind sie von großer Bedeutung, sie müssen aber nur einmal benannt werden. Dann können sie auch für andere gesundheitliche Probleme genutzt und ausgebaut werden. Alle aufgeführten Pflegeprobleme müssen klar begründet werden. Es ist sinnlos, wenn eine prophylaktische Maßnahme aufgeführt ist, es aber gar keine individuelle Begründung für den Einsatz dieser Maßnahme gibt. Das hat den Vorteil, dass sich Pflege hier selbst in jeder Übergabe hinterfragen muss und keine Maßnahmen mehr unüberlegt aneinandergereiht werden.

Vom groben Aufbau her bietet die Struktur-Mindmap in der Mitte den Raum für die klassischen Patientendaten, wie Name, Alter, Aufnahmegrund, Begleiterkrankungen, ggf. Größe und Gewicht.

Die linke Hälfte (■ Abb. 11.1) bietet Platz für wichtige Erkenntnisse aus dem Bereich des therapeutischen Teams, wie z. B. die Mobilisierungstechnik der

Physiotherapeuten, die Fortschritte im Rahmen der Ergotherapie oder Aspekte aus der Sozialberatung, Entlassungsmanagement etc. Es folgen medizinische Informationen zur Therapie, Operationsverfahren, Zugänge und Ableitungen etc. im Rahmen der diagnostischen Parameter wird die durchgeführte und geplante Diagnostik, Vitalparameter, Blutwerte etc. erwähnt. Am letzten Punkt des Mindmaps gibt es die Möglichkeit für „sonstige Informationen“, dazu gehören die aktuelle Medikation, Allergien, Patientenverfügung etc.

Auf der rechten Seite (■ Abb. 11.1) werden alle pflegerelevanten Informationen aufgeführt. Die Ressourcen des Menschen werden gesammelt vorgestellt, aber auch bezogen auf die pflegerischen Maßnahmen angefügt. Die sozialen Ressourcen der fürsorglichen Ehefrau kann z. B. im Rahmen der Körperpflege genutzt werden kann oder der Patient ist selbst in der Lage ist Atemübungen mit dem Triflo-Gerät durchzuführen. Anschließend erfolgt die begründete Darstellung der pflegerischen Interventionen zum Oberpunkt der Wundversorgung. Dazu gehört die Wundbeschreibung wie auch die individuelle Versorgung der Wunde. Die Prophylaxen werden unter einem Punkt zusammengefasst und einzeln bewertet. Hier muss klar weiter gegeben werden, welche Maßnahmen begründet bei diesem Patienten angewendet werden, welche Ressourcen er nutzen kann und in welcher Intensität die Durchführung erfolgt. Es erfolgt keine Zuordnung zu den Lebensaktivitäten sondern die Prophylaxen bilden einen Kernprozess im Übergabegespräch. Es schließt sich der Punkt der Mobilitätsbeschreibung an. Hier kann eine Dopplung zum therapeutischen Team des Physiotherapeuten entstehen, was erwünscht ist. Zum Punkt der Ausscheidung gehören Informationen wie das Vorkommen eines Dauerkatheters, einer Inkontinenz, Bilanzierung

etc. Weitere Aspekte sind die Beschreibung des Ernährungszustands anhand des WTHR (Waist-to-Height Ratio) oder BMI (Body Mass Index), die Besonderheiten bei der Körperpflege und das Vorkommen von Schlafstörungen. Die Schmerzeinschätzung berücksichtigt die unterschiedlichen Assessmentinstrumente und die Verbindung zum therapeutischen Team über einen Schmerztherapeuten und sich daraus ergebenden Analgetikatherapie. Abschließend können noch pflegerische Besonderheiten, wie Amputationen, Tracheostoma, etc. aufgeführt werden. Ein besonderer Bereich wird für Notfallinformationen zum Patienten berücksichtigt. Hier kann der Hinweis gegeben werden, dass der Patient keine Reanimation und keine Intensivversorgung wünscht.

Diese Informationsstruktur sind Beispiele, die wir für einen allgeminstationären Bereich wichtig finden würden. Stationen mit anderen pflegerischen Schwerpunkten benötigen sicher eine andere Struktur, oder die Schwerpunkte müssen anders gesetzt werden. Diese Möglichkeit ist dadurch gegeben, dass diese Mindmap kontinuierlich veränderbar ist, sei es im Pflegesetting selbst oder bezogen auf die diversen Bereiche der Pflege. Es bietet die sich Möglichkeit nicht nach einem starren Konstrukt vorzugehen, sondern im Team diesen Vorschlag zu ergänzen oder sogar neu zu überdenken. Die erstellte Struktur-Mindmap liegt ausgedruckt bei der Übergabe auf dem Tisch oder jede Pflegekraft erhält eine laminierte Karte, die sie jederzeit zur Orientierung der Informationen nutzen kann. Abschluss der Übergabe bildet die Psychohygiene im Team, für eine Zeit von 5 min in der eine bis zwei Fragestellungen besprochen werden können. Hier kann es sinnvoll sein, eine ritualisierte Form zu entwickeln, damit dadurch ein verlässlicher Austausch im Team geschaffen werden kann.

11.5 Patientenklintel und Empfehlungen der Übergabedauer

Je nach Klinikausrichtung, Fachbereich und Größe der Station ist ein unterschiedliches Patientenklintel vorhanden. Versorgt das Personal einer Station z. B. onkologisch oder neurologisch erkrankte Patienten, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass diese Patienten aufgrund der umfangreichen medizinischen Therapie einen längeren Klinikaufenthalt vor sich haben (z. B. Leukämie- oder Apoplexpatienten). Aufgrund einer längeren Behandlungsdauer sind viele dieser Patienten dem wechselnden Personal bekannt. Die Patienten, die übergeben werden, haben zwar oft einen intensiven therapeutischen Bedarf, aber sie müssen nicht täglich neu mit der kompletten Sozial-, Pflege- und medizinischen Anamnese vorgestellt werden.

Anders hingegen kann dies z. B. auf einer gynäkologischen oder chirurgischen Abteilung aussehen. Durch die gesunkene Verweildauer werden die Patienten in komplikationslosen Verläufen binnen weniger Tage entlassen. Eine Patientin, welche sich aufgrund einer Karzinomerkrankung z. B. einer Mastektomie unterziehen musste, ist aktuell im Durchschnitt drei bis vier Tage in der Klinik. In solchen Bereichen ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass neben den pflegerischen Maßnahmen nur noch wenige Aspekte ausführlich erläutert werden müssen.

Die eben beschriebenen Ausführungen zum Patientenklintel haben einen Einfluss auf die Übergabedauer. Nach Lauterbach sind aber auch, andere Faktoren für die Übergabedauer relevant: So u. a. die Qualifikation des Pflegeteams und die Qualität der Dokumentation (► Kap. 3).

Nach unseren Recherchen ist für die Übergabedauer das zugrunde liegende Pflegesystem ein sehr entscheidender Faktor. Werden Übergaben z. B. in der Großgruppe

durchgeführt, so sind alle Pflegenden des Früh- und Spätdiensts anwesend. Beginnt eine Pflegekraft mit der Übergabe für ihren Bereich, so hören alle mehr oder weniger aufmerksam zu und auch alle Mitarbeiter der folgenden Schicht können Fragen zu den Ausführungen stellen. Je nach individuellen Pflegeverständnis des Mitarbeiters und dem Bekanntheitsgrad des Patienten im Team haben die Pflegenden verschiedene Fragen zu den Ausführungen der übergebenden Pflegekraft. Ist bereits geklärt worden, wer in der Folgeschicht den vorgestellten Patienten im Rahmen der Bereichspflege betreut, hören die, die nicht für diesen Patienten zuständig sind, oft nicht konzentriert zu.

Praxistipp

Übergaben in der pflegerischen Großgruppe sollten aufgrund der hohen Informationsdichte, der Personalressourcen, des Geräusch und Störpegels sowie der Übergabedauer kritisch hinterfragt werden.

Das Pflegesystem der Bereichspflege ist so angelegt, dass eine schichtbezogene Verantwortung für Patienten übernommen wird. Dies wird in der Klinik überwiegend so praktiziert, dass jede Pflegekraft für die ihr anvertraute Patientengruppe alle Pflegemaßnahmen übernimmt und dann ihre Patientengruppe an die Folgeschicht übergibt. Daraus folgt nach unseren Befragungsergebnissen, dass sich die Pflegenden, die gerade nicht aktiv einen Patienten übergeben, mit anderen Dingen beschäftigen, wie z. B. Nahrungsaufnahme, privaten Nebengesprächen oder der Dokumentation. Da sich alle Pflegenden während der Großgruppenübergabe in einem Raum befinden, ist es vorprogrammiert, dass es zu Störungen kommt, weil kein Ansprechpartner für Patienten, Angehörige und andere Berufsgruppen zur

Verfügung steht. Also wird die Übergabe immer wieder unterbrochen und verlängert sich.

Wir empfehlen deshalb zu prüfen, welches Patientenkontext sich überwiegend auf der Station befindet und wie viele Mitarbeiter in Voll- oder Teilzeit beschäftigt sind. Anhand des Rechercheergebnisses wird deutlich wie oft ein Patient in einer Übergabe komplett oder „nur“ mit seinen aktuellen Pflege- und z. B. Zustandsveränderungen vorgestellt werden muss. Die **Tab. 11.1** führt unterschiedliche Patientenkontexte und dementsprechende Übergabedauerzeiten auf. Diese Zeiten sollen als Richtwerte für die Dauer einer Bereichsübergabe gesehen werden, jedoch nicht als starre Vorgabe verstanden werden.

Ein Aspekt der bei der Übergabedauer in dieser Grafik nicht berücksichtigt wurde, ist der der Psychohygiene. In **Kap. 7** wurde dargestellt, warum dieser Aspekt für Pflegende so bedeutend ist. Er sollte deshalb unbedingt für die maximale Gesamtdauer einer Übergabe berücksichtigt werden. Empfehlenswert für den Aspekt der Psychohygiene ist eine tägliche Dauer von ca. 5 min im Anschluss an jede Bereichsübergabe. Entscheidend ist hier allerdings,

dass der Austausch zwischen den Mitarbeitern gezielt z. B. anhand der in **Kap. 7** vorgestellten Fragen erfolgt. Ebenfalls muss bedacht werden, dass dieser kurze Austausch keineswegs eine Supervision oder eine Fallbesprechung ersetzen kann. Er fördert aber, dass sich Pflegende darüber bewusst werden, was ein Tageserfolg ihrer Arbeit war und welche Situationen sie als belastend und befriedigend erlebt haben. Das kann eine höhere Arbeitszufriedenheit bewirken und/oder deutlich werden lassen, wo professioneller Unterstützungsbedarf z. B. in Form einer Einzel- oder Teamsupervision angezeigt ist.

11.6 Festlegung der Übergabereform

Ein elementarer Punkt der zu einem veränderten Übergabekonzept gehört, ist das Überdenken der Übergabereform. In **Kap. 5** sind die verschiedenen Formen der Übergabe vorgestellt worden. Diese haben Vor- und Nachteile. Abhängig vom Kontext, der Personalsituation und dem Pflegebereich sind sie mehr oder weniger gut geeignet.

Tab. 11.1 Empfohlene Übergabedauer in Abhängigkeit vom Patientenkontext

Überwiegendes Patientenkontext	Stationäre Langzeitpflegepatienten	Stationäre Kurzzeitpflegepatienten	Stationäre Patienten überwiegend zur Diagnostik
Voraussichtliche Verweildauer	14 Tage und länger	3–13 Tage	1–2 Tage
Hier bitte ankreuzen			
Empfohlene Übergabedauer			
Patient ist der Pflegekraft bekannt	8–12 min	4–7 min	3–5 min
Patient ist der Pflegekraft nicht bekannt	10–15 min	7–10 min	5–8 min

Eine Übergabeform, die sowohl für den stationären Klinik- wie auch für den Heimpflegebereich sehr gut geeignet ist, ist die der Übergabe von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft. Diese sollte in regelmäßig festgelegten Abständen um die Anwesenheit anderer Professionen erweitert werden. Man spricht dann von einer interdisziplinären oder „multiprofessionellen“ Übergabe. Diese Erweiterung ist v. a. bei Langzeitpflegepatienten bzw. Bewohnern empfehlenswert, da ein multiprofessioneller Austausch verschiedene Sichtweisen und Lösungsmöglichkeiten eines Problems eröffnet. Durch den Austausch wird erreicht, dass z. B. alle an der Genesung des Patienten bzw. Bewohners befindlichen Mitarbeiter auf einem gemeinsamen Stand sind und dadurch gleiche Ziele verfolgen, weil sie noch einmal transparent werden und ggf. gleich adaptiert werden können. In psychiatrischen Bereichen ist diese professionsübergreifende Übergabe oft täglicher Bestandteil der Arbeit. Wie häufig eine solche Übergabe allerdings in anderen Akut- oder Langzeitpflegebereichen stattfinden soll und welche Mitarbeiter regelmäßig teilnehmen, muss jede Abteilung selbst überlegen. Empfehlenswert ist ein solches Procedere bei Langzeitpflegepatienten ca. einmal wöchentlich und mindestens einmal im Monat.

Insgesamt setzt die Form der Übergabe von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft die Pflegesysteme der „Bereichs- oder der Bezugspflege“ bzw. des „Primary Nursing“ voraus. In all diesen Systemen ist eine schichtbezogene Verantwortung der Pflegekraft für einen bestimmten Patienten/Klienten oder eine Patientengruppe grundlegend und sie weisen verschiedene Vor- und Nachteile auf.

■ Vorteile können sein

- Schneller Informationsfluss,
- jeder Patient hat einen direkten Ansprechpartner,
- höhere Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit der Pflegenden,
- Pflegekräfte erleben sinnvollen Arbeitsablauf und Arbeit als Ganzes,
- verbesserte Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient.

■ Nachteile können sein

1. Hilfsbereitschaft der Kollegen kann abnehmen,
2. Kosten sind höher, da Mindestanzahl an qualifiziertem Personal erforderlich ist,
3. höhere Stressbelastung durch individuelle Verantwortung,
4. Schwierigkeit wenn Patient und Pflegekraft nicht harmonisieren,
5. psychische Belastung durch intensivere Konfrontation mit Problemen der Patienten.

Entscheidend ist, dass es bei allen drei Systemen möglich ist, dass die Übergabe ohne die Großgruppe erfolgen kann. Das bedeutet, dass viele der in ► Kap. 5 beschriebenen Störungen während der Großgruppenübergabe entfallen (z. B. private Nebengespräche).

Als zuständige Teamleitung könnte man die Übergaben so organisieren, dass immer nur ein Pflegeteam zu einer bestimmten Zeit die Übergabe vornimmt, während die anderen Pflegeteams sich in dieser Zeit um die patientenbezogene Dokumentation, um Telefonanrufe oder z. B. ärztliche Anfragen kümmern. Nimmt die Leitung jeden Tag einen Wechsel der zeitlichen Abfolge der Teams vor, so kommt es nicht dazu, dass immer das gleiche Übergabeteam zuerst

beginnt und endet. Die nacheinander stattfindende Übergabe hat den Vorteil, dass die Pflegenden, die sich gerade in der Übergabe befinden, z. B. nicht zu einer Patientenklänge gehen müssen, da dies die Kollegen übernehmen, die gerade keine Übergabe vornehmen. Sollten sich bei den Kollegen in der Patienten- und Angehörigenbetreuung Fragen ergeben, die keine 15 min Aufschub dulden, müssen sie die „Übergebenden“ kurz unterbrechen. Dies sollte jedoch nur in unbedingt notwendigen Situationen sein.

Um ein solche Übergabe erfolgreich zu gestalten ist eine sog. „Patientenliste“ auch als „Übergabezettel“ bekannt erforderlich. Jede Pflegekraft benötigt – genau wie jeder Arzt – eine eigene Patientenübersicht in Papierform. Das bedeutet, dass ein grafischer Ausdruck zu erstellen ist, auf dem alle wichtigen Daten der Patienten vorhanden sind (z. B. Name, Zimmernummer, bedeutende Pflegemaßnahmen, Diagnose, etc.). Dieser Ausdruck ermöglicht für alle Pflegenden eine sofortige Übersicht zur aktuellen Situation aller Patienten und gehört in vielen Kliniken bereits zum täglichen Arbeits- und Übergabestandard für Pflegenden und Ärzte. Er kann auch als Instrument zur Qualitätssicherung gesehen werden, da die Pflegekräfte z. B. konsiliarisch tätigen Ärzten, aber auch Angehörigen sofort sagen können, in welchem Zimmer sich der gesuchte Patient befindet. Dadurch wird vermieden, dass bei bereichsfremden Personen

der Eindruck entsteht: „*Niemand kennt sich aus!*“.

Zudem verfügen die Pflegenden, die während der Übergabe als „Nichtbezugspflegekraft“ einen Patienten aufsuchen, oder jemanden nach einem diagnostischen Eingriff in Empfang nehmen, über aktuelles Wissen zu diesem Patienten. Das ermöglicht den Nichtbezugspflegekräften notwendige Maßnahmen sofort durchzuführen. Meist müssen sie dafür nicht die Bezugspflegekraft des betreffenden Patienten aus der Übergabesituation holen.

Sollte es einen solchen Ausdruck noch nicht geben, ist es für die Konzeption empfehlenswert, das Ärzte und Pflegenden sich darüber austauschen, welche Angaben notwendig sind, um einen ersten Überblick aller Patienten zu erhalten. In sehr großen aber auch in kleinen Teams kann in dieser Phase z. B. jemand aus dem Qualitätsmanagement oder der Abteilung „Arbeitsorganisation“ hilfreich sein, da er fachliche Kenntnisse zur Erstellung solcher Instrumente besitzt und zudem eine neutrale Außenperspektive einnimmt. Alternativ kann sich an dem hier aufgeführten Bogen orientiert werden.

- Für jeden Mitarbeiter sollten stetig aktualisierte Patienten bzw. Bewohnerlisten zu einem Übergabestandardinstrument zählen. Sie bieten jeder Pflegekraft einen sofortigen Überblick und ermöglichen persönliche Notizen.

Zimmernummer	Name und Geburtsdatum	Einweisungsdiagnose und aktuelle medizinische Besonderheiten (Eingriffe, Operationen ...)	Pflegerische Besonderheiten	Eigene Notizen
--------------	-----------------------	---	-----------------------------	----------------

Ist in Ihrem Team die Entscheidung für die Übergabe von „Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft“ getroffen worden, so ist es sehr sinnvoll sich gleich zu überlegen, wo diese stattfinden soll.

Aktuell findet sie überwiegend im Dienstzimmer eines Bereichs oder am Patientenbett statt. In ► Kap. 8 wurden die Vor- und Nachteile beider Übergabeorte beschrieben, mit dem Fazit, dass die Übergabe im Dienstzimmer viele Störungen mit sich bringt und als Übergabeort nicht zu empfehlen ist.

Nach unseren Erkenntnissen zeigen sich zwei mögliche Gestaltungsweisen bei der Übergabe von „Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft“.

1. Die Übergabe der beiden Pflegenden in einem möglichst ungestörten Raum.

Im Anschluss an die Übergabe können die Pflegenden dann ausgewählte Patienten aufsuchen, um anstehende pflegerische Maßnahmen mit dem Patienten und/oder den Angehörigen kurz zu thematisieren. Das gemeinsame Aufsuchen der Patienten kann auch gleich als Möglichkeit genutzt werden, um erforderliche Maßnahmen wie z.B. eine Positionierung des Patienten durchzuführen. Besonders positiv daran ist, dass die Pflegenden dann am Bett des Patienten nicht nur über ihn und die Maßnahmen reden, sondern er bei ausgewählten Aspekten gezielt einbezogen wird. Ein solches Vorgehen ist eine sehr gute Vorbereitung auf eine Pflegevisite, welche insbesondere bei Langzeitpflegepatienten in festgelegten Abständen empfohlen wird.

2. Übergabe am Bett

Bei dieser Variante gehen beide Bezugspflegekräfte zum Bett des Patienten und führen dort im Patientenzimmer – genauer gesagt am Bettplatz des Patienten – die Übergabe durch. Dieses Vorgehen wird in vielen Intensivpflegebereichen durchgeführt.

Nach Josuks sollte die Übergabe am Bett aber als Interaktion zwischen Pflegekraft und Patienten verstanden werden, in der der Patient aktiv am Pflegegeschehen teilnimmt. Das bedeutet – und so möchten auch wir die Übergabe am Bett verstanden wissen –, dass die Pflegekraft nicht nur über den Patienten und die Pflegetätigkeiten berichtet. Der Patient soll daneben auch über den Sinn und den Zweck von Maßnahmen informiert werden. So kann z. B. in seinem Beisein erwähnt werden, dass er zwischen 15:00 und 16:00 Uhr inhalieren soll. Er wird durch die direkte Ansprache zur Mitarbeit motiviert und die übernehmende Pflegekraft sieht den betreffenden Patienten selbst und kann sich ein persönliches Bild von ihm machen.

Gerade die aktive Einbeziehung des Patienten geht nicht bei allen Patienten. Ist ein Patient z. B. komatös, kann er nicht aktiv an der Übergabe beteiligt werden. Deshalb sollte ein Team auch überlegen, ob die Übergabe bei stark bewusstseinseingeschränkten Patienten überhaupt am Bett stattfinden muss. Nach unseren Recherchen sprechen Pflegende dann nämlich überwiegend in einer Fachsprache. Sie zählen während der Übergabe medizinische Eingriffe, Laborwerte und erfolgte und anstehende Pflegetätigkeiten auf, ohne zu wissen, was der Patient versteht und was ihn evtl. beunruhigt.

11.7 Festlegung der teilnehmenden Personen

Je nach der Form (Bezugsübergabe, Großgruppe, etc.) findet eine Übergabe zwischen zwei oder mehreren Personen statt.

In der beschriebenen Form der Bereichs- oder Bezugsübergabe sind immer zwei Pflegekräfte als fest teilnehmende Personen anwesend. Diese können die Übergabe in Anwesenheit des Patienten und ggf. seiner Angehörigen durchführen oder ohne

ihn. Je nach Patientenklientel und den personellen Ressourcen des Teams ist es bei dieser Form gewünscht, dass in regelmäßigen, festgelegten Abständen eine multiprofessionelle Übergabe stattfindet. Ist dies der Fall, können auch drei und mehr Personen anwesend sein, wie z. B. Pflegekräfte, Ärzte, Psychologen, Physio- und Ergotherapeuten. Wird eine regelmäßige, multiprofessionelle Übergabe angestrebt, ist es wichtig, dass besprochen und festgelegt wird, welche der verschiedenen Professionen immer und welche bedarfsweise anwesend sind.

Übergaben in dieser Form dauern trotz einer guten Vorbereitung und einer Regelmäßigkeit in der Durchführung etwas länger als „normale“ Übergaben. Dennoch sind sie für den Heilungserfolg und die Arbeitszufriedenheit des Personals enorm wichtig. Nicht selten entstehen in diesen Übergaben ganz neue Ideen für den Patienten. Jeder Mitarbeiter, der am Genesungsprozess beteiligt ist, merkt wie wichtig seine Einschätzung und sein Beitrag ist. Dadurch werden Mitarbeiter z. B. auf Bedürfnisse und Fort- oder Rückschritte des Patienten aufmerksam, die bisher noch nicht bewusst oder bedeutend waren, weil ein komplettes Bild des Patienten fehlte. Anhand der gleichen oder kontroversen Einschätzungen und der verschiedenen Expertisen kann in einer solchen Übergabe der Pflege- und Behandlungsplan evaluiert und angepasst werden. Neben dem fachlichen Austausch verbessert und optimiert sich oft die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen.

Finden Übergaben in einer Großgruppe des Teams statt, sind alle Pflegenden beider Schichten anwesend. Nach unseren Recherchen sind in solchen Übergaben oft auch noch die Stationsleitung und der Stationsarzt zu gegen. Patienten und Angehörige sind nicht integriert.

Eine Gruppe, die noch nicht erwähnt wurde, die aber während einer Schicht im Rahmen der Pflege viel Zeit mit dem Patienten verbringt, ist die Gruppe der

Auszubildenden. Sie sind oft die ersten, die zu einem Klingelruf des Patienten gehen und sie werden nicht selten mit der Grundpflege und der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme beauftragt. Diese Tätigkeiten sind zeitintensiv und Patienten erzählen gerade den Auszubildenden dann oft Dinge, die sonst gar keiner weiß. Nicht nur deshalb, sondern auch weil Auszubildende über die Anwesenheit in der Übergabe eine Wertschätzung ihrer Person und ihrer Arbeit erfahren, sollten sie unbedingt in den Übergaben anwesend sein. Unabdingbar ist ihre Anwesenheit, wenn sie im Rahmen der Bezugspflege für einen oder mehrere Patienten zuständig waren.

Teilnehmer

- Ständige Teilnehmer
 - Bezugspflegekräfte
 - Auszubildende
- Bedarfsweise Teilnehmer
 1. Patienten
 2. Angehörige
 3. Stationsleitung
 4. Pflegedienstleitung
 5. Mitarbeiter anderer Professionen (z. B. Ärzte, Therapeuten, Wund- und Casemanager)

11.8 Festlegung des Übergabeorts

Mögliche Übergabeorte

- Übergabe im Dienstzimmer
- Übergabe im separaten Raum
- Übergabe am Patientenbett
- Übergabe vor dem Patientenzimmer

Eigentlich sollte es ganz klar sein. Ein inhaltlich bedeutendes Gespräch bedarf eines ruhigen Umfelds. Dieses Umfeld ist in erster Linie gegeben, wenn ein ruhiger Raum

vorhanden ist. Doch damit beginnt oft das Problem der Übergaben. Nur sehr wenige Stationen einer Klinik verfügen über einen geeigneten Übergaberaum. Nach unseren Recherchen finden die meisten Übergaben noch immer im Stations-/Dienstzimmer statt. Ausweichmöglichkeiten werden von Pflegenden gesucht und nicht selten wird die Patientenküche oder der Personalaufenthaltsraum dann als Übergabeort genutzt. Einen eigenen Raum für Gespräche, die durch Pflegende geführt werden gibt es selten. Gesprächsanlässe im Rahmen und Aufgabenfeld von Pflege gäbe es reichlich. Neben dem dringenden Bedarf für einen adäquaten Übergaberaum führen Pflegende auch Anamnesegespräche, Informations- und Beratungsgespräche durch, welche alle nicht in der Anwesenheit von Mitpatienten und ggf. noch Besuchern durchgeführt werden sollen.

Die Übergabe im Dienstzimmer bringt wie in ► Kap. 5 beschrieben viele Störungen mit sich und ist deshalb nicht empfehlenswert.

Ebenso unvorteilhaft ist die Übergabe vor einem Patientenzimmer. Die Zimmer befinden sich meist in Anbindung zum öffentlichen Flurbereich einer Station. Dadurch herrscht auch hier viel reger Patienten, Angehörigen und sog. „Transportverkehr“. Das bedeutet, dass die Übergaben immer wieder unterbrochen werden, weil z. B. Besucher nach einem Patientenzimmer und der Patiententransportdienst nach dem Patienten fragt.

Nun könnte man meinen, dass die „Übergabe am Bett“ den idealen Raum darstellt. Zum einen haben die Pflegenden einen Platz und zum anderen kann der Patient auch noch mit dabei sein kann. Das Problem ist hier, dass oft die

Schweigepflicht gebrochen wird, da die meisten Patienten sich nicht in einem Einbettzimmer befinden und dann Mitpatienten Informationen erhalten, die sie nicht haben sollten.

Praxistipp

Besprechen Sie mit Ihrem Team die Vor- und Nachteile Ihrer aktuellen Übergabeorte und überlegen Sie anhand dieser, Ihres Bezugspflegesystems und des Patientenkontexts was für Ihr Team eine möglichst optimale örtliche Lösung sein kann.

Ein bestehendes Übergabekonzept zu verändern bedeutet, dass sich die Teamleitung ebenso wie die Teammitglieder auf einen Prozess einlassen. Wichtig dabei ist, dass alle eine solche Umstellung auch als Prozess verstehen und nicht erwarten, dass es ein Projekt ist, welches in kürzester Zeit umzusetzen ist. Es braucht Pflegende, die eine effektive und sinnvoll strukturierte Übergabe wünschen und einen Initiator, der überzeugend und motiviert ist. Instrumente, die den Prozess strukturieren und die dafür sorgen, dass nichts vergessen wird, die aber auch hilfreich sind, um zu analysieren was eventuell nicht benötigt wird, sind in diesem Kapitel zusammengefasst worden.

Literatur

- Josuks H (2011) Gute Dienstübergaben gestalten. CNE.fortbildung 1
 Lauterbach A (2008) Da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht. Dienstübergaben in der Pflege. Books on Demand, Norderstedt



Dienstübergaben in der Pflege- Kapitel für die Neuaufgabe

Inhaltsverzeichnis

- 12.1 Die Idee – 160
- 12.2 Die Umsetzung – 161
- 12.3 Evaluation – 165
- Literatur – 166

Ein Übergabekonzept verändern – von der Idee bis zur praktischen Umsetzung.

12.1 Die Idee

Veränderungen brauchen eine Idee, Mut und Ausdauer, vor allen Dingen aber brauchen sie gute Rahmenbedingungen und Menschen, die sich für die jeweilige Veränderungsidee begeistern.

Bezogen auf das Thema der pflegerischen Dienstübergabe begeisterten erst einmal wir uns, zwei Pädagogen der Medizinischen Hochschule Hannover. Wir wollten eine Fortbildung zum Thema Dienstgaben für Mitarbeiter der Klinik entstehen lassen. Warum war und ist das so? Immer wieder haben wir in Unterrichten, in Reflexionsrunden mit Auszubildenden und in Gesprächen mit Praxisanleitern festgestellt, dass Dienstübergaben unterschiedlich gestaltet werden. Generelle Aspekte von Übergaben, wie z. B. die Dauer, der Inhalt oder anwesende Personen, sind Inhalte, die von Station zu Station und von akut-stationärer Pflege zur Langzeitpflege unterschiedlich sein können. Uns ist dabei aufgefallen, dass oft über medizinische Diagnosen, Untersuchungen und Zu- oder Ableitungen berichtet wird, aber z. B. weniger über die Ressourcen des zu Pflegenden und über kommunikative Aspekte in den Übergaben gesprochen wird. Bedenklich sind viele dieser Aspekte nicht, denn unterschiedliche Settings erfordern unterschiedliche Schwerpunkte in Übergaben. Doch in den pflegerischen Übergaben sollten pflegerische Aspekte im Fokus sein. Daneben sind gerade für Auszubildende und neue Mitarbeiter eine Orientierung, Struktur und inhaltliche Schwerpunkte wichtig. Jeder Standard oder auch stationsinterne Leitfaden zum Thema Dienstübergabe fördert eine Struktur und generell die Qualitätssicherung im Tätigkeitsbereich. Durch abgestimmte und einheitlich verwendete Instrumente für

Dienstübergaben kann den Mitarbeitern eine gute Orientierung gegeben werden und sie tragen zur Klarheit und zur Vollständigkeit einer Übergabe bei. Sie fördern zudem die Sicherheit der Mitarbeiter und der zu Pflegenden.

Auf der Grundlage dieser Gedanken und mit dem Ziel, den Fokus in den Übergaben mehr auf pflegerische und weniger auf medizinisch orientierte Fakten zu richten, haben wir uns Inhalte für ein niedrigschwelliges Fortbildungsformat überlegt. Dabei sollte das Format im ersten Schritt das Interesse am Thema wecken und vielen Mitarbeitern die Teilnahme ermöglichen. Es wurde ein zweistündiges „Kick-Off Format“ konzipiert, in dem u. a. Übergabeformate vorgestellt und Empfehlungen zu pflegerischen Inhalten und zur Kommunikation gegeben wurden. Wichtig war uns dabei, auf die Unterschiede mit den damit verbundenen Vor- und Nachteilen einer Übergabe im Team abseits des Patienten und der Übergabe zwischen den Bezugspflegekräften direkt am Patientenbett einzugehen. Bezogen auf die kommunikativen Inhalte ergab sich schon in der Kurzfortbildung die erste Möglichkeit der Reflexion. Hier wurden z. B. bestehende Muster und Haltungen der Kommunikation bewusst. Insgesamt war das Interesse bei vielen Mitarbeitern und insbesondere bei den Bereichs- und den Stationsleitungen da. Die erste Veranstaltung konnte starten.

Nach dem „Kick-Off Meeting“ boten wir die Möglichkeit einer gezielten Weiterarbeit für einzelne Bereiche oder Stationen an. Begründet ist dies darin, dass eine flächendeckende Umsetzung von theoretisch Gehörtem erst durch die Einbeziehung des gesamten Teams gut in der Praxis möglich werden kann. Ein oder zwei Mitarbeiter, selbst Leitungskräfte können einen solchen „Change-Prozess“, wie den der Übergabeumstellung kaum alleine erfolgreich und nachhaltig implementieren. Die Übergabe wird schließlich als zentraler Moment

in nahezu allen stationären Teams erlebt. Gern zitieren wir hier die Worte einer Leitungskraft, die mit Ihrem Team an einer Änderung des bestehenden Übergabeformates arbeitet: *„Mir war nicht klar, wie krass wichtig die Übergaben erlebt werden, also das es um einen Change des Herzstückes der Kollegen geht“*. Die Bedeutung der routinierten und täglichen Übergabe für Pflegende wird hier sehr deutlich. Eine Veränderung stellt somit nicht nur eine kleine strukturelle Änderung dar, sondern wird als gravierende Veränderung für das gesamte Team erlebt und sollte deshalb als länger andauernder Prozess gesehen und getragen werden. Ein Rückschritt und/oder Stillstand kann im Prozess dazugehören – entscheidend ist dann allerdings, wie man diesen begegnet.

12.2 Die Umsetzung

Im Anschluss an die Kurzfortbildung traten eine Bereichs- und die Gruppenleitung an uns heran. In einem geplanten Termin stellten sie uns, gemeinsam mit zwei Kolleginnen ihres Teams, die Form der Übergabe ihres Bereiches vor und äußerten effektive Aspekte und Probleme der Übergabe. Die beiden Kolleginnen besuchten auch das *Kick-Off-Meeting*, da sie sich für dieses Thema interessierten. Sie äußerten Bedarf und gaben erste konstruktive Vorschläge bezüglich eines veränderten Übergabekonzeptes. Unsere Rolle bestand darin, erst einmal nur zuzuhören, Nachfragen zu stellen und keine voreiligen Ideen oder Lösungen zu präsentieren, denn nicht selten scheitert der Changeprozess in der Umsetzung daran, dass er über die Mitarbeiter hinweg und nicht mit den Mitarbeitern gestaltet wird. Vor diesem Hintergrund ist es empfehlenswert, gleich von Beginn interessierte Mitarbeiter am Prozess zu beteiligen.

Im Gespräch wurde deutlich, dass die Leitungen ihr Team sehr schätzen, was eine

gute Basis darstellt, um Veränderungsprozesse aktiv zu gestalten.

Die Leitungen und Mitarbeiter berichteten zur Form der Übergabe, dass diese in der Großgruppe, also im gesamten Team durchgeführt wird, was sehr zeitintensiv ist. Hinzu kam, dass die Kommunikation bezogen auf das Abschweifen von relevanten Inhalten immer mal wieder als bearbeitungswürdig erlebt wird. Ebenso fehlte eine transparente und abgestimmte inhaltliche Struktur. Schaut man sich Untersuchungen zur Übergabe an, werden diese Aspekte als hinderlich erlebt, aber oft unbewusst in Kauf genommen. Neben anderen Autoren beschrieb auch *Lauterbach* zur Kommunikation, dass Pflegende gerade in Übergaben ihren Unmut zu verschiedenen Themen und Patienten aussprechen. Er bezeichnete dies als sogenannte *„Ventilfunktion“* und beschrieb weiterhin, dass der Austausch über Erlebtes der *„emotionalen Entlastung“* dient (vgl. Lauterbach 2008).

Auch zu den Übergabeformen, wie hier in der Großgruppe schrieb *Schmidt* das es in Deutschland eine noch oft gewählte Form ist. Nur ca. 12,4 % der Übergaben finden am Bett des Patienten statt (vgl. Schmidt 2018). Genau dort würde man aber den Fokus sehr gut auf durchgeführte Pflegemaßnahmen und Ressourcen des Patienten legen können. Der Patient würde aktuell gesehen, gehört und wahrgenommen werden können. Noch ausstehende Maßnahmen können gleich zeitlich geplant oder ggf. im sofortigen Anschluss gemeinsam durchgeführt werden. Diese Aspekte, fördern die Pflegequalität und die Beziehung zwischen zu Pflegenden und Pflegekräften.

Nach Sammlung und Auswertung der Punkte schlugen wir den Leitungen vor, dass wir uns im Rahmen einer Teambesprechung vorstellen und ein kurzes Feedback zur Übergabesituation einholen. Wir wollten den Ablauf, Inhalte und mögliche Veränderungsbedarfe erfragen. In der

Umsetzung zeigte sich, dass auch die Kollegen Dinge hatten, die sie als bearbeitungsbedürftig erleben, wenn auch unterschiedlich in der Ausprägung. So wurde z. B. die Struktur, ein vorgegebener Beginn, sowie ein zeitlich limitiertes Ende genannt. Wir schlugen vor, dass wir als Pädagogen unabhängig voneinander an zwei Übergaben teilnehmen und anhand dieser schauen, welche Aspekte wir sehen und wo wir neben ihren genannten Bedarfen ggf. weitere entdecken. In den folgenden Abbildungen haben wir zum einen von uns wahrgenommene allgemeine Fakten aufgeführt und zum anderen Sprachbeispiele notiert, die im Rahmen der Kommunikation und der Haltung für uns relevant erschienen.

In den ■ Abb. 12.1 und 12.2 sind prägnante Beobachtungen aufgeführt.

In einem weiteren Termin stellten wir den Leitungen und dem Team unsere Beobachtungen und Eindrücke vor. Wir hoben besonders die Aspekte hervor, die bereits gut vorhanden sind, wie z. B. die Fachsprache und gaben im Anschluss erste Empfehlungen für die Neugestaltung der pflegerischen Übergabe.



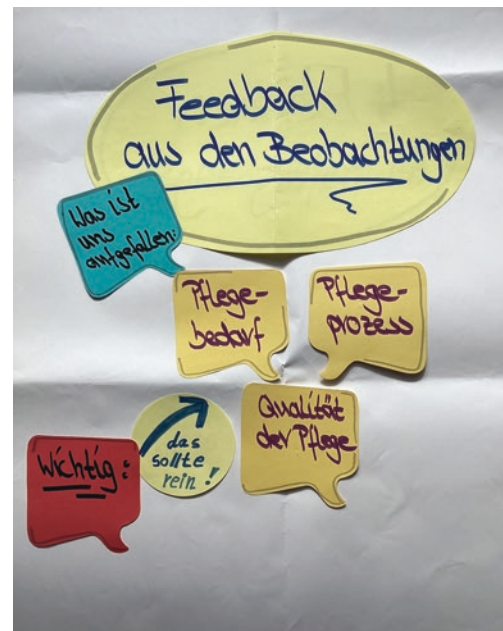
■ Abb. 12.2 Sprachbeispiele aus der Hospitation einer Übergabe

■ Abb. 12.3 zeigt einige Aspekte der Empfehlungen und die Tabelle 1 führt diese und weitere genauer aus.

12



■ Abb. 12.1 Beobachtungen der Hospitation der Übergabe



■ Abb. 12.3 Bedeutende zukünftig fokussiert zu integrierende Aspekte in der Übergabe

Aspekte mit Veränderungsbedarf	Mögliche Veränderungsoptionen
1. Form der Übergabe – aktuell in der Großgruppe trotz anschließender Bezugspflege	<ul style="list-style-type: none"> - Übergabe nur noch von Bezugspflegekraft an Bezugspflegekraft - Übergabe 15 min Großgruppe, Leitung gibt z. B. dort auch übergeordnete Informationen z. B. Hinweis nächste Teambesprechung, tagesaktuelle Dinge, dann Kurzübergabe nach festgelegten Punkten in Großgruppe - Anschließend Übergabe von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft am Bett und wenn möglich mit dem Patienten
2. Inhalte und Struktur der Übergabe - aktuell Übergabe anhand des Bettenbelegungsplans mit Informationen zu z. B.: Name, Alter, Diagnosen, OP- Tag, Besonderheiten z. B. Diabetes Mellitus, Drainagen, etc.... Problem: Übergabe dadurch stark medizinisch orientiert und wenig Informationen zu pflegerischen Aspekten z. B. Pflegeprobleme, passende und durchgeführte Maßnahmen, Ressourcen, eine professionell kommunizierte und differenzierte Gefühlslage des Patienten/Angehörige oft nicht im Fokus	<ul style="list-style-type: none"> - Inhalte nach festgelegter neuer Struktur z. B. Name, Pflege- und medizinische Diagnosen, Pflegebedarf und pflegerische Maßnahmen (Fokus: Prophylaxen Ressourcen, Gefühlslage, tagesausstehende Maßnahmen, geplante Diagnostik, OP, etc.... - Festgelegter Beginn und klarer Ort z. B. 13:00 Besprechungsraum- nicht mehr ca. 13:00 Gemeinschaftsraum - Klar definierte Dauer der Übergabe
3. Reflektion: Raum für Verbalisierung von belastenden Situationen und Bewusstwerdung von positiven Momenten, Emotionen, etc. Problem: aktuell wird immer wieder mal über verschiedene Patienten oder Umstände wertend, aber häufig nur bedingt lösungsorientiert gesprochen Beispiel 1: „Die Ehefrau hat heute schon zweimal nach dem Arzt gefragt, als könnten wir was dafür, dass er nicht kommt“ Beispiel 2: „Das Casemanagement sollte Freitag schon kommen, wer weiß wann das passiert“ Beispiel 3: „Heute war echt so viel los, ich weiß gar nicht was noch zu tun und schon erledigt ist“	<ul style="list-style-type: none"> - Im Anschluss an die Einzelübergabe ca. 10-15 min Zeit um Belastendes und positives Erlebtes/Geschafftes zu reflektieren - In diesem Kontext auch besprechen wer sich z. B. um das Casemanagement kümmert (Frühdienst, Spätdienst, Leitung?) - Mögliche unterstützende/anregende Methode: gezeichnete laminierte Karten oder Emotionskarten (siehe ► Kap. 7)

Für uns wurde nach der Hospitation und in Absprache mit den Leitungen deutlich, dass das Konzept der: „*Übergabe am Bett*“ geeignet sein kann, um die erhobenen Aspekte zu verändern. Dieses Konzept ist patientenorientiert und führt schnell zu einer zeitlichen Reduktion der Übergabe in der Großgruppe, wodurch sich Abschweifungen und spontane, teils auch unprofessionelle Äußerungen über persönlich Empfundenes verringern. Bei Bedarf oder als etablierte Maßnahme kann aber eine kurze Übergabezeit in der Großgruppe erfolgen, die für einen allgemeinen Überblick sorgt

und z. B. der Stationsleitung vor Beginn der Übergabe die Möglichkeit bietet, tagesaktuelle Punkte mitzuteilen. Die Aufmerksamkeit wird in der Kürze auf wesentliche Aspekte gerichtet und im Anschluss folgt die Übergabe am Bett von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft.

In einer Teambesprechung erfolgte ein Impulsvortrag zu Übergabekonzepten und wir zeigten eine mögliche „*Mind-Map*“ Struktur bezogen auf die Inhalte auf. Anhand eines Rollenspiels stellten wir eine kurze Übergabesequenz vor. Im Fokus war hier ein erfundenes Negativbeispiel

einer unsachlichen Ausdrucksweise und die Auswirkungen einer diffusen Struktur „Ja dann ist da immer noch Frau Langfeld in der 9, die kennst du ja, jammert rum, angeblich Schmerzen trotz Novalgin, nix ist geklärt, Drainage läuft, mal gucken was da noch kommt. Die Tochter war wohl gestern da, hat aber nix gesagt wegen Kurzzeitpflege, vorhin war der Meier noch im OP, aber der kümmert sich ja eh nicht, Hauptsache er operiert alle“.

Obwohl der Dialog erfunden war, kam er den Mitarbeitern bekannt vor. Die Pflegenden sahen es genauso wie die beiden Leitungskräfte, dass ein verändertes Konzept sinnvoll ist.

In der Folge stimmten Leitungen und Mitarbeiter über das Konzept am Bett ab und gründeten eine stationsinterne Arbeitsgruppe zum Thema. Nach kurzer Zeit entwarf die Gruppe ein verändertes Konzept für Ihre Übergabe (■ Abb. 12.4).

Während der Durchführungsphase hat die Arbeitsgruppe für ihre Übergabe mehrere Aspekte professionell verändert. Zum Beispiel findet die Übergabe nicht mehr im Gemeinschaftsraum, sondern im Konferenzraum der Station statt, was zu weniger Störungen führt. Auch ist eine konkrete

Dauer der gesamten Übergabe festgelegt worden und die Gruppe hat einen strukturierten Leitfaden für Ihre Übergaben entwickelt. Dieser hat eine Vor- und Rückseite. Vorn sind die Inhalte, der von Ihnen benannten „Kurzübergabeform“ in der Großgruppe aufgeführt. Wesentliche Aspekte sind dort z. B. Name, Alter und Adhärenz des Patienten. Durch den Aufbau wird eine qualitativ gute Struktur vorgegeben, die einen kurzen Überblick über die Patienten ermöglicht. Auf der Rückseite befinden sich die Punkte zur Übergabe, die am Patientenbett im Fokus stehen. Neu und gezielt enthält dieser Leitfaden wesentliche Aspekte zur pflegerischen Situation des Patienten, wie z. B. Prophylaxen, psychische Situation, Ernährungssituation, etc. und endet mit einem Bettplatzcheck. Auch dies ist eine gravierende Neuerung. Die Arbeitsgruppe ließ sich von einer Druckerei bezgl. Format und Farben für den Leitfaden beraten. Es entstand ein optisch ansprechender Leitfaden in einem laminierten und handlichen A5 Format. Dieses ist u. a. bewusst gewählt, um Papierressourcen zu sparen und den Leitfaden täglich desinfizieren zu können. Zudem kann er so praktisch in der Kasketasche transportiert werden.

- Zeitplanentwicklung für die Übergabe
- Neuer Übergabeort: Konferenzraum der Station
- Übergabebeginn in der Großgruppe in Anwesenheit der Leitung
- Leitung gibt täglich u.a. Organisatorische Informationen, teilt die Schichtleitung ein, etc. (Dauer ca.15min)
- Aufteilung des Spätdienstes zur Patientenversorgung (Bezugspflegezuordnung)
- Kurzübergabe in der Großgruppe ca.10-15min
- Übergabe anhand eines entwickelten Leitfadens
- Übergabe von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft am Patientenbett
- Kurze Reflexion belastender und positiv erlebter Tagesmomente

■ Abb. 12.4 Veränderte Übergabepunkte durch die Arbeitsgruppe der Station

Abschließend ist zu erwähnen, dass die Übergabe weiterhin in der Großgruppe startet und erst danach die Übergabe der Bezugspflegernden stattfindet. Dies war ein wichtiger Wunsch des Teams. Dieser wurde im Changeprozess von den Leitungen berücksichtigt. Gerade in einem solchen Wandel ist es sehr bedeutend, für die Mitarbeiter etablierte und wichtige Rituale auf Ihren Wunsch, sofern möglich, zu belassen. Nicht alles sollte komplett verändert werden, sondern es ist empfehlenswert zu schauen, was gut etabliert und effektiv ist. Das Beibehalten ausgewählter vertrauter Punkte stellt auch immer eine Würdigung von Erreichtem dar (Rauen und Steinhübel 2022).

12.3 Evaluation

Wie in der Durchsetzung beschrieben, hat die Arbeitsgruppe auf der Basis der Fortbildungsinhalte ihre Übergabe stark verändert. Es ist ein professionelles Konzept entstanden, welches sich aus verschiedenen, beschriebenen Anteilen zusammensetzt. Nicht nur ein Austausch zum Erleben der Übergabesituation wurde möglich, sondern es entstand auch ein strukturierter und praktischer Leitfaden für das Übergabeformat der Station. Hierüber, aber auch über die Reflektion der Sprache und somit auch immer über die Reflektion der Haltung ist es gelungen, die Übergaben mehr patientenorientiert und sprachsensibler zu gestalten.

Doch nicht alles kann täglich vollständig umgesetzt werden. Dazu gab es auch Punkte, die sich nicht etabliert haben. Zu nennen ist hier, die kurz angedachte, tägliche Reflektion eines belastenden und/oder eines positiv erlebten Momentes in der Pflege. Obwohl die Pflegekräfte, wie auch Lauterbach schon beschrieb, gerade in den Übergaben ihre Gefühle und Gedanken meist ungefiltert äußern, konnte sich ein 10minütiges Format zur gezielten Reflektion der Gefühle und Gedanken nicht durchsetzen. Die Idee, einen Platz entstehen zu las-

sen, um nicht einfach nur alles loszuwerden was anstrengend, traurig oder auch unbefriedigend war, sondern dieses gezielter zu tun, scheiterte. Gezielt sollte es ja vor allem sein, um gerade das Positive des Tages, welches wenig bewusst wahrgenommen wird, deutlich hervorzuheben. Nicht selten gehen Pflegekräfte nach Hause und denken weiter darüber nach, was ggf. vergessen wurde, was ärgerlich war oder gar nicht geschafft wurde, anstatt sich über kleine und große Erfolge ihrer Arbeit zu freuen und diese darüber als positive Momente ihres Tuns wahrzunehmen. Aktuell ist noch nicht klar, warum dieses *Tool* im veränderten Konzept der Station bewusst war, aber nicht umgesetzt wurde. Es wird aber ein Zusammenhang mit Scham und Ungewohntheit vermutet. Geplant ist bereits eine Evaluation, wo dies u. a. erfragt und ggf. verändert probiert wird (vgl. Hardeland, 2022).

Auch ein Teil der noch eher selten durchgeführt wird, ist die Übergabe am Patientenbett. Die Übergabe in der reduzierten Großgruppe funktioniert gut, die von Bezugspflegekraft zu Bezugspflegekraft unterschiedlich. Direkt am Patientenbett erfolgt kaum eine Übergabe. Die Sorge, dass es zu viel Zeit am Bett des Patienten braucht, weil dieser einige Fragen haben könnte, sind ebenso ein Grund es nicht zu tun, wie eine Ungewohntheit und empfundene Unsicherheit dieses neue Vorgehen zu erproben. Auch hier steht das Forschen nach den genauen Ursachen aus, da die Umsetzung weiter so wie beschrieben angedacht und insbesondere von den Leitungen und einigen Kollegen gewünscht ist. Gemeinsam gilt es dann auf der Basis der Ergebnisse nach geeigneten Lösungen für das gesamte Team zu suchen. Es ist wichtig zu wissen, was die Kollegen brauchen, um wieder ins veränderte Tun zu kommen.

Die Stationsleitung bestätigte die Motivation der Mitarbeiter, doch dann stockte die Umsetzung durch die Corona-Pandemie ungemein. Die personellen Ausfälle in dieser Zeit und auch im Anschluss waren zu

hoch, als das eine Gewöhnung an das veränderte Konzept entstehen konnte. Die Leitung sieht deutlich, dass gerade am Anfang eine engere Begleitung notwendig gewesen wäre, die unter dieser angespannten personellen Situation nicht zu leisten war. Dazu kam, dass der Chefarzt der Abteilung nach Jahrzehnten in den Ruhestand ging. Auch dies führte zu länger anhaltender Unsicherheit, was die Gedanken der Mitarbeiter bezogen auf neue Strukturen anging.

Wichtig ist deshalb, dass eine Implementierung eines neuen Konzeptes zu einer Zeit stattfinden sollte, in der ausreichend Personal da ist und in der es keine weiteren, größeren Projekte oder Veränderungen gibt, die das Personal binden oder eine Unsicherheit mit sich bringen könnte. Vor allem aber sollte die Leitung und sofern möglich, noch zwei bzw. drei weitere in der Thematik involvierte Mitarbeiter eines Projektes (Tutoren) relativ konstant vor Ort sein. Gerade in den ersten Monaten braucht es Vorbilder, Motivatoren und Befürworter eines veränderten Konzeptes. Auch wenn der Sinn einer Veränderung im Team klar ist, fallen Kollegen zwischendurch nicht selten in alte Muster zurück und fast ebenso schnell etablieren sich genau diese wieder. Es ist deshalb so bedeutend, den Mitarbeitenden beratend, erinnernd und motivierend zur Seite zu stehen. Dies war leider unter der Corona-Pandemie nicht möglich und vorher nicht absehbar.

Abschließend ist eine Empfehlung für eine offene Kommunikation über Widerstände und positiv Erlebtes am neuen Konzept sehr wichtig. Widerstände, Rückschritte und auch Stillstand können im Prozess dazugehören. Entscheidend ist hier, wie man dem begegnet. Widerstände sind normal und anstatt sie zu ignorieren oder nicht ernst zu nehmen ist der Austausch darüber wertvoll. Erst wenn die Gedanken des Widerstandes in Worte gefasst und damit für jeden transparent werden, kann man gemeinsam überlegen, was es braucht, um den Widerstand zu verringern. Wichtig zu wissen ist, dass verdeckte Widerstände Changeprozesse in der Organisation und bei den Menschen selbst nachhaltig beeinträchtigen können (Rauen und Steinhübel 2022). Dem sollte man als Führungskraft zeitnah entgegenwirken.

Literatur

- Hardeland H (2022) Emotionskarten Wie geht es Dir? Das Profi Set. Online unter: Emotionskarten „Wie geht es dir?“ – Profi-Set – Lerncoaching-Shop.
- Lauterbach A. (2008) da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht: Stille Post. Dienstübergaben in der Pflege
- Rauen C, Steinhübel M (2022) Wandel. Business-Coaching and more. Online unter: 13 – Wandel – Business-Coaching and more – Podcast (podigee.io)
- Schmidt M (2018) Anforderungen an die Pflegeübergabe im Krankenhaus. Pflegewissenschaft 3: 3–4

Serviceteil

Stichwortverzeichnis – 169

Stichwortverzeichnis

4-Ohren-Modell von Schulz v. Thun 76

A

Ablauf 130
 Ablauforganisation 57
 Absicherung, haftungsrechtlich 141
 Akte 115
 Aktualisierung 115
 Anfangsphase 51
 Angehörige 122
 Ankommensritual 43
 Anordnungsverantwortung 145
 Appell aspekt 77
 Arbeitsbelastung 44, 70
 Arbeitsfluss 66
 Arbeitsspitzen 42
 Arbeitszufriedenheit 116, 153
 Archivierung 142
 Aspekt
 – hypothetischer 61
 – strukturell-bedingter 45
 Aspekt, objektiver 44
 Assessmentinstrument 22
 Atmosphäre 68
 Aufmerksamkeit 86
 Aufnahmestatus 24
 Aufnahme- und Versorgungssituation 27
 Ausdrucksweise 36, 85
 Ausnahmetätigkeit 11
 Ausrichtung der Pflege 51
 Aussagen 83
 Äußerung, gefühlsbetonte 88
 Austausch 37, 43, 96, 103, 129
 – berufsgruppenübergreifender 103
 – psychosozialer 118
 Auswirkung, negative 65

B

Bedarfsanalyse 7
 Bedürfnis 121, 131
 Bedürfnisorientierung 49
 Beendigungsphase 45, 51
 Befragungsergebnis 117
 Begrenzung, zeitliche 61
 Belastungsfaktor 94

Belegungsliste 115
 Belegungsübersicht 54
 Bemessungsgrundlage 136
 Bereichspflege 14, 152
 Bereichsübergabe 118
 Berichterstattung 138
 Berichtsprache 85
 Berufsgruppe 31
 Besonderheit, patientenzentrierte 126
 Betreuungsphase 44
 Bewältigungsstrategie 104
 Beweislastumkehr 140
 Bewohnerliste 113
 Bewusstwerdung 94
 Beziehung 38, 75
 Beziehungsaspekt 76
 Bezugsperson 137
 Bezugspflege 112, 158
 Bezugspflegerkraft 155
 Bezugsübergabe 116
 Blitzlichtfeedback 94
 Brainstorming 148
 Bundesgesetzbuch 143
 Burn-out-Prophylaxe 104
 Burn-out-Syndrom 92

C

Case-Management 15
 Chance 84
 Changeprozess 161, 165, 166
 Checkliste 56
 Cool-out-Syndrom 93
 Coping-Strategie 104

D

Daten 20
 – irrelevante 36
 – objektive 46
 – personalisierte 38
 – relevante 36
 Datenerhebung 23, 24
 Datenschutz 37, 111
 Datensicherung 29
 Desinteresse 40
 Dialekt 81
 Dokumentation
 – EDV-gestützte 141
 – pflegerische 145

Dokumentationskultur 28
 Dokumentationspflicht 141, 143
 Dokumentationsvisite 134
 Doppeldeutigkeit 83
 Doppeldokumentation 28, 144
 Dreiphasigkeit 45

E

Effektivität 55
 Einschätzung, subjektive 146
 Eins-zu-Eins-Betreuung 55
 Einzelsupervision 104, 114
 Emotionsarbeit 92
 Empathie 57
 Entlassungsmanagement 59
 Entlastung 11
 Entlastungsmöglichkeit 92
 Entprofessionalisierung 93
 Entscheidungssetting 51
 Entschleunigung 81
 Erfahrungswert 28
 Erfolge 53
 Ergebnis 121
 Erinnerungshilfe 46
 Erinnerungswert 28
 Erkenntnis 150
 Eröffnungsphase 44
 Ethikkomitee 100

F

Fachgespräch 11
 Fallbesprechung 14, 62, 95, 114, 118, 136
 – externe retrospektive 97
 – interne prospektive 98
 – interne retrospektive 97
 – prospektive 98
 – retrospektive 96
 Fehlinterpretationen 81
 Festschreibung 49
 Fokus, pflegerischer 114
 Formen der Pflegevisite 133
 Fortbildungsformat 160
 Fragebogen 7
 Freitext 55
 Frühwarnsystem 11
 Führungsinstrument 130
 Funktionsbereich 57

G

Gefühlsarbeit 92
 Genderaspekt 2, 85
 Generalistische Pflegeausbildung 140
 Gesamteinschätzung, subjektive 48
 Gesprächsmitte 51
 Gesprächspartner 51
 Gesprächsrahmen 129
 Gesprächsregel 52
 Gesprächssituation 74
 Gesprächstechnik 74
 Gesprächsverhalten 87
 Großgruppenübergabe 14, 152
 Grundlage
 – gesetzliche 142
 – rechtliche 140
 Grundsatz 86

H

Haltung 30, 87
 Haltungsveränderung 132
 Handlungsbedarf 135
 Handlungsschritt 61
 HIPSTA 65

I

Implementierungsteam 70
 Information 76
 – medizinische 26
 – pflegerische 151
 – pflegerische 26
 Informationsaustausch 25, 29, 126, 135
 – mangelnder 30
 Informationsdefizit 55
 Informationsdichte 152
 Informationsdurchlauf 45
 Informationseinheit 69
 Informationseinteilung 50
 Informationserfassungssystem 28
 Informationserhebung 26, 127
 – bedarfsorientierte 24
 Informationsfixierung 54
 Informationsfluss 56, 129
 Informationsgehalt 28
 Informationsgespräch 86
 Informationsquelle 21
 Informationssammlung 22
 Informationssicherungsinstrument 28
 Informationsstruktur 20, 24, 151

Informationsweitergabe 2, 10, 127
 – formelle 146
 – informelle 146
 Inhalt 2
 Interessenslage 61
 Interpretation 86
 Interprofessionelle Seminarübergabe 62, 63
 ISOBAR 63, 64

J

Jugendsprache 79

K

Kernphase 44
 Kitteltaschenvariante 57
 Kleingruppensupervision 95
 kollegiale Beratung 103
 Kombination 123
 Kommunikation 2, 51
 Kommunikationsbasis 137
 Kommunikationsmodelle 75, 76
 Kommunikationsmuster 82
 Kompetenz 73
 Kompetenzerweiterung 136
 Kompromiss 50
 Konsequenzen 45
 Konzentration 121
 Kooperationsbereitschaft 47
 Körpersprache 77
 Krankenhausverweildauer 117
 Krankenpflegegesetz 145
 Kriterien 46
 Kritik 77

L

Lebensbedürfnis 41
 Leitfaden 145
 Lösung 84

M

Makrovisite 134
 Mehrfachnutzen der Patientenakten 43
 Meinungsaustausch 55
 Menschlichkeit 83
 Mikrovisite 134
 Mindmap 149
 Mittagsübergabe 16
 Moderator 100
 Motivationsbereitschaft 47

N

Nebengespräch 43
 Neuausrichtung 69
 Next-Studie 6
 Nijmegener Methode 95, 101
 Nimwegener-Methode 95, 101
 Notfallinformation 150

O

Optimierungsaspekt 71
 OP-Übergabe 57
 Ordnung von Informationen 46
 Organisationsstruktur 41
 Organisator 68
 Orientierung 23, 120, 151
 Orientierungshilfe 46
 Orientierungsrahmen 50

P

Parameter 56
 Patientenakte 43
 Patientenanamnese 20
 Patientenkontakt 152
 Patientenklänge 66
 Patientenliste 113
 Patientenschaden 145
 Patientensituation 40
 Patientenübersicht 155
 Patientenversorgung 31
 Patientenzimmer 53
 Person, nichtbeteiligte 53
 Pflege
 – ambulante 59
 – effektive 23
 – prozesshafte 131
 Pflegeanamnese 24
 Pflegearbeit 84
 Pflegebasis 130
 Pflegebedarf 128
 Pflegeberufegesetz 140
 Pflegediagnose 133
 Pflegedokumentation 3, 6, 20, 144
 Pflegeexperten 127
 Pflegefachkraft 134
 Pflegeintervention 127
 Pflegeleistung 114
 Pflegemodell 51
 Pflegeprozess 37, 137
 Pflegequalität 131
 Pflegesetting 26, 35, 49, 62, 126, 133, 140
 Pflegesystem 112, 152
 Pflegeteam 126, 130

Pflegeübergabe 127
 Pflegeüberleitung 58
 Pflegeüberleitungsbogen 59
 Pflegeverständnis 25, 30
 Pflegevisite 3, 15, 126, 133, 136, 144
 Pflegewertigkeit 27
 Praxisanleitung 74
 Praxisrelevanz 28
 Praxistauglichkeit 143
 Präzisierung des Pflegeprozesses 137
 Primary Nursing 112
 Priorisierung 51
 – von Informationen 25
 Professionalisierung der Pflege 133
 Professionalität 82
 Projektgruppe 110
 prozesshafte Struktur 50
 Psychohygiene 2, 11, 92, 118

Q

Qualitätskriterien 131
 Qualitätsmerkmal 68
 Qualitätssicherung 113
 Qualitätsüberprüfung 142
 Qualität vor Quantität 137
 Quelle 21
 – objektive 22
 – subjektive 22

R

Rahmenbedingung 3
 – gesetzliche 49
 Rahmenlehrplan 140
 Rederecht 35
 Redewendung 87
 – funktionale 83
 Reflexion 94
 Regelmäßigkeit 52
 Regelwerk 67
 Reihenfolge 27
 Resilienz 95
 Ressource 113, 134
 Ressourcenbindung 137
 Ressourcenverlust 121
 Revision 89
 Rohentwurf 70
 Rolle, gesellschaftliche 132
 Roter Faden 46

S

Saalübergabe 58
 Sachaspekt 76
 Sachinformation 38
 Salutogenese 41
 Sammeln von Informationen 22
 SBAR 64
 Schicht, übergebende 42
 Schreibgespräch, stummes 148
 Schulungsbedarf 136
 Schweigepflicht 143
 Sekundärsystem 39
 Selbstoffenbahrungsaspekt 77
 Selbstverantwortung 132
 Selektionsunvermögen 30
 Setting, stationäres 53
 Shannen-u.-Waever-Kommunikationsmodell 75
 Sicherungsquelle 28
 Situationsbewältigung 61
 Smartphone 79
 Sozialgesetzbuch 143
 Spracharmut 80
 Sprachbild 83
 Sprachbeispiele 162
 Sprache 81
 Sprache, gesundheitsorientierte 83
 Sprachgewohnheit 82
 Sprachschatz 84
 Springer 67
 Störeffekt 123
 Störquelle 66
 Störung 17, 29, 65, 120, 154
 Stressor 120
 Struktur 53
 Strukturbeschreibung 133
 Strukturierungsaspekt 46
 Strukturierungsbedarf 36
 Struktur-Mindmap 149
 Subjektivität 88
 Subsystem 39
 Supervision 103
 Synonym 38
 System, soziales 60

T

Tageserfolg 94
 Tätigkeit, vorbehaltene 140
 Team, multiprofessionelles 30
 Teamarbeit 41
 Teamsupervision 104, 114
 Teilnehmer 117
 Themenzentrierten Interaktion (TZI) 85

Tourenübergabe 55
 Tradition 69, 70
 Transparenz 128
 Türschild 122

U

Überblick 114
 Übergabe 6, 20
 – als Gespräch 51
 – effiziente 48
 – fallbezogene 36
 – fließende 15
 – halboffene 50
 – interdisziplinäre 14
 – multiprofessionelle 112, 157
 – offene 48
 – patientenferne 13, 52
 – patientennahe 12, 53
 – professionsübergreifende 154
 – schriftliche 54
 – strukturierte 45
 – stumme 15
 – systemische 59
 Übergabeart 2
 Übergabebericht 11
 Übergabecheckliste 56
 Übergabedauer 117, 153
 Übergabedokument 55
 Übergabeform 2, 3, 12, 52, 112, 154
 Übergabefrequenz 49
 Übergabegruppe 61
 Übergabeinhalt 114
 Übergabeinstrument 135
 Übergabekonzept 148
 Übergabeort 110, 156
 Übergabeprogramm, EDV-gestütztes 141
 Übergaberaum 158
 Übergaberitual 119, 148
 Übergabesatz 75
 Übergabesituation 79, 148
 Übergabestatus 115
 Übergabestil 69
 Übergabestruktur 11, 35
 Übergabeteam 67, 112
 Übergabetisch 119
 Übergabeumfang 16
 Übergabevariante 137
 Übergabezeit 54, 68
 Übergabezeitpunkt 119
 Übergabeziele 6, 10
 Überlappungsphase 55
 Überlappungszeit 39
 Überleitung 58

Überleitungsbericht 126
Überschneidung 62
Übertragungsfehler 140
Unkonzentriertheit 66
Unsicherheit 87
Unterstützungsangebot 59
Unterstützungsbedarf 135
Unterstützungsleistung 59

V

Veränderungsaufwand 130
Verantwortung 127, 132
Verbesserung der Übergabe 37
Vereinheitlichung 56
Verlaufsstatus 24

Vernetzung 37
Verständnis 35
Verweildauer 126
Visite 126
– ambulante 134
– externe 134
– kollegiale 134
– supervidierende 134

W

Weitergabe an Dritte 143
Wichtigkeitsabfolge 41
Wissensdefizit 38
Würdigung 165

Z

Zeiteinteilung 50
Zeitintensivität 54
Zeitmangel 38
Zeitplanung 39
Zeitrahmen, ausreichender 69
Zeitressource 28
Ziele 10, 148
Zusammenarbeit 157
Zuständigkeit 77
Zuständigkeitsverteilung 29