

Schriftliche Hausarbeit für die staatliche
Abschlussprüfung in der Fachweiterbildung für
Notfallpflege

Strukturierte Patienten-Übergabe in der
Zentralen Notaufnahme

Eine IST-Analyse

Eingereicht bei der
Fachweiterbildung für Notfallpflege
im Klinikum Links der Weser in Bremen

Name:	Jonas Gerlemann
Abgabetag:	12.08.2022
Anzahl der Worte:	8239

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis	1
1.	Einleitung.....	2
1.1	Motivation und Zielsetzung.....	2
1.2	Aufbau und Methodik der Arbeit	3
2.	Grundlagen der Übergabe.....	4
2.1	Definition der Übergabe	4
2.2	Übergabe in der Pflege	4
2.3	Übergabe in der ZNA	6
2.4	Crew-Ressource-Management	9
3.	Informationsverluste	10
3.1	Stille Post	10
3.2	Studienlage	10
3.3	Störungen	12
3.4	Kommunikation	13
4.	Übergabeinstrumente	16
4.1	Grundlagen Übergabeschemata.....	16
4.2	Merkhilfen für Übergaben.....	17
4.2.1	SOAP	17
4.2.2	I-PASS und I-PASS the BATON.....	17
4.2.3	IMIST-AMBO	18
4.2.4	ISOBAR	19
4.2.5	SBAR.....	20
4.3	Notfallmedizin-Tools.....	21
4.3.1	OPQRST.....	21
4.3.2	c-ABCDE	21
4.3.3	FAST	22
4.3.4	NRS.....	22
4.3.5	SAMPLER und AMPEL	23
5.	Kritische Betrachtung der Übergabe	23
6.	Beobachtung IST-Situation in der ZNA	24
6.1	Methodisches Vorgehen.....	24
6.2	Beobachtungsvorbereitung	26
6.3	Ergebnisse der Beobachtungssituationen	27
6.4	Diskussion der Ergebnisse	28
6.5	Erkenntnisse und Maßnahmen.....	29

7. Zusammenfassung und Ausblick	30
8. Fazit	31
9. Literaturverzeichnis	32
II. Abbildungsverzeichnis	34
III. Tabellenverzeichnis	35
Versicherung	

I. Abkürzungsverzeichnis

ATLS - Advanced Trauma Life Support

ACSQHC - Australian Commission on Safety and Quality in Health Care

CRM - Crew-Ressource-Management

DGAI - Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin

GCS – Glasgow Coma Scale

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

NRS - Numerische Rating Skala

SOP - Standard Operating Procedures

WHO - World Health Organization

ZNA - Zentrale Notaufnahme

1. Einleitung

1.1 Motivation und Zielsetzung

Übergaben sind bei jedem Patienten¹, der die Klinik über den Rettungswagen erreicht, durch das Rettungsdienstpersonal notwendig. Doch sind die Übergaben strukturiert genug, um einer Patienten-Übergabe gerecht zu werden?

In der vorliegenden Arbeit geht es um die strukturierten Patienten-Übergaben vom Rettungsdienstpersonal an die Pflegekräfte der Zentralen Notaufnahme (ZNA). Dieses Thema ist von besonderem Interesse. Einerseits können bei unstrukturierten Übergaben Informationen verloren gehen, andererseits ist das Umgebungssetting der ZNA, die Zuhörqualität und die Körperhaltung der Pflegekräfte wichtig. Ein wertschätzender Umgang sollte selbstverständlich sein.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit befasst sich damit, wie der Übergabeprozess von der Präklinik zur Klinik an der Schnittstelle ZNA stattfindet. Die Forschungsfrage lautet: Welche Übergabeschemata werden bei den Patienten-Übergaben angewendet und werden diese durch die aufnehmenden Pflegekräfte angenommen? Der Übergabeprozess ist ein täglich stattfindender Prozess in der pflegerischen Tätigkeit.

Mit einer Struktur kann die Patienten-Übergabe effektiv und effizient funktionieren. Es bedarf fester Übergabeschemata, die sowohl dem Rettungsdienst als auch der aufnehmenden Klinik bekannt sein sollten. Nicht selten wird bei Übergaben der Fokus auf einzelne Schlagwörter gelegt. Dies führt zu einem Starrsinn in der Diagnosefindung und lässt andere Diagnosepfade erst verspätet zu. Strukturierte Übergaben sollten in der Versorgung von Notfallpatienten einen hohen Stellenwert haben (Gräff, et al., 2022).

In einem traumatologischen Schockraum findet die Übergabe nach einem validierten Schema statt. Es finden Prozesse statt, die etabliert sind. In zertifizierten Traumazentren müssen Standards vorhanden sein, wie beispielsweise Weiterbildung der Ärzte im Advanced Trauma Life Support (ATLS)-Kurs oder Schockraum-Training für Pflegekräfte. Wenn ein Patient als „nicht-Schockraum-Patient“ angemeldet wird, findet eine andere Art der Übergabe statt. Es drohen

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

bei mündlichen Übergaben von der Präklinik zur Klinik an der Schnittstelle ZNA gravierende Fehler, die zu Fehlinterpretationen und durch einen fehlenden Informationsfluss zu einer Gefährdung des Patienten in der Behandlungsstufe führen können (Schacher, Glien, Kogej, & Gräff, 2019, S. 3).

Ziel dieser Arbeit ist es, den Übergabeprozess zu analysieren und zu betrachten, ob die Übergaben strukturiert und in einem angemessenen Setting stattfinden. Dazu wird ein Beobachtungsprozess stattfinden.

Es sollen durch Übergabeschemata alle notwendigen Informationen an die Pflegekräfte und Ärzte im Bereich, wo der Patient letztendlich zugeteilt wird, übermittelt werden können. Pflegekräfte sollen in der ZNA mit dem Thema Patienten-Übergabe mehr in Kontakt treten und die Wichtigkeit und Notwendigkeit der Informationsaufnahme und -weitergabe erkennen. Übergaben sind sinnvoll und erhöhen die Patientensicherheit (Schacher et al., 2019, S. 3).

1.2 Aufbau und Methodik der Arbeit

In dieser Facharbeit „Strukturierte Patienten-Übergabe in der Zentralen Notaufnahme - Eine IST-Analyse“ werden durchgeführte Beobachtungen zu Patienten-Übergaben zwischen dem Rettungsdienst und den Pflegekräften analysiert. Im ersten Teil werden die Grundlagen der Übergabe genauer betrachtet und Parallelen zu Übergaben auf den bettenführenden Stationen beschrieben. Im zweiten Teil geht es um die Informationsverluste während des Übergabeprozesses. Im dritten Teil einige der Merkhilfen, auch Übergabeschemata genannt, genauer erörtert. Im vierten Teil findet eine kritische Betrachtung der Übergabe statt. Der fünfte Teil befasst sich mit dem Beobachtungsprozess der Patienten-Übergaben. Eine Zusammenfassung und ein Ausblick folgen im sechsten Teil. Den Abschluss der Facharbeit bildet das Fazit.

Für einen ersten Überblick wurde die Suchmaschine *Google* verwendet mit den Begriffen: *Übergabe*, *Übergabe Notaufnahme* und *Übergabeschema*. Diese gaben erste Informationen und weiterführende Begriffe für eine detailliertere Recherche. Es wurde dann eine selektive Literaturrecherche durchgeführt. Diese fand bei *Google Scholar* statt mit den bereits getätigten und weiteren Suchbegriffen: *Pflege-Übergabe*, *Notaufnahme Übergabe*, *Patienten-Übergabe*, *Konzepte strukturierte Patienten-Übergabe*, *Studien Patienten-Übergabe*, *Patientensicherheit*, *Beobachtung* und *teilnehmende Beobachtung Sozialforschung*.

Darüber hinaus wurde mit den englischen Begriffen *patient handover*, *information transfer*, *handover-process* und *patient-safety* gesucht.

Diverse Literaturergebnisse wurden durch diese Suche erzielt, darunter Artikel aus mehreren Fachzeitschriften. Die Literatur wurde gesichtet und die als relevant erachtete Literatur mit in die Facharbeit einbezogen. Weitere Fachliteratur stammt aus dem privaten Bestand, der Stadtbibliothek Bremen und der Bibliothek an der Hochschule Osnabrück. In den Suchmaschinen der Bibliotheken wurde ebenfalls mit den genannten Suchbegriffen gearbeitet. Literatur zur Übergabe in der Pflege und zum Thema Sozialforschung (teilnehmende Beobachtung) ist dadurch gefunden wurden. Es wurde eine Auswahl an Merkhilfen in die Facharbeit genommen.

2. Grundlagen der Übergabe

2.1 Definition der Übergabe

Als Übergabe in der Pflege wird der Wechsel in der Ausübung einer verantwortlichen Tätigkeit beschrieben. Pflegeübergaben finden in der Klinik auf den bettenführenden Stationen durch die Pflegekräfte in der Regel nach jedem Dienst statt. Es kommt zu einem Verantwortungswechsel für die Patienten von einem Dienst zum nächsten Dienst. Dadurch soll die pflegerische Versorgung sichergestellt sowie ohne Unterbrechungen weitergeführt werden (Spragner, 2015, S. 229). Die zentrale These der Übergabe wird nach Lauterbach so gekennzeichnet, dass eine Übergabe für einen reibungslosen Informationsfluss sorgt. Dieser ermöglicht einen reibungslosen Arbeitslauf und daraus resultiert eine gute Pflege (Lauterbach, 2008, S. 106).

2.2 Übergabe in der Pflege

Eine Übergabe hat gewisse Aspekte, die erfüllt sein sollen. Dazu zählen die Ziele, Inhalte, Teilnehmer, Dauer, Form der Übergabe und wo sie stattfindet. Durch die Übergabe werden primär die klinisch relevanten Informationen weitergeben, wie beispielsweise die Diagnosen, Operationen oder Laborwerte. Dagegen finden Pflegemaßnahmen weniger Platz und werden nicht effektiv übergeben. Für Pflegekräfte sei es schwer, Beobachtungen und Wahrnehmungen in entsprechende Worte zu fassen (Blank & Zittlau, 2017, S. 6).

Wie Patienten übergeben werden entscheidet der entsprechende Bereich. Es gibt verschiedene Formen der Übergabe. Dabei wird unter patientenfernen und patientennahen Übergaben unterschieden. Patientenferne Übergaben finden in einem geschlossenen Raum statt, in

den sich die Pflegekräfte zurückziehen und entweder eine Übergabe für den verantwortlichen Bereich machen oder eine große Übergabe, in der alle Pflegekräfte der Schicht über alle Patienten der Station informiert werden. Dadurch ist es möglich, über Informationen zu sprechen, die der Patient (noch) nicht erhalten soll. Diese Form ist aufgrund der fehlenden Präsenz im jeweiligen Bereich eine störanfällige Form, da Patienten oder Angehörige an der Tür klopfen könnten, um Informationen einzufordern (Spragner, 2015, S. 229f.). Dagegen finden patientennahe Übergaben direkt am Patientenbett statt. Störungen sind ebenfalls möglich, jedoch durch den zu übergebenden Patienten und somit erwünscht. Mitpatienten können bei dieser Form patientenbezogene Informationen mithören und eine Störquelle sein. Die gemischte Form der Übergabe findet zunächst patientenfern statt. Es werden alle wichtigen Informationen besprochen. Danach wird die Übergabe patientennah am Bett weitergeführt (Spragner, 2015, S. 230).

Zudem gibt es die Möglichkeit einer mündlichen oder schriftlichen Übergabe. Die Regel ist eine Übergabe in mündlicher Form. Eine schriftliche Form im Rahmen eines Übergabebuches beinhaltet aktuelle Veränderungen. Es ist abzugrenzen von einer Pflegedokumentation und stellt ein einzelnes Dokument dar. So sind Informationen später noch abrufbar und stellen die Grundlage für Verlegungen oder Entlassungen dar. Der erhöhte Aufwand steht diesem Verfahren jedoch kritisch gegenüber (Spragner, 2015, S. 230).

Bei der Pflegeübergabe sollten alle Informationen weitergegeben werden, damit die übernehmende Pflegekraft genau weiß, was bisher geschah und wie es mit dem Patienten in der Versorgung weitergehen soll. Um dieses zu gewährleisten soll eine Übergabe mit Sorgfalt und Struktur stattfinden. Dazu zählt eine Vorbereitung auf die anstehende Übergabe. Denn eine Übergabe ist in ihrer Zeit beschränkt. In kürzester Zeit geht es darum, alle wesentlichen Informationen der Patienten an die zu übernehmende Pflegekraft weiterzugeben (Blank et al., 2017, S. 10). Es gibt in der Fachliteratur viele Schemata, die die Übergabe unterstützen, damit alle wichtigen Informationen weitergegeben werden. Je nach Bereich kann sich an verschiedenen Übergabeschemata bedient werden.

Die Gliederung einer Übergabe sieht vor, dass in der ersten Phase, die Eröffnungsphase, bestimmte Worte gesagt werden, beispielsweise „Wir übergeben uns jetzt“ und damit die Handlung der Übergabe beginnt, sobald sich alle versammelt haben (Lauterbach, 2008, S. 86). Die

zweite Phase ist die Kernphase und wird mit der Berichterstattung über die Patienten eröffnet (Lauterbach, 2008, S. 86). Je nach Bereich erfolgt die Übergabe nach gleichen, festgelegten Strukturen. Klassische Floskeln können so vermieden werden. Wichtig sind klare und objektive Informationen. Zudem muss ein wertschätzender Umgang gegenüber dem Patienten im Vordergrund stehen. Subjektive Beschreibungen sind zu unterlassen. Hauptaugenmerk sollen die pflegerischen Problemsituationen aus der Betreuungsphase sein. Die medizinischen Aspekte (Untersuchungen, Therapien etc.) sollen in einen Kontext gebracht werden. Nachdem die Informationsweitergabe beendet ist, wird der nächste Patient übergeben. Etwaige Fragen sind immer möglich und sollten gestellt werden. Dagegen sind unnötige Kommentare und ein bedeutungsloser Patientenabschluss (z. B. wertende Äußerungen) zu unterlassen (Blank et al., 2017, S. 39f.). Die Kernphase wird durch die Pflegekraft beendet, die Zeit der einzelnen Patienten-Übergaben spielen keine Rolle. Dennoch sollte der zeitliche Rahmen im Vorfeld so abgestimmt sein, dass genug zeitlicher Spielraum zur Verfügung steht (Blank et al., 2017, S. 40). Die letzte Phase, die Beendigungsphase, ist dadurch gekennzeichnet, dass einzelne Pflegekräfte den Raum verlassen, es zu Privatgesprächen kommt oder organisatorisches besprochen wird (Lauterbach, 2008, S. 88f.). Die drei Phasen verdeutlichen die Grobgliederung einer Übergabe und trennen die einzelnen Aspekte voneinander. Dadurch werden strukturelle Inhalte zugelassen und es bietet sich ein Spielraum für individuelle Ergänzungen (Blank et al., 2017, S. 40).

2.3 Übergabe in der ZNA

Mit dem Ende der Übergabe endet die Schicht und die Verantwortung der bisherig tätigen Pflegekräfte. Die neue Schicht übernimmt die Patienten und trägt die Verantwortung. Während die innerklinische Übergabe durch eine vorgegebene Struktur gekennzeichnet ist, ist an der Schnittstelle ZNA eine ähnliche Vorgehensweise zu berücksichtigen. Patienten-Übergaben in der ZNA sind komplex und mit einem hohen Fehlerrisiko verbunden, da dem Team der ZNA wenig Zeit zur Verfügung steht und die teilweise unstrukturierte Arbeitsumgebung nicht dazu beiträgt, dass der Stress reduziert wird. Die Behandlung eines Notfallpatienten erfordert eine zügige Entscheidungsfindung mit entsprechendem Fachwissen. Eine hohe Anzahl an Patienten, die Patientenfluktuation und das sich täglich veränderte Arbeitsaufkommen machen es den Pflegekräften nicht einfacher gezielt zu dokumentieren und erhöhen das Risiko von Feh-

lern in der Übergabe (Schacher et al., 2019, S. 3). Übergaben finden einerseits an der Schnittstelle Präklinik statt, andererseits auch innerhalb der ZNA in einzelnen Teilbereichen, beispielsweise vom Schockraum zur Beobachtungsstation. Hausintern finden Übergaben beispielsweise zu Abteilungen der Intensivstation oder Anästhesie statt. Innerhalb der ZNA stehen die Übergaben vom Rettungsdienstpersonal zum Pflegepersonal im Vordergrund. Diese interprofessionelle Übergabe hat einen anderen Charakter als die Übergaben auf den Stationen. An ihnen sind mindestens zwei Berufsgruppen, manchmal auch eine dritte Berufsgruppe (die Ärzte) beteiligt. Je mehr Berufsgruppen an einer Übergabe beteiligt sind, desto mehr Missverständnisse können entstehen, was in Unzufriedenheit endet. Das Personal des Rettungsdienstes und der Pflege haben unterschiedliche Erwartungen. Der Rettungsdienst wünscht sich aktives Zuhören durch die Pflegekräfte. Zudem wird die Einstellung (die Haltung) des Teams der ZNA häufig als herablassend und unaufmerksam empfunden. Im Gegenzug empfindet das Pflegepersonal die Patienten-Übergaben vom Rettungsdienst oft als endlos und viel zu detailliert. Untersuchungen durch die Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC) kamen zu dem Schluss, dass je komplexer die Patientenprobleme sind, desto geringer ist die Übergabequalität (Schacher et al., 2019, S. 3).

Die Phasen einer Übergabe sind in der ZNA ebenfalls zu finden. Der Rettungsdienst übernimmt

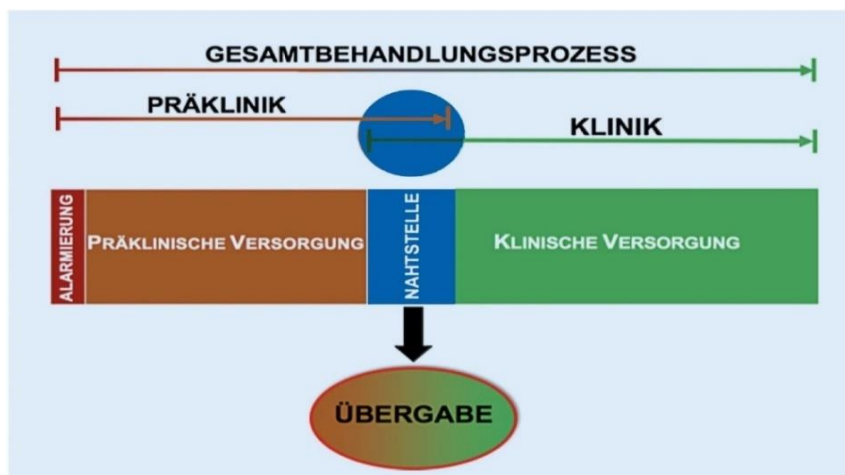


Abbildung 1: Gesamtbehandlungsprozess (Gräff, et al., 2022, S. 11)

einen Patienten, trägt in der Präklinischen-Phase die Verantwortung bis zu dem Zeitpunkt der Übergabe an der Schnittstelle ZNA (Abb. 1). Ab hier übernimmt die Pflegekraft die Verantwortung für die klinische Versorgung. Es findet eine patientennahe Übergabe statt.

Diese findet in der Regel mündlich statt und ist ein einmaliger Vorgang um patientenrelevante Informationen zu übermitteln (Gräff, et al., 2022, S. 10). Die vier Phasen der Übergabe in der ZNA werden unterteilt in die Vorbereitung, das Zusammenkommen, der Dialog und die Zusammenfassung (Gräff, et al., 2022, S. 13). Die ersten drei Phasen

ähneln, wie bereits beschrieben, den Übergaben auf den bettenführenden Stationen. Die Vorbereitung auf die Übergabe beider Berufsgruppen ist mit dem Zusammenkommen beendet. Die Übergabe beginnt mit einer Begrüßung des Rettungsdienstes und des anwesenden Patienten. Die Kernphase wird damit eingeleitet und es wird ein Übergabeschema zur Vorstellung des Patienten angewendet, der Dialog beginnt. Das Zusammenfassen der Informationen, als zusätzliche Phase, nimmt im Gegensatz zu den Übergaben auf Station einen besonderen Stellenwert ein. Die Zusammenfassung wird erwartet und von der Pflegekraft der Notaufnahme durchgeführt, da sie beiden Seiten erlaubt, fehlende Informationen zu ergänzen (Gräff, et al., 2022, S. 13). Nachdem alle Informationen übergeben sind und Unklarheiten beseitigt wurden, kommt es zur Beendigungsphase und der Übernahme der Patientendaten sowie Dokumente mit anschließender Zuweisung des Bereichs in der ZNA.

Eine Pflegekraft steht im Mittelpunkt der Patientenversorgung und sollte sich dessen bewusst sein. Alle wichtigen Informationen und weiterführenden Maßnahmen laufen über Pflegekräfte der ZNA. Demnach ist ein professionelles Auftreten im multidisziplinären Team bedeutend. Eine wertschätzende innere und offene äußere Haltung ist zudem essenziell. Als Haltung wird die Einstellung, die auf ein Ziel gerichtete Grundhaltung eines Menschen, bezeichnet (Blank et al., 2017, S. 28). Eine äußere Haltung ist durch die Körperhaltung erkennbar. Die innere Haltung ist durch individuelle Ansichten und die Werte der jeweiligen Person wahrnehmbar. Es gehört jedoch auch eine gewisse Art der Gelassenheit dazu, um schwierige Situationen meistern zu können. Für diese Entwicklung benötigt die Pflegekraft Handlungskompetenzen. Ausgeprägt werden diese in der Ausbildungszeit und in den ersten Berufsjahren. Wird die Position im multiprofessionellen Team erkannt, bedarf es einer Anpassung der anderen Berufsgruppen. Ohne die Findung der Position wird die Pflegekraft zum Spielball zwischen den Berufsgruppen. Jede Gruppe erwartet, dass ihnen die wichtigsten Informationen zugespielt werden. Durch eine klare Positionierung kann eine Gleichwertigkeit kenntlich gemacht werden. Für die Informationssicherung und -weitergabe ist es wichtig, dass die Berufsgruppen auf Augenhöhe arbeiten. Das kommt der Patientenversorgung und der Verantwortung gegenüber dem Patienten zugute (Blank et al., 2017, S. 28f.).

Die Übergabe aus medizinischer Sicht ist als Übertragung der Verantwortlichkeit und Zuständigkeit der Versorgung eines Patienten an eine andere Berufsgruppe definiert (Schacher et al., 2019, S. 3). Sowohl in der australischen und britischen Medical Association als auch in den USA

ist das Thema der Patienten-Übergabe in den Mittelpunkt gestellt worden. Dabei ist in den USA aufgefallen, dass nach einer Untersuchung der Joint Commission in über 60% der Fälle Kommunikationsprobleme in der Patienten-Übergabe vorkommen (von Dossow & Zwissler, 2016, S. 148). Daraus erfolgte in den USA die Einführung der standardisierten Patienten-Übergabe, um die Patientensicherheit zu erhöhen (Schacher et al., 2019, S. 3). Ebenso hat sich 2008 die World Health Organization (WHO) dem Thema (für Länder der Ersten Welt) gewidmet und die Entwicklungen von Standard Operating Procedures (SOP) in der Kommunikation im Bereich der Patientensicherheit als besonders dringlich bewertet (Fishman & Thomeczek, 2008, S. 103). Zudem fordert die WHO in ihrem *globalen Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030* Maßnahmen für die Einführung standardisierter Übergabeverfahren sowie Protokolle innerhalb der Gesundheitseinrichtungen und zwischen den Einrichtungen. Damit in allen Bereichen, vor allem in den Bereichen mit dem Schwerpunkt Primärversorgung, die Patientensicherheit gewährleistet, ist sollen die Einrichtungen des Gesundheitswesens einheitliche Übergabeverfahren einführen. Es sollen neben Standardarbeitsanweisungen auch eindeutige Kommunikationswege geschaffen werden, die mit allen in der Primärversorgung tätigen Anbietern getroffen werden (Bundesministerium für Gesundheit, 2021, S. 38).

2.4 Crew-Ressource-Management

Crew-Ressource-Management (CRM) gilt als Basis für eine Übergabe (Abb. 2). Das Grundgerüst von CRM ist ein etablierter Ablauf des Übergabeprozesses. Im Kern steht die jeweilige Merkhilfe. Bevor mit der Übergabe vom Rettungsdienst gestartet wird, müssen die sechs Säulen zunächst stehen. Diese beinhalten als erstes, dass alle Teammitglieder anwesend sind. An zweiter Stelle gilt, dass Ruhe während der Übergabe herrscht. Als

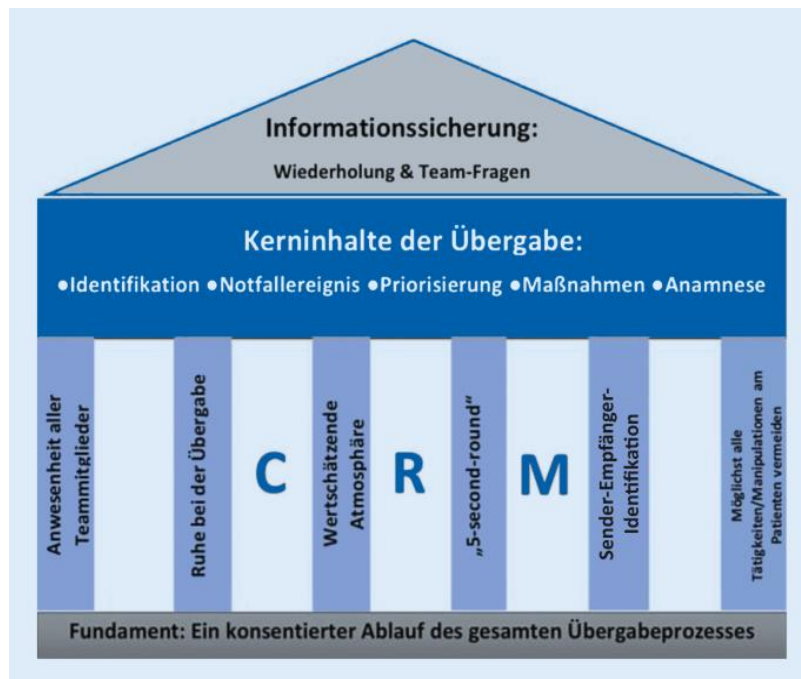


Abbildung 2: Crew-Ressource-Management (Gräff, et al., 2022, S. 14)

dritte Säule ist eine wertschätzende Atmosphäre essenziell. Die vierte Säule beinhaltet die „5-seconds-round“, sozusagen als Check des Patienten nach großen Blutungen, bevor die eigentliche Übergabe beginnt. Als fünfte Säule dient die Sender-Empfänger-Identifikation. Das Team stellt sich mit Namen und Profession (z. B. Notfallsanitäter zu Pflegekraft) vor. Als letztes gilt, alle Tätigkeiten am Patienten zu unterbrechen, außer sie sind lebensnotwendig. Dann beginnt die Übergabe nach einem festgelegten Schema. Im Anschluss findet zur Informationssicherung eine Wiederholung des Empfängers statt und es werden Fragen gestellt (Gräff, et al., 2022, S. 13f.).

3. Informationsverluste

3.1 Stille Post

Informationsverluste sind in der Interaktion unter Menschen nicht immer zu vermeiden. Das zeigt, das schon aus Kindheitstagen bekannte Phänomen des Spiels „Stille Post“. Bei „Stille Post“ wird eine Information (meistens ein Satz) im Kreis einer Gruppe von Person zu Person geflüstert. Am Ende kommt die Information bei der letzten Person an, die den Satz laut vorträgt. Dieser Satz stellt dann oft nicht die Ursprungsversion dar. An jeder Schnittstelle kommt es zu Informationsverlusten oder -veränderungen; jede einzelne Person trägt dazu bei. Neben bedeutungslosen Informationen, werden auch wichtige Informationen missverstanden oder unsachlich der nächsten Person weitergegeben. Dies führt zu einer Akkumulation der Informationsverluste. Das Resultat ist eine Nachricht, die niemals so gemeint war (Suter, Vorbach, & Wild-Weitlaner, 2019, S. 41ff.).

3.2 Studienlage

Das Phänomen von Informationsverlusten ist in der Klinik bei Patienten-Übergaben zwischen allen beteiligten Berufsgruppen zu finden. Eine Studie hat sich mit diesem Kommunikationsproblemen befasst. Ausgangspunkt war, dass die Rahmenbedingungen unter denen Ärzte und Pflegekräfte arbeiten, durch hohe Belastungsspitzen fehleranfällig seien. Es kommt zu Missverständnissen und Kommunikationsproblemen, die als häufigste Fehlerursachen in der Medizin gelten. Die Studienleitung um die Autoren Schmidt, Ramsauer und Witzel wollte herausfinden, ob es möglich sei, durch einfache Mittel der Kommunikationswissenschaft Defizite zu reduzieren (Schmidt, Ramsauer, & Witzel, 2008, S. 175ff.).

Fehler entstehen im beruflichen klinischen Alltag unter anderem durch erschwerte Rahmenbedingungen. Ein Vergleich mit anderen Berufen zeigt die enorme Belastung des Gesundheitswesens: Ein Lufthansa-Pilot darf maximal 14 Stunden arbeiten, ein LKW-Fahrer sitzt maximal 8 Stunden am Steuer. In der Klinik kommt es tagtäglich mehrmals zu Spitzen der Belastung, mitunter durch Dienste von einer Dauer bis zu 30 Stunden, die zu einer Überlastung führen. Würden diese Dienste auf bis zu 16 Stunden Dienste reduziert ergab sich, nach einer Untersuchung einer Klinik in Bosten (USA), eine Reduktion der Fehlerrate um 36%. Das Personal muss oft mehrere Aufgaben gleichzeitig bewältigen können. Darauf reagiert jede Person anders. Die einen sind ruhig und überlegen durchdacht, wie sie ihre Aufgaben erledigen können, andere dagegen werden schnell hektisch oder sogar aggressiv. Kommt zu diesem Stress noch die Kommunikation hinzu, hier das Übermitteln von Informationen an andere, werden diese Situationen besonders fehleranfällig. Weitere Faktoren, die zu Fehlern führen sind räumliche Trennung sowie ausschließlich telefonischer Kontakt der beteiligten Personen (Schmidt et al., 2008, S. 176).

Die Studie wird anhand der 5-Finger-Methode© eine Übergabe von Patienteninformationen simulieren. Dieser Vorgang soll dazu führen, dass Übergaben effektiver erfolgen und es zu weniger Informationsverlusten kommt. Die 5-Finger-Methode© hat für jeden Finger der Hand eine Bedeutung. Der Daumen ist der wichtigste Part. Er symbolisiert den Patienten und hat die Funktion der Patientendaten. Der Zeigefinger zeigt den Grund, weswegen der Patient in der Klinik ist. Der Mittelfinger birgt das Wissen über den Patienten mit Informationen, was bisher im stationären Verlauf geschah. Der Ringfinger soll den jetzigen Zustand des Patienten beschreiben. Zum Schluss kommt der kleine Finger mit der weiteren Planung der Behandlung des Patienten (Schmidt et al., 2008, S. 176).

50 Mediziner (davon 37 vollapprobierte Ärzte und 13 Medizinstudenten) erhielten anhand der 5-Finger Methode© Übergaben zu 5 Patienten. Die Hälfte wurde im Vorfeld über die Art der Methode informiert. Die andere Hälfte kannte die Methode nicht. Nach 60 Minuten ergab eine Überprüfung von 15 Multiple-Choice-Fragen, dass die Gruppe mit der 5-Finger-Methode© 9,88 richtige Antworten gab. Die Gegengruppe konnte nur 8,12 korrekte Antworten geben. Zusätzlich war erkennbar, dass Ärzte mit mehr Berufserfahrung weniger von der 5-Finger-Methode© profitierten. Somit ziehen von einer strukturierten Übergabe besonders die jüngeren Kollegen einen Nutzen (Schmidt et al., 2008, S. 176f.).

Die Mehrheit der befragten Mediziner der Studie ist sich einig, dass aufgrund der vielen Arbeit und dem hohen Grad an Unterbrechungen die Kommunikation leidet und Fehler verursacht werden. Durch mehr Personal lassen sich Kommunikations- und Arbeitsfehler vermeiden. Diese Einstellung könnte in Belastungsspitzen möglicherweise zu einer Rücknahme an Fehlern führen. Der Ruf nach mehr Personal ist in allen Berufsgruppen gleich hoch. Doch sind andere Faktoren bedeutend, die zu Fehlern führen. Dazu gehören Übermüdung, Arbeitsunterbrechungen und Ablenkungen. Bei Teamarbeiten sind Kommunikationsfehler ebenfalls ein Problem. Bei Arbeitsunterbrechungen und Ablenkungen lässt sich durch mehr Personal die Anzahl der Fehler nicht reduzieren (Schmidt et al., 2008, S. 177).

Weitere Studien befassen sich mit Übergaben. Eine Studie von Scott et al. bestätigt, dass kurz nach einer Übergabe nur noch 36% des Inhalts wiedergegeben werden konnten. Weniger schwer verletzte Patienten konnten im Gegensatz zu schwer verletzten Patienten effektiver wiedergegeben werden (Gräff, et al., 2022, S. 11). Die Weitergabe von fehlerhaften Informationen bei Übergaben von Traumapatienten wurde durch eine Studie von Evans et al. belegt (Gräff, et al., 2022, S. 11). Die Studie von Bogenstätter et al. fand in Simulationen heraus, dass Übergabeinformationen nicht immer zuverlässig seien (Gräff, et al., 2022, S. 11).

3.3 Störungen

Eine Störung der Übergabe kann zu Informationsverlusten führen. Als Störung wird ein spontanes Ereignis, das zu einer Unterbrechung eines laufenden Prozesses oder einer Aufgabe führt, beschrieben. Eine Störung bedeutet, dass eine neue Handlung eingeleitet wird, auf die spontan reagiert werden muss. Im Gegensatz zu Unterbrechungen haben Störungen einen größeren Einfluss auf eine Patienten-Übergabe, da es zu einer Verschiebung der Aufgaben führt. Bei einer Unterbrechung wird eine Pause der Übergabe eingelegt und es kann nahtlos an der unterbrochenen Stelle mit der Übergabe fortgesetzt werden. In der Klinik wird der Raum als häufigste Störungsursache genannt. Ein gesonderter Raum für eine Übergabe ist oft nicht vorgesehen. Übergaben finden beispielsweise im Dienstzimmer, im Stützpunkt oder dem Aufenthaltsraum statt. Die Funktion dieser Räume ist eine andere. In diesen Räumen sind unter anderem Telefone, EDV-Systeme, Rufanlagen und Rohrpostanlagen stationiert. Die meisten Störungen fallen in den Wechsel von der Frühschicht zur Spätschicht. Es wird von durchschnittlich sieben Störungen pro Übergabe ausgegangen (Blank et al., 2017, S. 54f.).

Störquellen lassen sich in externe und interne Störquellen unterteilen. Zu den externen Störquellen gehören unter anderem der Raum in dem die Übergabe stattfindet, das Telefonklingeln, das Klingeln durch Patienten oder die Alarmierungen am zentralen Monitor. Angehörige oder Patienten sowie der Transportdienst und andere Berufsgruppen wie die Ärzte können ebenfalls für eine erhöhte Störintensität während einer Übergabe von Patienten sorgen (Lauterbach, 2008, S. 97). Die internen Störquellen sind verspätet startende Übergaben durch beispielsweise unpünktliche Mitarbeiter. Außerdem zählen dazu unkonzentrierte und abschweifende Mitarbeiter. Dabei ist es unerheblich, ob es sich dabei um die informationsgebende oder informationserhaltende Pflegekraft handelt. Dadurch gehen wichtige Aspekte in der Informationsweitergabe verloren. Hinzu kommt die Information an sich. Diese kann thematisch zu sehr in die Länge gezogen werden, was dazu führt, dass das Thema gewechselt wird. Das kann in Form von Privatgesprächen sein, die ohnehin als eine sehr große Störquelle bezeichnet werden sowie Diskrepanzen zwischen den Pflegekräften auf der Beziehungsebene. Häufig kommt es dabei zu Spielereien um Macht, die gerne in Übergaben ausgetragen werden (Lauterbach, 2008, S. 97). Weitere Faktoren sind, dass die Übergabe als Erholung von dem vollbrachten Dienst genutzt wird, das „Nicht-ausreden-lassen“ oder, dass aufgrund des Dienstendes die abgelöste Schicht die Übergabe abbricht und nach Hause geht (Lauterbach, 2008, S. 99).

3.4 Kommunikation

Als Hochrisikobereich können Notaufnahmen den Patientenzustrom nicht stoppen. Das kann in Spitzen dazu führen, dass Informationen verloren gehen. Durch unstrukturierte Übergaben wird das Fehlerrisiko erhöht. Ein vermeidbarer Zwischenfall könnte verhindert werden (Grätz, Herrmann, & Kegel, 2022, S. 83). Zwischen Sender und Empfänger kann ein Defizit in der Priorisierung der Informationen vorliegen. Nach dem Kommunikationsmodell von Shannon und Weaver (Abb. 3) sind die zwischenmenschlichen Interaktionen bedeutsam. In dem Modell geht es um die Übertragung und dem Empfang einer Botschaft, nicht um die Botschaft selbst. Die Forscher haben sechs essenzielle Punkte einer Kommunikation erörtert. Es gibt immer einen Sender, der die Informationsquelle ist. Mithilfe eines Kodierers sendet dieser die Nachricht über spezielle Signale. Diese werden über eine gesonderte Frequenz übertragen und vom Empfänger empfangen und durch einen Dekodierer entziffert (Röhner & Schütz, 2016, S. 21f.).

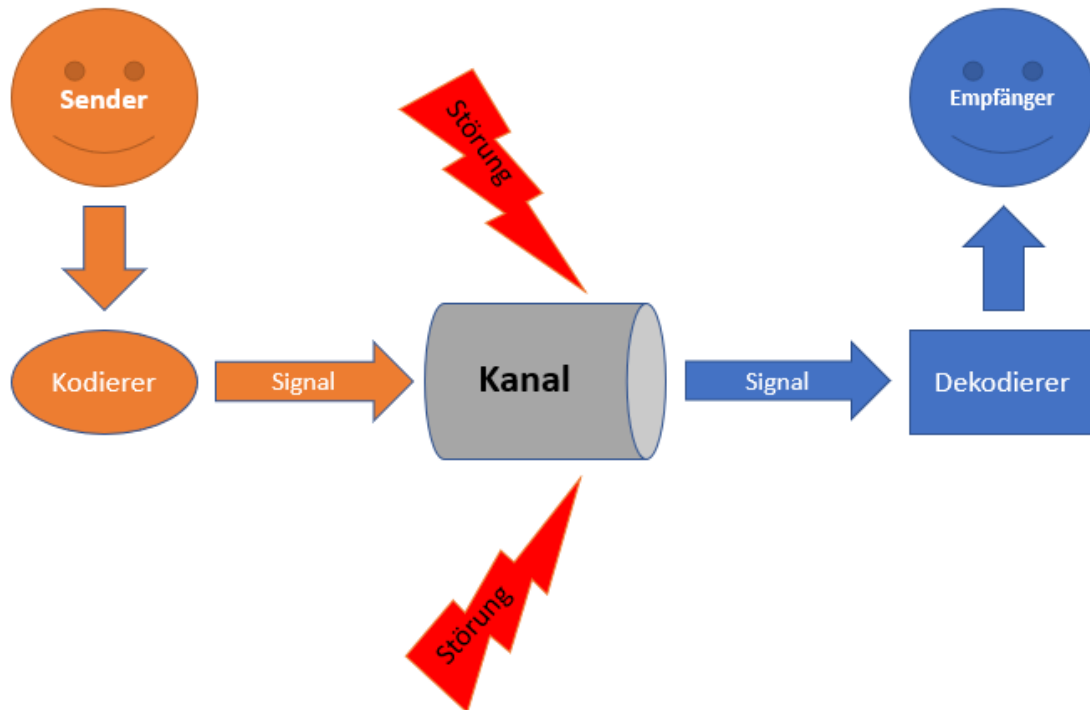


Abbildung 3: Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver (eigene Darstellung)

Wird das nun auf die Sprache übertragen, wie bei der Übergabe, dann ist die Nachrichtenquelle das Gehirn (des Notfallsanitäters), die Stimmbänder sind der Sender, der über Schalldruck das Signal erzeugt und durch die Luft als Kanal übertragen wird. Der Adressat wäre die Pflegekraft, die das Gesprochene aufnimmt und entschlüsselt. Ein mögliches siebtes Element im Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver ist die Störung. Die Störung wird durch ein Rauschen verursacht. Dabei handelt es sich um einen Prozess, in dem bei der Übermittlung des Signals eine Störung hinzugefügt wird. Dazu zählen unter anderem Tonverzerrungen, atmosphärische Störungen oder die Verzerrung der Form des Bildes. Wenn die Luft nicht ganz „ruhig“ ist, liegt eine Störung vor. Dazu zählen Störquellen, wie das Telefon, andere Menschen, die sich unterhalten, undeutlich ausgesprochene Wörter oder Sätze. Es kommt zu Hintergrundgeräuschen, die dazu führen, dass nicht mehr alle Informationen verstanden werden. Sowohl der Empfänger als auch der Sender benötigen für eine erfolgreiche Übertragung einer Botschaft Aufmerksamkeit und einen respektvollen Umgang. Dazu ist eine gemeinsame Sprache notwendig, in Form eines Übergabeschemas, das alle Parteien verstehen. Eine Übergabe in einem unruhigen Setting führt zu Störungen im Transport der Nachricht. Der Empfänger sollte immer die Möglichkeit haben dem Sender eine Rückfrage zu stellen oder das Gesagte

noch mal zu wiederholen. Der Schlüsselpunkt für ein Ausbleiben der Reaktion ist eine fehlerhafte Kodierung und Dekodierung. Die gesendete Botschaft entspricht dann nicht der empfangenen Botschaft. Mehrdeutige Aussagen werden beim Empfänger falsch interpretiert und die notwendige Reaktion in der Aktion bleibt aus. Die Übergabe fängt an ins Stocken zu geraten und beide Parteien wollen eher zum Ende kommen als das noch ein Austausch wichtiger Informationen stattfinden kann (Röhner et al., 2016, S. 21f.).

Daneben sind noch weitere Fehlerquellen auszumachen. Es kann bei gleichen Worten zu Verwechslungen kommen. Werden gewisse Wörter in einer anderen Art und Weise wiedergegeben, sind sie zu unterscheiden. Beispielsweise werden Medikamente, die gleich klingen, an erster und letzter Stelle genannt. Der Sender könnte auch darauf aufmerksam machen (Schmidt et al., 2008, S. 177). Eine Zweideutigkeit während einer Übergabe könnte eine weitere Fehlerquelle sein. Jede Person hat eine Erwartungshaltung und möchte das hören, was seinen Erwartungen entspricht. Zwischen der zu erwartenden und der getätigten Aussage liegt aufgrund von Zeitdruck nur eine geringere Zeitspanne für Nachfragen. Somit werden falsch interpretierte Informationen als richtig wahrgenommen (Schmidt et al., 2008, S. 177). Die Berufserfahrung spielt ebenso eine Rolle, wie die persönliche Prägung. Je erfahrener eine Person ist, desto schneller setzt sie ihr vorhandenes Wissen in der Situation ein und die Einschätzung wird dadurch geprägt. Menschen, die schnell handeln und an ihr Ziel kommen wollen, müssen sich im Klaren darüber sein, dass ihnen Informationen verloren gehen können. Sie sollten ebenso wie jüngere Kollegen vermehrt nachfragen. Ansonsten kann es hier zu Patientengefährdungen kommen (Schmidt et al., 2008, S. 177).

Durch aktives Zuhören lässt sich eine Übergabe angenehmer durchführen. Das Nachfragen, um eine Aussage verständlich zu machen, ist genauso wichtig wie unklare Situationen aufzuklären. Die Pflegekraft fragt aktiv bei unklarem Verständnis nach und beugt damit beispielsweise Missverständnissen aufgrund von doppelt gemeinten Äußerungen vor. Techniken, die im aktiven Zuhören angewendet werden sollten, sind das Verbalisieren, das die Emotionen des Senders in eigenen Worten wiedergibt und das Paraphrasieren, das die Aussage des Senders in eigenen Worten zusammenfasst. Diese Art von Gesprächstechnik sollte jede Pflegekraft kennen und im richtigen Moment anwenden können. Dies führt zu mehr Dialoge in der Übergabe (Blank et al., 2017, S. 62). Eine aktive Rückkopplung zwischen Sender und Empfänger wird anhand der Closed-Loop-Kommunikation genutzt. Das Gesagte wird wiederholt. Der

Empfänger kann Bezug auf eine Äußerung des Senders nehmen. So kann ein Inhalt besser verstanden werden (Marx, Richter, & Quernheim, 2022, S. 58). Eine abschließende Zusammenfassung der Informationen des Senders durch den Empfänger würde eine Übergabe abrunden. Dadurch hat der Sender die Möglichkeit, etwas Vergessenes zu ergänzen (Gräff, et al., 2022, S. 13).

Die Haltung spielt in der Kommunikation ebenfalls eine große Rolle. Die äußere Haltung der Pflegekraft kann eine Übergabe positiv beeinflussen. Dazu gehört der Blickkontakt, ein aufrechter Stand sowohl mit Kopf als auch der Wirbelsäule und ein Bodenkontakt beider Füße, der die Füße leicht geöffnet zeigt. Das signalisiert Aufmerksamkeit und Interesse. Dagegen sind verschränkte Arme, ein abgewandter Körper, wenn auch nur zum Teil, oder die Hände in der Hüfte eine distanzierte Haltung und zeigen Desinteresse (Blank et al., 2017, S. 75). Die innere Haltung spiegelt im Idealfall den wertschätzenden Umgang wider. Diese wird zu 90% nonverbal und unbewusst angewandt. Dabei geht es um einen respektvollen Umgang und eine angemessene Ausdrucksweise. Jede Person, die gerade am Reden ist, sollte die Möglichkeit bekommen auszureden. Genauso sollte ein Verständnis, wie Empathie, aufgebracht werden. Das wirkt sich positiv auf den Übergabeprozess aus und zeigt Wertschätzung und Interesse (Blank et al., 2017, S. 73ff.).

4. Übergabeinstrumente

4.1 Grundlagen Übergabeschemata

Übergabeschemata haben gewisse Anforderungen zu erfüllen. Sie müssen für Akut- und Notfallpatienten aller Schweregrade, Verletzte und erkrankte Patienten aller Fachgebiete und Altersgruppen einsetzbar sein. Zudem sind sie bei Rettungsdiensteinsätzen (Primär- und Sekundäreinsätze) einzusetzen. Ein weiteres Merkmal von Übergabeinstrumenten ist die individuelle Anpassung an die Schnittstellen. Es muss zeitsparend sein und nach Priorität eingesetzt werden. Eine weitere Anforderung ist die Kompatibilität zu bereits vorhanden Notfallmedizin-Tools (Gräff, et al., 2022, S. 13).

Ein Übergabeinstrument muss nach Meinung von Rossi umfassend, sicher, einfach und robust sein. Nur dadurch ist es für alle beteiligten Berufsgruppen einsetzbar und macht es unabhängig von Ausbildung und Berufserfahrung. Es erfasst alle relevanten Befunde, gliedert die Informationen, ist nachvollziehbar, leicht zu merken und kompakt sowie zeitsparend. Störeinflüsse

werden vermieden. Die Dokumentation kann sowohl auf Papier als auch digital erfolgen (Rossi, 2020, S. 94).

4.2 Merkhilfen für Übergaben

Eine Auswahl von Übergabeschemata sind im Folgenden dargestellt. Diese Liste ist nicht vollumfassend.

4.2.1 SOAP

SOAP gilt als einfach anzuwendendes Übergabeinstrument von der Prälinik zur Klinik. Dieses Schema wird auch in der klinischen Pharmazie zur Überprüfung der Arzneimitteltherapie eines Patienten angewandt (Rossi, 2020, S. 95). Zu den Buchstaben von SOAP gehören folgende Bedeutungen:

Subjective (Subjektivität)	Symptome, die vom Patienten genannt werden
Objective (Objektivität)	Hergang der Verletzung oder der Situation, die zu dem Notfall geführt hat
Assessment (Einschätzung)	Befunde, Messerwerte, Differentialdiagnostik
Plan (Planung)	Empfehlungen von notwendigen Maßnahmen

Tabelle 1: SOAP (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 95)

4.2.2 I-PASS und I-PASS the BATON

Das Übergabeinstrument I-PASS und I-PASS the BATON stammt aus der Pädiatrie. Es ist in allen klinischen Bereichen adaptiert und somit universell einsetzbar. Die Bedeutung der Buchstaben von I-PASS sind:

Introduction (Vorstellen)	Berufsgruppen stellen sich vor
Patient (Patient)	Relevante Patientendaten
Assessment (Einschätzung)	Erstbefunde und medizinische Anamnese

Situation (Situation)	Situation vor Ort und weiterer Verlauf
Safety (Sicherheit)	Sicherheitsrelevante Zusatzinformationen

Tabella 2: I-PASS (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 95)

Als Variante gilt der Zusatz „I-PASS the BATON“. Als *BATON* wird der Staffelstab bezeichnet mit dem die Weitergabe der Verantwortung an den nächsten Bereich zum Ausdruck gebracht wird. Die einzelnen Buchstaben aus BATON sind im Folgenden erklärt:

Background (Hintergrund)	Vorerkrankungen, Allergien, Risikofaktoren
Actions (Prozedere)	Durchgeführte Maßnahmen
Time (Zeit)	Dringlichkeit, Maßnahmen priorisieren
Ownership (Eigentum)	Verantwortlichkeit (Patient, Familie)
Next (Nächstes)	Nächste Maßnahmen, Planung

Tabella 3: BATON (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 95)

4.2.3 IMIST-AMBO

IMIST-AMBO stammt aus Australien und besteht aus zwei Teilen, die miteinander kombiniert werden, um die Übergabezeit zu reduzieren (Shah, Alinier, & Pillay, 2016). Die Buchstaben von IMIST bedeuten folgendes:

Identification (Identifikation)	Patientenidentifikation (Name, Alter, Geschlecht)
Mechanism (Mechanismus)	Verletzungsmechanismus
Injuries (Verletzung), Illnesses (Krankheit)	Informationen zur Verletzung oder Erkrankung, Symptome, Dauer der Beschwerden

Signs (Zeichen)	Vitalparameter (Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz, Temperatur, Sauerstoffsättigung)
Treatment (Behandlung)	Bisherige Behandlung und Auswirkungen auf den Patienten

Tabelle 4: IMIST (modifiziert nach Schacher et al., 2019, S. 6)

Es erfolgt nach dem ersten Teil eine Pause, die für Fragen dienen soll. Im zweiten Teil geht es um die Abkürzung AMBO, der mit einer erneuten Fragenrunde beendet wird:

Allergies (Allergien)	Allergien gegen Medikamente oder andere Stoffe
Medicaments (Medikamente)	Vormedikation, Medikamentenplan
Background (Hintergrund)	Medizinische Vorgeschichte
Other Information (Weitere Informationen)	Weitere wichtige Informationen (Verwandte, Sozialer Hintergrund, Einsatzort)

Tabelle 5: AMBO (modifiziert nach Schacher et al., 2019, S. 6)

4.2.4 ISOBAR

Das ISOBAR Schema ist ein weiteres Instrument, dass bei sinnvoller Nutzung, einen hohen Mehrwert in der Patientenversorgung besitzt. Bei der Übergabe sind alle Arbeiten einzustellen, bis auf lebensnotwendige Tätigkeiten. Die Buchstaben von ISOBAR haben folgende Bedeutung:

Identification (Identifizierung)	Patientendaten (Name, Alter, Geschlecht)
Situation (Situation)	Lage am Einsatzort, Zeitpunkt, Erstbefund, besondere Ereignisse bei den Interventionen
Observations (Beobachtungen)	Vitalfunktionen sowie Haupt- und Nebendiagnosen, bisher durchgeführten Maßnahmen und Verlauf, Transportauffälligkeiten

Background (Hintergrund)	Vorerkrankungen, Medikamente, Allergien sowie der Infektionsstatus und die Pflegesituationen, ggf. Patientenverfügung und Kontakt zu Angehörigen
Assessment (Einschätzung)	Anstehende diagnostische oder therapeutische Maßnahmen
Request (Rückfragen)	Rückfragen an den Rettungsdienst, Klärung von Informationslücken

Tabelle 6: ISOBAR (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 96f.)

4.2.5 SBAR

Die WHO und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) haben eine Empfehlung für das Übergabeschema SBAR, speziell im innerklinischen Bereich, herausgegeben. Weltweit wurde diese Merkhilfe an vielen Orten evaluiert und die Wirksamkeit als zuverlässig und effizient deklariert (Rossi, 2020, S. 96). Das SBAR-Schema stammt aus den 1960er Jahren. Die US-Navy hat dieses Schema eingesetzt, um eine klare Kommunikation in Hochrisikoumgebungen zu schaffen. 2002 wurde es von einem US-Gesundheitskonzern in der Notaufnahme eingeführt. Später wurde es aufgrund seiner individuell einsetzbaren Möglichkeiten in weiteren Bereichen des Gesundheitssystems eingesetzt. SBAR ist ein etabliertes Instrument und gilt als gemeinsame Sprache der Anwender. Eine Übergabe benötigt maximal 120 Sekunden (Holtel, 2018, S. 662f.). Die Buchstaben von SBAR bedeuten:

Situation (Situation)	Hauptsymptom und Zustand des Patienten
Background (Hintergrund)	Vorerkrankungen und Nebendiagnosen
Assessment (Einschätzung)	Aktuelle Vitalfunktionen und Probleme
Recommendation (Empfehlungen)	Empfehlungen zur weiteren Behandlung

Tabelle 7: SBAR (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 96)

Diese Ausführungen sind kurz, leicht zu merken und prägnant. Sie dienen als Grundlage für eine effektive Vorbereitung der Übergabe und sorgen für einen schnellen Übergabeprozess (Rossi, 2020, S. 96). In Ergänzung ist eine Patientenidentifikation sowie die Vorstellung von

Sender und Empfänger am Anfang der Übergabe sinnvoll, damit würde das Schema ISBAR heißen (Schacher et al., 2019, S. 4).

4.3 Notfallmedizin-Tools

4.3.1 OPQRST

Da Symptome nicht immer gut zu beurteilen sind, hat sich in der Notfallmedizin das Schema OPQRST durchgesetzt. Das Schema mit seinen folgenden sechs Anhaltspunkten lässt sich in beliebiger Reihenfolge für die Erhebung der Anamnese nutzen:

Onset (Beginn)	Beginn der Symptomatik (zunehmend oder plötzlich)
Provocation (Verstärkung)	Verstärkung oder Linderung der Schmerzen (durch Atmung oder Haltung)
Quality (Charakter)	Charakter der Beschwerden (brennender, drückender, stechender Schmerz)
Radiation (Ort/Ausstrahlung)	Ort der Beschwerden oder Schmerzen und Ausstrahlung in eine bestimmte Körperregion
Severity (Stärke)	Schmerzstärke ermitteln
Timing (Verlauf)	Beschwerdedauer (kontinuierlich, intermittierend), Veränderungen

Tabelle 8: OPQRST (eigene Darstellung nach Grätz et al., 2022, S. 78f.)

4.3.2 c-ABCDE

Das c-ABCDE-Schema dient als hilfreiches Werkzeug bei der Übergabe von kritisch kranken Patienten (Polytraumata) im Schockraum. Die Buchstaben von c-ABCDE bedeuten:

critical bleeding (kritische Blutung)	Äußere kritische Blutungen kontrollieren (Thorax, Abdomen, Becken, Oberschenkel)
Airway (Atemwege)	Atemwege inspizieren, ggf. Intubation, HWS-Immobilisation, Stridor
Breathing (Atmung)	Beatmung, gestaute Halsvenen, Thorax auskultieren, Atemfrequenz

Circulation (Kreislauf)	Blutungs- und Kreislaufkontrolle
Disability (Defizit)	Neurologischer Status und Blutzucker-Kontrolle, Glasgow Coma Scale (GCS), Pupillenkontrolle
Environment (Umgebung)	Entkleiden und Wärmemanagement

Tabelle 9: c-ABCDE (eigene Darstellung nach Kegel, 2022, S. 93)

4.3.3 FAST

Für Patienten mit neurologischen Ausfallerscheinungen hat sich das Schema FAST durchgesetzt. Dadurch lassen sich Symptome eines Apoplex erkennen. Jeder einzelne Buchstabe von FAST hat seine Bedeutung:

Face (Gesicht)	Patient lächelt oder runzelt die Stirn
Arms (Arme)	Patient streckt beide Arme aus und dreht die Handflächen um
Speech (Sprache)	Patient wiederholt einen einfachen Satz
Time (Zeit)	Patient bzw. Angehörige benennen die Dauer der Symptome

Tabelle 10: FAST (eigene Darstellung nach Zsdidek-Fuchs, 2022, S. 342)

4.3.4 NRS

Mit der Numerischen Rating Skala (NRS) und verbaler Rating Skala (VRS) ist es möglich, dass der Patient seine Schmerzen einschätzt (Abb.

Numerische oder verbale Ratingskala (NRS bzw. VRS)										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Schmerz		Geringer Schmerz		Mittelstarker Schmerz		Starker Schmerz		Stärkster Schmerz		

Abbildung 4: NRS bzw. VRS (modifiziert nach Stork & Hofmann-Kiefer, 2008, S. 430)

4). Dem Patienten wird eine Skala von 0 bis 10 vorgesellt. Die Zahl 0 ist mit *keinem Schmerz* verbunden und die 10 mit den am *stärksten vorstellbaren Schmerzen* gleichgesetzt (Grätz et al., 2022, S. 78f.).

4.3.5 SAMPLER und AMPEL

SAMPLER stammt aus dem Rettungsdienst und wird für die Anmeldung/Übergabe eines Notfallpatienten genutzt. Das AMPEL-Schema (speziell: Traumapatienten) nutzt die gleichen Buchstaben sowie die Bedeutung vom SAMPLER-Schema. Die Buchstaben in SAMPLER haben folgende Bedeutung:

Symptoms (Symptome)	Aktuelle Beschwerden und Schmerzen
Allergies (Allergien)	Unverträglichkeiten gegen Insekten, Antibiotika und Medikamente
Medications (Medikamente)	Dauermedikation, Medikamentenplan
Past medical history (Medizinische Vorgeschichte)	Vorerkrankungen, Operationen, Genetische Disposition
Last Meal (Letzte Mahlzeit)	Zeit, Menge, Konsistenz
Events prior illness/injury (Ereignisse vor dem Geschehen)	Vorherige Ereignisse in Bezug auf die Verletzung/Erkrankung, neue Ereignisse
Risk factors (Risikofaktoren)	Risikogruppe, Diabetiker, Alkohol, Drogen, infektiöse Keime

Tabelle 11: SAMPLER (modifiziert nach Kegel, 2022, S. 93)

5. Kritische Betrachtung der Übergabe

Im Jahr 2017 wurde eine Studie von Keebler et al. durchgeführt. Diese hat sich mit der, von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) geforderten, Standardisierung von Übergaben beschäftigt. Viele Studien haben verschiedene Arten der Standardisierung. Damit ist eine Vergleichbarkeit nur bedingt möglich. Zu den unterschiedlichen Aspekten zählen die Einführung von Übergabeschemata, digitale Übergabeprogramme oder Protokolle und Checklisten zu Übergaben. Diese Protokolle sind laut dem Forscherteam

trotz Übergabeschemata wirksam. Dadurch werden der Pflegekraft und dem Rettungsdienstpersonal eine Orientierung gegeben, welche Informationen übermittelt wurden und wichtig sind. Somit kann bei den beteiligten Personen am Übergabeprozess sowohl vom Sender als auch vom Empfänger ein Verständnis aufgebracht werden. Eine gemeinsame Sprache zu sprechen ist für den Behandlungserfolg des Patienten wichtig. Im Vergleich kann das ATLS genannt werden, da es in dem Kurs eine hohe Bedeutung hat, eine gemeinsame Sprache zu sprechen (Gräff, et al., 2022, S. 11f.). Selbst wenn alles schriftlich dokumentiert wurde, ist die Sprache notwendig, um detaillierter über einen Vorgang zu sprechen. Ein Übergabeprotokoll ist im Rettungsdienst vorhanden. Der Platz für einen freien Text jedoch begrenzt. Viele Detailangaben wie beispielsweise die Einschätzung anhand der GCS, die Vitalwerte, die Verletzungsmuster oder die gegebenen Medikamente haben ein Feld auf dem Protokoll. Sobald die Übergabe beginnt, wird meist mehr erzählt, als auf dem Protokoll steht. Es lässt sich in der Kürze der Zeit nicht alles in Worte fassen. Würde der Rettungsdienst lediglich das Protokoll übergeben, würde eine Form der Qualität, die gemeinsam gesprochene Sprache, fehlen.

Die Übergabe gilt als Qualitätsmerkmal. Die Störfaktoren sollten identifiziert werden. Es ist wichtig, dass eine Übergabe nicht unterbrochen und eine gemeinsame Sprache gesprochen wird. Jede Art von Geräuschpegel sollte auf ein Minimum reduziert werden. Eine strukturierte Übergabe stellt die Mitarbeiter zufrieden (Glien, 2022, S. 83). Sie fördert die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen, erhöht die Effizienz während der Übergabe und ermöglicht im Prozess eine Dokumentation, die strukturiert ist. Zudem bleibt bei der Informationsweitergabe die Konzentration hoch, wenn nur das wichtigste übergeben wird (Gräff, et al., 2022, S. 13).

6. Beobachtung IST-Situation in der ZNA

6.1 Methodisches Vorgehen

Das Beobachtungsverfahren ist eine sozialwissenschaftliche Forschungsmethode und dient als systematisch wissenschaftliches Fremdverstehen von menschlichem Verhalten bzw. deren Abläufe und Prozesse. In einem Beobachtungsverfahren gilt die Unmittelbarkeit, das heißt es wird das Verhalten erhoben, wenn es geschieht (Lamnek & Krell, 2016, S. 537f.).

Die Anwendungsrestriktion der Beobachtung ist auf die ZNA begrenzt. Es werden in diesem Bereich 25 Übergabesituationen von jeweils wenigen Minuten beobachtet. Die Differenzierung des Beobachtungsverfahrens dieser Facharbeit bezieht sich auf folgende Kriterien (Lamnek et al., 2016, S. 530):

- Wissenschaftlichkeit: Die Beobachtung ist systematisch mit dem Fokus auf die Patienten-Übergabe.
- Transparenz: Es findet eine verdeckte Beobachtung statt, um Verzerrungen zu vermeiden.
- Partizipationsgrad: Die Beobachtung findet teilnehmend passiv statt.
- Natürlichkeit der Situation: Hierbei handelt es sich um eine Feldarbeit im normalen Arbeitsalltag in der ZNA und keine gestellten oder simulierten Situationen im Labor.
- Strukturierte Standardisierung: Im Vorfeld der Beobachtung werden die relevanten Indikatoren und Kriterien festgelegt. In dieser Arbeit handelt es sich um die Patienten-Übergabe vom Rettungsdienstpersonal zur Pflege der ZNA. Es werden Kriterien in einer bestimmten Zeit (die Dauer der Übergabe) erfasst. Zu den Kriterien gehören das aktive Zuhören, der wertschätzende Umgang, das Anwenden von Übergabeschemata sowie die Körperhaltung und die Umgebungssituation.

Das Beobachtungsfeld ist die ZNA. Die Beobachtungseinheiten sind die Patienten-Übergaben vom Rettungsdienst an die Pflege der ZNA. Die Beobachtungsregeln sollen durch eine geringe Beeinflussung des Beobachters einhergehen sowie eine unverzerrte Wahrnehmung der zu beobachtenden Personen erfolgen. Besondere Problematiken, wie beispielsweise eine zu hohe Detailliertheit der Aufzeichnungen, können während der Beobachtung dazu führen, dass der Datenschutz nicht mehr gewährleistet wird sowie Ergebnisse nicht miteinander verglichen werden können. Zudem kann es zu einem Problem führen, wenn ein Eingreifen in die Situation erfolgt. Dann gilt die Beobachtung als beendet, weshalb dies zu vermeiden ist. Die Dokumentation der Beobachtung soll anonym stattfinden. Die Aufzeichnungen als Feldnotizen sollten nicht unmittelbar erfolgen. Wichtig ist eine Aufzeichnung innerhalb von 24 Stunden, da danach zwei Drittel der Beobachtung vergessen wird. Die Feldnotizen gelten als Datengrundlage (Lamnek et al., 2016, S. 575).

6.2 Beobachtungsvorbereitung

Die ZNA des Klinikums ist einer der Anlaufpunkte der Rettungswagen für die Stadt Bremen sowie aus den umliegenden Gebieten. Hier findet eine Verantwortungsübergabe in einen neuen Bereich statt. Alle bisher erfragten und gesehenen Informationen sollten strukturiert an die weiterbetreuende Einheit übergeben werden. Der Prozess ist in der Praxis aktuell ein anderer. Die Übergaben finden oftmals in einem „Chaos“ zwischen Flur und unruhigem Leitstand statt. Eine Person will noch schnell durch und läuft zwischen Pflegekraft und Notfallsanitäter, eine weitere Person will mitten in der Übergabe nur mal kurz mit dem Bett vorbei. Beide Seiten, Rettungsdienst und Pflege, akzeptieren dieses Vorgehen und tolerieren das Stören der Übergabe. Dieser Umstand soll durch das Bewusstwerden von Störfaktoren, Übergabeschemata und aktivem Zuhören geändert werden.

Nach der Sachanalyse zu dem Thema Übergabe wurde ein Plan zur Beobachtung von einzelnen Übergaben erstellt. Er umfasst folgende Fragen:

- Was soll beobachtet werden?
- Wie soll beobachtet werden?
- Was ist wichtig in der Beobachtung?

Erfasst werden die Dauer der Übergabe, das Setting in dem die Übergabe stattfindet, die Körperhaltung der Pflegekraft, das aktive Zuhören durch die Pflegekraft, die Nutzung von Übergabeschemata und der Umgang miteinander. Ergeben haben sich zu den einzelnen Überschriften folgende Items:

Dauer der Übergabe		Besonderes Vorkommen:
Übergabe-Setting	Ort:	Ruhe <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Geräuschpegel hoch <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> Externe Störung <input type="checkbox"/> Grund der Störung:
Körperhaltung der Pflegekraft	Arme: Hängend <input type="checkbox"/> Arme vor Brust verschränkt <input type="checkbox"/> Körper zum Teil/Ganz abgewandt <input type="checkbox"/> Hände in die Hüfte <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	Aufrechter Stand <input type="checkbox"/> Wirbelsäule und Kopf aufrecht <input type="checkbox"/> Bodenkontakt, Füße leicht geöffnet <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
	Paraphrasieren <input type="checkbox"/> Verbalisieren <input type="checkbox"/> Nachfragen <input type="checkbox"/> Zusammenfassen <input type="checkbox"/> Unklares aufklären <input type="checkbox"/> Closed-loop <input type="checkbox"/>	

Aktives Zuhören durch die Pflegekraft	Sonstiges:
Übergabeschema	
Wertschätzender Umgang	Respektvoll <input type="checkbox"/> Ausreden lassen <input type="checkbox"/> Verständnis aufbringen <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Abbildung 5: Feldnotiz-Vorlage der Beobachtung (eigene Darstellung)

Insgesamt werden 25 zufällige Beobachtungen zu Übergaben vom Rettungsdienstpersonal zum Pflegepersonal der ZNA durchgeführt (Abb. 5). Der Beobachtungszeitraum wird auf zwei Wochen ausgelegt.

6.3 Ergebnisse der Beobachtungssituationen

Die Beobachtungssituationen verliefen alle ohne Verstöße gegen die Beobachtungsregeln. Es gab durch den Forschenden weder ein Eingreifen in die Situationen noch wurde er vom Feld abgelehnt.

Die erfasste Dauer pro Übergabe beträgt nach dem arithmetischem Mittel 66,52 Sekunden. Es hat Übergaben gegeben, die mit rund 240 und 320 Sekunden (aufgrund von Diskussionen über die Zuweisung) überdurchschnittlich lang waren. Nach dem getrimmten arithmetischen Mittel, werden 10% der niedrigsten Dauer und 10% der höchsten Dauer nicht in die Rechnung einbezogen. Das Ergebnis sind 50,70 Sekunden. Dies spiegelt insgesamt die Übergabezeiten gut wider. Übergaben, die die längste Zeit (70-85 Sekunden) benötigten, bezogen sich auf Patienten mit vielen Vorerkrankungen und dem damit unklaren Fokus des aktuellen Problems.

Der Ort der Übergabe fand bei 24 von 25 (96%) Beobachtungssituationen auf dem Flur der ZNA statt, lediglich eine Übergabe (4%) fand im Leitstand statt. In 15 Übergaben herrschte Ruhe, in zehn dagegen war es unruhig. Der Geräuschpegel war bei 17 Übergaben niedrig und bei acht war der Geräuschpegel hoch. Ein Alarm (blauer Alarm, dezenter Ton) der Monitoranlage wurde als niedriger Geräuschpegel gekennzeichnet. Als externe Störquelle wurde in fünf Übergaben das Telefon ausgemacht, in zwei Übergaben war die Patientenklingsel am Dauerklingeln. Zwei Mal ist eine Person mitten durch die Übergabe gelaufen, ein Mal davon mit einem lauten Transportwagen.

Die Körperhaltung der Pflegekräfte wurde in einem weiteren Beobachtungsschritt betrachtet. Neun Mal hingen die Arme herunter, vier Mal waren die Arme vor der Brust verschränkt. In drei Übergaben war die Körperhaltung abgewandt gegenüber der zu übergebenen Person. Die

Hände in der Hüfte wurden zwei Mal beobachtet. Die Hände waren bei einer Übergabe in der Kasack-Tasche der Pflegekraft. Die meisten Übergaben fanden in einem aufrechten Stand statt (22). Die Wirbelsäule und der Kopf waren in zehn Übergaben aufrecht. Einen Bodenkontakt, mit leicht geöffneten Füßen gab es neun Mal.

Das aktive Zuhören durch die Pflegekraft wurde ebenso betrachtet. Paraphrasierungen, Zusammenfassungen oder Closed-loop-Kommunikationen wurden nie durchgeführt. Verbalisierungen wurden vier Mal beobachtet. Nachfragen wurden nach der Übergabe 16-Mal gestellt. Unklares wurde elf Mal aufgeklärt.

Übergaben wurden bei 16 von 25 Übergaben nach dem (I)SBAR-Schema durchgeführt. ISOBAR wurde als Schema zwei Mal verwendet. Die Notfallmedizin-Tools c-ABCDE und SAMPLER ergänzten jeweils ein Mal die Übergabe. Dagegen sind bei sieben Übergaben keine Schemata erkennbar gewesen.

Zum Abschluss wurde beobachtet, ob ein wertschätzender Umgang vorlag. In 23 Übergaben war der Umgang respektvoll dem Rettungsdienst gegenüber. Ebenfalls in 23 Übergaben hat die Pflegekraft das Rettungsdienstpersonal ausreden lassen. Verständnis wurde in 10 von 25 Übergaben aufgebracht.

6.4 Diskussion der Ergebnisse

Die Übergabe an der Schnittstelle ZNA ist eine wichtige Wegweisung für den Patienten. Die Verantwortung wird vom Rettungsdienst an die Klinik gegeben. Übergaben finden in einem „Raum“, dem Flur der Notaufnahme statt, dessen Umgebung für eine Patienten-Übergabe unwürdig ist. Es gibt viel Potential für Störungen. Ein ruhigerer Übergabepunkt wäre sinnvoll und empfohlen. In einem Übergaberaum könnten Störquellen vermieden werden.

Die Dauer pro Übergabe ist verhältnismäßig zügig erfolgt. Während in der Literatur bei dem (I)SBAR-Schema eine Übergabezeit von maximal 120 Sekunden beschrieben wird, fand die Übergabe im Durchschnitt bei (I)SBAR-Übergaben innerhalb von 53 Sekunden (getrimmtes arithmetisches Mittel) statt. Während der Übergaben wurde zwar viel nachgefragt, aber nicht zusammengefasst oder aktiv rückgekoppelt. Mit diesen Formen des aktiven Zuhörens wäre die Dauer der Übergabe gestiegen und die verbleibende Zeit von knapp 56% wäre mehr ausgeschöpft wurden. Das lässt sich z. B. mit Fortbildungen im Bereich der Kommunikation verbessern.

Die Übergabeschemata wurden gut genutzt. In wenigen Übergaben wurde das Schema um Notfallmedizin-Tools ergänzt, um alle relevanten Informationen zu übermitteln. Allerdings sind in einem Viertel aller Übergaben keine Übergabeschemata verwendet worden. Dies kann dazu führen, dass nicht alle Informationen übergeben wurden. In diesem Fall ist das aktive Zuhören wichtig. Dadurch lässt sich eine Struktur in die Übergabe bringen, indem die Pflegekraft ein Übergabeschema nutzt.

Das Verhalten der Pflegekräfte im Umgang mit dem Rettungsdienst ist in der Regel sehr wertschätzend. Ein respektvoller Umgang ist in 92% aller Übergaben beobachtet worden, genauso wie das Ausreden lassen des Gegenübers. In der Literatur wurde der wertschätzende Umgang durch die Pflegekräfte vom Rettungsdienst als negativ beschrieben. Dieser wurde in der Beobachtung anders erfasst und entspricht einem positiven wertschätzenden Umgang miteinander. Dasselbe gilt für den Rettungsdienst, denn die Übergaben waren nicht endlos und zu detailliert. Das wurde seitens der Pflegekräfte in der Literatur als negativ empfunden.

Insgesamt ist das beobachtete Verhalten als positiv zu bewerten. Ein gesonderter Übergaberaum und ein spezielles Fortbildungskonzept für Übergaben und Kommunikation würden die Qualität steigern. Eine einheitliche Übergabestruktur rundet eine hochwertige Übergabe ab.

6.5 Erkenntnisse und Maßnahmen

Im Folgenden wurden für die Erkenntnisse aus den Beobachtungen mögliche Maßnahmen abgeleitet:

Erkenntnisse	Mögliche Maßnahmen
1. Es gibt keinen Übergaberaum. Die Übergaben finden grundsätzlich auf dem Flur statt.	Einen Übergaberaum zur Sicherstellung einer ruhigen Übergabe einrichten.
2. Das Zusammenfassen der Übergabe durch die Pflegekraft findet nicht statt.	Einführung einer Fortbildung zum Thema Kommunikation und Skills-Training im aktiven Zuhören.
3. Übergabeschema werden nicht regelhaft durch den Rettungsdienst angewendet.	Einfordern der Pflege, dass ein Übergabeschema bevorzugt wird, wie z. B. (I)SBAR. Ein Schema soll durch die Rettungsdienste angewendet werden.

4. Es sind bei einigen Übergaben externe Störungen aufgetreten.	Die Störquellen identifizieren und beseitigen z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • Das Telefon in der Übergabezeit an einen anderen Mitarbeiter abgeben.
---	--

Tabelle 12: Feststellungen und Maßnahmen (eigene Darstellung)

7. Zusammenfassung und Ausblick

Übergaben in der ZNA sind patientennah und in Phasen eingeteilt. Sie haben einen hohen Stellenwert, denn es findet ein Verantwortungswechsel von der Präklinik zur Klinik statt. Bei guter Durchführung erhöhen sie die Patientensicherheit. Als Grundgerüst dient das CRM, da eine Struktur geschaffen wird. Denn Übergaben sind in der ZNA komplex und aufgrund dessen ist das Risiko, Fehler zu machen, erhöht. Neben den räumlichen Umgebungseinflüssen spielt die eigene Haltung und die Nutzung der gemeinsamen Sprache eine große Rolle. Übergabeschemata sollten individuell einsetzbar sein und helfen geordnet Informationen weiterzugeben. Aufgrund des andauernden Zeitmangels bleibt für lange Übergaben selten Zeit. Hinzu kommt der erhöhte Stressfaktor in der ZNA mit dem jeder anders umgeht. Die WHO fordert einheitliche Übergabeverfahren und Kommunikationswege. Wird sich innerhalb des Rettungsdienstes auf ein Übergabeschema geeinigt, führt dies zu einer besseren Qualität im Übergabeprozess.

Störungen sind oftmals ein Teil der Übergabe und sollten vermieden werden. Als Hauptstörquellen wurden der Ort der Übergabe, Störquellen durch Telefone und andere Berufsgruppen oder die Störungen aus dem Team selbst durch abschweifende Informationen oder die eigene Haltung ausgemacht. Das Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver unterstützt ein Verständnis aufzubringen, um Störungen zu reduzieren.

Die Beobachtungssituationen haben sich ausschließlich auf die Übergabe vom Rettungsdienstpersonal zur Pflegekraft der ZNA beschränkt. Weiterführend wäre es sinnvoll, dass die Forschung zum Themenkomplex *Übergabe* auf weitere Bereiche ausgeweitet wird. Zudem könnte eine Erhöhung des Stichprobenumfang in der ZNA am Klinikum generiert werden. Zudem könnten Beobachtungen in anderen Notaufnahmen stattfinden, um einen Vergleich herzustellen.

8. Fazit

Mit dieser Facharbeit sollte die strukturierte Patienten-Übergabe vom Rettungsdienst zur Pflegekraft in der ZNA am Klinikum analysiert werden. Die Grundlage war, neben den Sachanalysen zu Übergaben und Informationsverlusten, eine Beobachtung von 25 Patienten-Übergaben.

In der Form einer verdeckt teilnehmenden passiven Beobachtung hat die Feldarbeit sehr gut funktioniert. Es ist nie zu einem Eingreifen oder einer Verzerrung der Situation gekommen. Alle Beobachtungen konnten adäquat durchgeführt werden. Das Item *Verständnis aufbringen* ist eine rein subjektive Auffassung, da es nicht ausreichend operationalisiert werden kann, um eine objektive Betrachtung zu ermöglichen. Deswegen sollte dieses Item bei zukünftigen Forschungen nicht mehr in die Beobachtung aufgenommen werden.

Studien zur Thematik sollten auf den deutschen Raum mehr ausgeweitet und vereinheitlicht werden. Viele Studien stammen aus dem Ausland, was einen Vergleich mit dem deutschen Gesundheitswesen erschwert.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass ein Großteil der Übergaben strukturiert durchgeführt wurde. Allerdings sollte beachtet werden, dass knapp ein Viertel der Übergaben ohne Merkhilfe durchgeführt wurde. Die störanfällige Umgebung sollte dringend geändert werden, da diese zu Patientengefährdung aufgrund von Unkonzentriertheit des Personals führen kann. Der Umgang kann als sehr wertschätzend seitens der Pflege der ZNA wahrgenommen werden. Im aktiven Zuhören könnten Verbesserungen erzielt werden, damit die Übergabe mit einer Zusammenfassung abgeschlossen werden kann. Diese ist von Bedeutung, damit Informationslücken beseitigt und Informationsverluste minimiert werden.

9. Literaturverzeichnis

- Becker, D. (2022). Schockraummanagement. In M. Dietz-Wittstock, M. Kegel, P. Glien, & M. Pin (Hrsg.), *Notfallpflege - Fachweiterbildung und Praxis* (S. 302-320). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Blank, A., & Zittlau, N. (2017). Übergaben. In A. Blank, & N. Zittlau, *Dienstübergabe in der Pflege* (S. 9-17). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021). *Globaler Aktionsplan für Patientensicherheit 2021-2030*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.
- Fishman, L., & Thomeczek, C. (2008). Action on Patient Safety: High 5s. In *Agenda Patientensicherheit 2008* (S. 103-104). Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
- Glien, P. (2022). Übergabe in der Notaufnahme. In M. Dietz-Wittstock, M. Kegel, P. Glien, & M. Pin (Hrsg.), *Notfallpflege - Fachweiterbildung und Praxis* (S. 81-84). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Gräff, I., Pin, M., Ehlers, P., Seidel, M., Hossfeld, B., Dietz-Wittstock, M., . . . Schacher, S. (2022). Empfehlungen zum strukturierten Übergabeprozess in der zentralen Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin*, S. 10-18.
- Grätz, M., Herrmann, T., & Kegel, M. (2022). Besonderheiten der Krankenbeobachtung im Notfallzentrum. In M. Dietz-Wittstock, M. Kegel, P. Glien, & M. Pin (Hrsg.), *Notfallpflege - Fachweiterbildung und Praxis* (S. 75-81). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Holtel, M. (6. April 2018). Kommunikation: Absprachen klar strukturieren. *Deutsches Ärzteblatt*(14), S. 662-663.
- Kegel, M. (2022). Beurteilung des Bewusstseins und strukturierte Anamneseerhebung. In M. Dietz-Wittstock, M. Kegel, P. Glien, & M. Pin, *Notfallpflege - Fachweiterbildung und Praxis* (S. 91-94). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Lamnek, S., & Krell, C. (2016). Teilnehmende Beobachtung. In S. Lamnek, & C. Krell, *Qualitative Sozialforschung* (6. Aufl.) (S. 515-607). Weinheim: Beltz-Verlag.
- Lauterbach, A. (2008). *Dienstübergaben in der Pflege "...da ist nichts, außer dass das zweite Programm nicht geht"*. Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Marx, D., Richter, L., & Quernheim, G. (2022). Kommunikation in der Notaufnahme. In M. Dietz-Wittstock, M. Kegel, P. Glien, & M. Pin (Hrsg.), *Notfallpflege - Fachweiterbildung und Praxis* (S. 53-69). Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Röhner, J., & Schütz, A. (2016). *Psychologie der Kommunikation* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Rossi, R. (2020). Konzepte für eine strukturierte Patientenübergabe. *Notfall + Rettungsmedizin*, S. 93-98.
- Schacher, S., Glien, P., Kogej, M., & Gräff, I. (2019). Strukturierte Übergabe Prozesse in der Notaufnahme. *Notfall + Rettungsmedizin*, S. 3-8.

- Schmidt, C., Ramsauer, B., & Witzel, K. (2008). Risikomanagement zur Fehlervermeidung im Krankenhaus: Standard Operating Procedures aus der Luftfahrt als Vorbild für eine strukturierte Kommunikation im Klinikalltag. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, S. 175-178.
- Shah, Y., Alinier, G., & Pillay, Y. (Juni 2016). Clinical handover between paramedics and emergency department staff: SBAR and IMIST-AMBO acronyms. *International Paramedic Practice*, S. 37-44.
- Spragner, C. (2015). 10.7.2 Pflegeübergabe. In *I care Pflege* (S. 229-231). Stuttgart: Gerog Thieme Verlag.
- Stork, B., & Hofmann-Kiefer, K. (Juni 2008). Analgesie in der Notfallmedizin. *Notfall + Rettungsmedizin*, S. 427-438.
- Suter, A., Vorbach, S., & Wild-Weitlaner, D. (2019). Überwindung der Performancebarrieren. In A. Suter, S. Vorbach, & D. Wild-Weitlaner, *Die Wertschöpfungsmaschine. Prozesse und Organisation aus der Strategie ableiten: Prozesse und Organisation aus der Strategie ableiten (2. Aufl.)* (S. 41-45). München: Carl Hanser Verlag.
- von Dossow, V., & Zwissler, B. (2016). Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin zur strukturierten Patientenübergabe in der perioperativen Phase. *Der Anaesthetist*, S. 148-150.
- Zsdidek-Fuchs, M. (2022). Schlaganfall. In M. Dietz-Wittstock, M. Kegel, P. Glien, & M. Pin (Hrsg.), *Notfallpflege - Fachweiterbildung und Praxis* (S. 341-346). Berlin: Springer-Verlag GmbH.

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesamtbehandlungsprozess (Gräff, et al., 2022, S. 11)	7
Abbildung 2: Crew-Ressource-Management (Gräff, et al., 2022, S. 14)	9
Abbildung 3: Kommunikationsmodell nach Shannon und Weaver (eigene Darstellung)	14
Abbildung 4: NRS bzw. VRS (modifiziert nach Stork & Hofmann-Kiefer, 2008, S. 430)	22
Abbildung 5: Feldnotiz-Vorlage der Beobachtung (eigene Darstellung).....	27

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: SOAP (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 95)	17
Tabelle 2: I-PASS (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 95).....	18
Tabelle 3: BATON (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 95).....	18
Tabelle 4: IMIST (modifiziert nach Schacher et al., 2019, S. 6)	19
Tabelle 5: AMBO (modifiziert nach Schacher et al., 2019, S. 6).....	19
Tabelle 6: ISOBAR (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 96f.).....	20
Tabelle 7: SBAR (eigene Darstellung nach Rossi, 2020, S. 96).....	20
Tabelle 8: OPQRST (eigene Darstellung nach Grätz et al., 2022, S. 78f.)	21
Tabelle 9: c-ABCDE (eigene Darstellung nach Kegel, 2022, S. 93).....	22
Tabelle 10: FAST (eigene Darstellung nach Zsdidek-Fuchs, 2022, S. 342).....	22
Tabelle 11: SAMPLER (modifiziert nach Kegel, 2022, S. 93).....	23
Tabelle 12: Feststellungen und Maßnahmen (eigene Darstellung)	30

Versicherung

Ich versichere, dass ich diese Arbeit in der festgesetzten Bearbeitungszeit selbständig verfasst und keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall unter Angabe der Quelle als Entlehnung kenntlich gemacht.

Bremen, 12.08.2022

Jonas Gerlemann