

**Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen**  
**- Abteilung Köln -**  
**Fachbereich Gesundheitswesen**

*Bachelor-Thesis im Studiengang Pflegewissenschaft,  
Schwerpunkt Pflegemanagement*

**Die Schichtübergaben am Patientenbett und deren  
Einfluss auf die Patientensicherheit  
im Krankenhaus auf Normalstationen  
Eine selektive Literaturrecherche als Beitrag  
zur Patientensicherheit**

*vorgelegt von*

**Nicole Dörken- Anhuth**

*am:03.06.2019*

*Erstleser:* Prof. Dr. Andreas Becker  
*Zweitleser:* Prof. Dr. Marcus Siebolds

## Inhaltsverzeichnis

Abstrakt.....	1
1 Einleitung.....	3
2 Hintergrundwissen und Grundlagen .....	6
2.1 Übergabe.....	6
2.1.1 Übergabeformen.....	7
2.1.2 Übergabe am Patientenbett.....	8
2.1.3 Vor- und Nachteile der Übergabe am Patientenbett.....	9
2.1.4 Rahmenbedingungen für die Übergabe am Patientenbett.....	10
2.1.5 Pflegevisite .....	11
2.2 Kommunikation.....	12
2.2.1 Formen der Kommunikation .....	14
2.2.2 Kommunikationsmodelle .....	15
2.2.3 Störungen der Kommunikation .....	17
2.3 Patientensicherheit.....	18
2.3.1 Fehler/ Ereignis .....	19
2.3.2 Human Factor.....	22
2.3.3 Qualität.....	23
2.3.4 Outcome/ Ergebnisse .....	24
2.4 Selektive versus systematische Literaturrecherche.....	25
2.5 Vorstellung des Instruments zur Bewertung der Evidenz .....	25
2.6 Vorstellung des Instruments zur kritischen Beurteilung.....	27
3 Methodik.....	29
3.1 Literaturrecherche .....	29
3.2 Darstellung der Suchbegriffe für die Literaturrecherche anhand des Themas .....	30
3.3 Anwendung der Suchbegriffe für die Literaturrecherche .....	30
3.4 Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche .....	31
3.5 Vorstellung der Datenbanken und Vorgehen in den Datenbanken.....	32
3.6 Darstellung der Suche und Anwendung der Suchbegriffe .....	35
3.7 Methodik der Handsuche.....	35
3.8 Methodik der Literaturbeschaffung und des Volltextscreenings .....	36
3.9 Methode der Evidenzbestimmung .....	36
3.10 Methode zur kritischen Beurteilung der Literatur .....	37
4 Ergebnisse .....	38
4.1 Fließdiagramm zur Ergebnisübersicht.....	39
4.2 Ergebnisse aus der Datenbankrecherche .....	40
4.3 Ergebnisse der Volltextsichtung .....	41
4.4 Ergebnisse aus der Handsuche.....	42
4.5 Präsentation der relevanten Ergebnisse mit Evidenzeinstufung und kritischer Bewertung .....	43
4.6 Ergebnismatrix.....	75

5	Diskussion .....	78
5.1	Diskussion der Methodik .....	78
5.2	Diskussion der Ergebnisse .....	79
5.3	Einfluss auf die Pflegekräfte .....	84
5.4	Einfluss auf die Patienten .....	85
5.5	Einfluss auf die Patientensicherheit.....	86
5.6	Zusammenfassende Diskussion.....	88
6	Schlussfolgerung und Fazit .....	90
6.1	Empfehlungen und Konsequenzen für die Verfasserin.....	90
6.2	Empfehlungen und Konsequenzen für die Pflegepraxis .....	90
6.3	Empfehlungen und Konsequenzen für die Pflegewissenschaft.....	91
6.4	Fazit und Schlussfolgerung in Bezug auf das Forschungsthema .....	92
7	Stärken und Limitationen.....	93
8	Zusammenfassung .....	95
9	Quellenverzeichnis .....	97
9.1	Eingeschlossene Literatur .....	97
9.2	Ausgeschlossene Literatur nach Titel- und Abstraktsichtung .....	98
9.3	Ausgeschlossene Literatur nach Volltextsichtung.....	105
9.4	Ausgeschlossene Literatur der Handsuche .....	107
9.5	Ergänzende Literatur .....	107
	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis .....	112
	Abkürzungsverzeichnis .....	113
	Anhang .....	115

## **Abstrakt**

### Hintergrund und Problematik

Patientensicherheit ist ein aktuelles Thema, das auf Grund der hohen Relevanz in vielen Krankenhäusern behandelt wird. Kommunikation ist einer der häufigsten Faktoren für das Auftreten von Fehlern. Einer der Kernpunkte der pflegerischen Kommunikation ist die Übergabe zwischen den wechselnden Schichten.

### Ziel und Fragestellung

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es die Schichtübergabe am Patientenbett bezüglich ihres Einflusses auf die Patientensicherheit zu untersuchen. Es soll geklärt werden, inwiefern die Schichtübergabe einen Einfluss auf die Patientensicherheit hat, wie sich dieser darlegt, ob er positiv oder negativ ist und ob dieser sich unmittelbar auf die Patienten als auch auf das Pflegepersonal auswirkt. Zudem wird ermittelt, wie man den Einfluss messen und evaluieren kann.

### Methodik

Grundlage der Arbeit war eine selektive Literaturrecherche, mit Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien, um die Studienlage von 2010-2019 zu erfassen und auszuwerten.

### Ergebnisse

Die Ergebnisse wurden aus insgesamt neun Studien gewonnen. Sie differieren je nach Studiendesign und Studienfokus. Alle Forscher beschreiben einen positiven Einfluss der Übergabe am Patientenbett. Negativer Einfluss auf die Patientensicherheit konnte nicht festgestellt werden.

### Diskussion

Alle eingeschlossenen Studien liefern Indizien für die Verbesserung der Patientensicherheit durch die Übergabe am Patientenbett. Meist genannt ist die Verbesserung der klinischen Kommunikation, Erhöhung der Zufrie-

denheit für Patienten und Pflegepersonal, sowie die Reduktion von Fehlern. Die unterschiedlichen Ergebnisse, die Hinweise für die Verbesserung der Patientensicherheit liefern, sind erschwert in den direkten Vergleich zu setzen, da verschiedene Ergebnisse ermittelt wurden.

#### Schlussfolgerung

Die Schichtübergabe am Patientenbett hat positiven Einfluss auf verschiedene Faktoren der Patientensicherheit, wie beispielsweise Reduktion von Stürzen und Medikamentenfehlern und wirkt sich außerdem auf die Zufriedenheit der Patienten und Pflegenden aus.

#### Schlüsselwörter

Übergabe, Patientenbett, Patientensicherheit

## 1 Einleitung

Die Übergabe und deren Einfluss auf die Patientensicherheit ist ein Thema von hoher Aktualität, das in vielen Fachzeitschriften und Büchern aufgegriffen wird. Die Artikel und Bücher basierend auf Expertenwissen bejahen die Aussage, dass die Schichtübergabe am Patientenbett die Patientensicherheit beeinflusst. „Übergabe am Patientenbett: Ein Praxisprojekt zur Qualitätssicherung“<sup>1</sup>, „Qualitätssicherung. Übergabe am Patientenbett“<sup>2</sup>, „Die Zufriedenheit aller Beteiligten wird gesteigert: Übergabe am Patientenbett“<sup>3</sup>, „Fehler im stationären Sektor Das Bedside-Handover im Kontext der Prozessoptimierung“<sup>4</sup>, „Schichtwechsel in der Pflege: Neue Prozesse erfolgreich etablieren“<sup>5</sup>, so lauten einige Artikelüberschriften oder Buchtitel.

Von den Autoren wird ein direkter Bezug der Übergabe am Patientenbett zur Förderung der Patientensicherheit gezogen. Aus der Praxis erfährt man vermehrt, dass Krankenhäuser auf die Übergabe am Patientenbett umstellen, da viele verschiedene Vorteile, wie die Verbesserung der Kommunikation und die Visualisierung des Patienten erkannt werden.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es diese Thematik evidenzbasiert und wissenschaftlich zu beleuchten.

Die Forschungsfragen, die der genauen Themenfindung voran gingen, waren:

- Haben die Schichtübergaben am Patientenbett Einfluss auf die Patientensicherheit?
- Wie stellt sich der Einfluss der Schichtübergaben am Patientenbett auf die Patientensicherheit dar?
- Ist der Einfluss positiver oder negativer Art?
- Wirkt sich der Einfluss auf die Patienten und Pflegekräfte aus?

---

<sup>1</sup> Rößmann 2006

<sup>2</sup> Gutsche 2001

<sup>3</sup> Koch 2003

<sup>4</sup> Biermann 2013

<sup>5</sup> Braun 2017

- Kann man den Einfluss messen oder an Qualitätsindikatoren festlegen?

Aus diesen Fragestellungen entwickelte die Verfasserin den Titel ihrer Bachelorarbeit „Die Schichtübergaben am Patientenbett und deren Einfluss auf die Patientensicherheit im Krankenhaus auf Normalstationen - Eine selektive Literaturrecherche als Beitrag zur Patientensicherheit“.

Das Vorgehen bei der Erstellung dieser Arbeit fand wie folgt statt. Es wurde durch eine selektive Literaturrecherche, in Datenbanken und die Handsuche, der aktuelle Stand der Wissenschaft zur Thematik ermittelt. Die Literaturrecherche wird methodologisch und transparent im Kapitel drei dargestellt, ebenso die Auswahl der einbezogenen Quellen. Die Bewertung der Qualität der einbezogenen Quellen und die Evidenzprüfung erfolgen gemeinsam mit der zusammenfassenden Darstellung relevanter Ergebnisse und werden in Kapitel vier präsentiert. Eine Diskussion der Ergebnisse findet in Kapitel fünf seine Anwendung. Eine zusammenfassende Beurteilung der erarbeiteten Ergebnisse unter Rückbezug auf die Fragestellung und das Forschungsthema dieser Arbeit wird dargelegt. Die Schlussfolgerung und das Fazit werden in Kapitel sechs demonstriert. Im weiteren Verlauf werden die Stärken und Limitationen der Arbeit in Kapitel sieben beschrieben. Kapitel acht inkludiert eine Zusammenfassung der gesamten Arbeit. Die Arbeit endet mit den verschiedenen Verzeichnissen, insbesondere dem Quellenverzeichnis, wo sowohl die eingeschlossenen, ausgeschlossenen und ergänzende Literatur vorgestellt wird und dem Anhang.

Das Kapitel zwei wird im Kontext dieser Einleitung separat genannt, da es nicht zur Bearbeitung der Forschungsfragen und des Forschungsthemas beigetragen hat. Das Kapitel zwei beinhaltet das Hintergrundwissen und die Grundlagen, die für den Leser von Interesse sind, um die verschiedenen verwendeten Begrifflichkeiten dieser Bachelorarbeit zu definieren.

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Bachelorarbeit hauptsächlich genderneutral formuliert oder die gewohnte männli-

che Sprachform, bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen, verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral verstanden werden.



## 2 Hintergrundwissen und Grundlagen

Dieses Kapitel dient der Erläuterung und Klärung von Begriffen, die für das weitere Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der vorliegenden Arbeit von Relevanz sind. Die Definition der Begriffe erfolgt durch die Verwendung von Literaturquellen. Diese Literaturquellen wurden thematisch ermittelt, mit Hilfe des OPAC- Bibliothekskatalog der Katholischen Hochschule, über LIVIVO und über die gezielte Suche im Internet. Die detaillierten Quellenangaben werden im Quellenverzeichnis unter dem Punkt ergänzende Literatur aufgeführt.

### 2.1 Übergabe

Im Folgenden werden verschiedene Definitionen des Begriffs Übergabe literaturgestützt dargestellt.

„Die Dienstübergabe ist ein Instrument für die Arbeitsschichten mit dem Zweck, den kontinuierlichen Arbeitsablauf zu gewährleisten.“ (Kelm 2003, S.171)

„Die tägliche Dienstübergabe stellt ein wichtiges Kommunikationsmittel innerhalb des Pflorgeteams dar mit dem Ziel, einen personellen Wechsel mit minimaler Unterbrechung der Stationsabläufe zu ermöglichen. Ein guter Informationsfluss ist für den Behandlungserfolg ebenso von entscheidender Bedeutung, wie für die Kontinuität der Patientenbetreuung.“ (Zacherl & Smoliner 2006, S.26)

„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 folgende 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.“ (Blank & Zittlau 2017, S.2)

Die Basis der dargelegten Quellen sieht die Übergabe als Instrument, das der Informationsweitergabe zwischen dem Pflegepersonal der wechselnden Schichten dient. Sie ist eines der wichtigsten Kommunikationsinstrumente und trägt dazu bei, den kontinuierlichen Arbeitsablauf zu gewährleisten.

### 2.1.1 Übergabeformen

Die meisten Autoren unterscheiden die Übergabe in zwei Formen, erstens die klassische Übergabe, die patientenfern stattfindet und zweitens die Übergabe beim Patienten, bzw. mit Einbeziehung des Patienten. Weiterhin gibt es auch Mischformen der beiden Übergabeformen. Es liegen Ansätze für schriftliche und elektronische Übergabeformen vor. Um themenfokussiert zu arbeiten, stellt die Verfasserin jedoch lediglich die patientennahe und patientenferne Dienstübergabe vor. Die Gestaltung der beiden Übergabeformen ist je nach Einrichtung individuell und unterschiedlich.

„Die patientenferne Form der Übergabe findet nicht am Patientenbett oder im Patientenzimmer, sondern überwiegend in einem für jeden Klinikmitarbeiter zugänglichen „Dienstzimmer“ statt. [...] <sup>6</sup> In der patientenfernen Übergabe wird über den Patienten, aber nicht mit ihm gesprochen. Es erfolgt dadurch eine subjektive Einschätzung des Patienten durch die Pflegenden und der Patient wird nicht erlebt, sondern es wird über ihn berichtet.“ (Blank & Zittlau 2017, S.12)

„Eine patientennahe Übergabe findet am Patientenbett statt.“ (Blank & Zittlau 2017, S.12)

---

<sup>6</sup> [...] Durch dieses Zeichen weist die Verfasserin darauf hin, dass eine Auslassung im Zitat stattgefunden hat. Dies kann einzelne Wörter, Teilsätze, ganze Sätze oder Absätze betreffen.

„Für die Schichtübergabe gibt es zwei Alternativen: im Personalaufenthalts-/ Stationszimmer oder am Patientenbett. Letztere bezieht den Patienten direkt ein, es können Fragen gestellt und Vereinbarungen getroffen werden, was auch die Eigenverantwortung des Patienten fördert. Vorteilhaft ist zudem, dass dem Patienten der Nachfolgedienst bereits bekannt wird.“ (Baua 2016, S. 30)

### 2.1.2 Übergabe am Patientenbett

Die Verfasserin dieser Bachelorarbeit beschäftigt sich ausschließlich mit der patientennahen Übergabe und möchte diese im folgenden Kapitel durch Literaturquellen definieren. Auf die patientenferne Übergabe wird nicht weiter eingegangen.

„Die Dienstübergabe am Krankenbett ist ein regelmäßiger Informationsaustausch in Form eines Kurzbesuches am Patientenbett. Dabei werden tages- oder schichtaktuelle Ereignisse und Veränderungen im Krankheitsverlauf bzw. Pflegeverlauf unter Beteiligung des Patienten und dessen Bezugsperson gemeinsam erörtert.“ (Schlenker- Ferth 1998, S.1-2)

„Die Patientenübergabe am Bett ist eine Form der Informationsweiterleitung aller den Patienten betreffenden Informationen zwischen den Pflegepersonen [...] Die Integration des Patienten in diese Situation ist das besondere Merkmal der Patientenübergabe am Bett.

Der Patient wird über alle ihn betreffenden Maßnahmen informiert und soll nach Möglichkeit in seinen Pflegeprozess integriert werden. Er hat die Möglichkeit seine Wünsche, Bedürfnisse und Probleme auf direktem Weg mitzuteilen. Mit der Patientenübergabe am Bett entsteht für den Patienten Transparenz im Zuständigkeits- und Verantwortungsbereich der Pflegenden.“ (Stenzel et al. 2000, S. 942)

Im Sinne der aufgeführten Literatur möchte die Verfasserin ein Verständnis für die Dienstübergabe am Patientenbett entstehen lassen als Informationsweitergabe zwischen den Pflegenden der wechselnden Schichten, bei denen der Patient in die Kommunikation einbezogen wird.

### 2.1.3 Vor- und Nachteile der Übergabe am Patientenbett

Um die Dienstübergabe am Patientenbett explizit vorzustellen, muss man sich mit den Vor- und Nachteilen dieser Übergabeform auseinandersetzen.

Blank & Zittlau äußern in ihrem Buch, dass der informierte, aktiv mitwirkende Patient ein großer Vorteil ist. Der Pflegeverlauf und die Pflegeziele rücken in den Fokus. Es herrscht Transparenz über die Ansprechpartner. Die Informationsweitergabe ist kurz und sachlich. Es erfolgt Kontrolle und Reflexion der eigenen Pflegearbeit. Nachteilig beschreiben sie den Umgang mit Daten der Patienten in Mehrbettzimmern. Außerdem könnte der Patient durch Fachsprache und Kommunikationsinhalte verwirrt und beunruhigt werden. Es findet oft eine Übersetzung der ärztlichen Visite statt. (vgl. Blank & Zittlau 2017, S.12)

„Eine Übergabe am Patientenbett hat Vorteile für beide Seiten: Die Patienten werden in den Pflegeprozess mit einbezogen, sie fühlen sich dadurch ernst genommen und besser informiert. Die Pflegenden haben die Möglichkeit, die Pflege gemeinsam mit dem Patienten zu evaluieren und damit zur Verbesserung der Pflegequalität beizutragen.“ (Rößmann 2007, S.11)

Als nachteilig werden vielfach Störfaktoren beschrieben. Ronald Kelm führt Störfaktoren, wie Telefongespräche, Transporte von Patienten zu und von den verschiedenen Funktionsabteilungen, Klingeln der Patienten, Kommen und Gehen von Personen, zwischenzeitliche ärztliche Anordnungen, sowie die räumliche Situation an. (vgl. Kelm 2003, S. 171-172)

„Durch ungenügende Vorbereitung kann es zur Überforderung der Patienten und Mitarbeiter kommen. Patienten werden verunsichert, weil sie nicht wissen, was von ihnen erwartet wird. Mitarbeiter fühlen sich in der neuen Situation gestresst.

Mangelnde Sensibilität für die Situation kann dazu führen, dass sich die Vorteile umkehren. Unreflektiertes Handeln ist ein sicherer Garant dafür.“ (vgl. Schlenker- Ferth 1998, S. 6)

#### 2.1.4 Rahmenbedingungen für die Übergabe am Patientenbett

Bei der Dienstübergabe am Patientenbett gibt es gravierende Unterschiede, daher ist es von großer Bedeutung, sich verschiedene Settings anzuschauen und die Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Die Rahmenbedingungen werden oft von den Pflegekräften als Faktor benannt, warum die Dienstübergabe am Patientenbett gestört oder nicht durchgeführt wird.

Christine Schlenker- Ferth beschreibt in ihrem Buch drei wichtige Voraussetzungen für die Übergabe am Patientenbett. Sie benennt die Einstellung und Haltung der Pflegekräfte, die Rolle der Gepflegten und die Rahmenbedingungen des Krankenhauses. (vgl. Schlenker- Ferth 1998, S. 6)

Stenzel et al. (2000) beschreiben einen konzeptionellen Rahmen für die effektive und effiziente Umsetzung der Übergabe am Patientenbett. (vgl. Stenzel et al. 2000, S. 942-943)

„Schichtübergabe: Dafür sollte ausreichend Zeit zur Verfügung stehen, damit jeder Patient detailliert besprochen werden kann. Möglich sind auch parallel laufende Übergaben, bei denen die Pflegekraft nur Informationen über die ihr zugeordneten Patienten an den Nachfolgedienst übergibt, der auch nur diese Patienten betreut. Diese Art der Übergabe spart Zeit. Wichtig: Jede Schichtübergabe sollte durch die Pflegekraft selbst an die zuständige Pflegekraft des Nachfolgedienstes erfolgen, damit keine Informa-

tionen verloren gehen. Wer für wen zuständig ist, kann auf einer Übersichtstafel festgehalten werden, was die Einteilung auch für andere Berufsgruppen und Angehörige transparent macht.“ (Baua 2016, S.30)

Der überwiegende Teil der Literatur verweist darauf, dass eine effiziente und effektive Übergabe am Patientenbett nur möglich ist, wenn die Rahmenbedingungen erfüllt sind.

#### 2.1.5 Pflegevisite

In Auseinandersetzung mit der Dienstübergabe am Patientenbett, findet man vermehrt Bezüge zur Pflegevisite. Die Verfasserin möchte im weiteren Verlauf eine deutliche Abgrenzung zwischen beiden Themenfeldern vornehmen. Daher wird in dieser Bachelorarbeit das Thema der Dienstübergabe am Patientenbett und nicht die Pflegevisite fokussiert.

„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 Patienten gemeinsam zu schauen, inwieweit die durchgeführte Pflege Erfolge erzielt hat.“ (Blank & Zittlau 2017, S.14)

Schlenker- Ferth (1998) führt in ihrem Buch die Unterschiede zwischen der Übergabe am Patientenbett und der Pflegevisite auf. Die Patientenübergabe wird dabei als Berichterstattung über bestimmte tages- bzw. schichtaktuelle Ereignisse, vergleichbar mit einem „Schnappschuss“, beschrieben. An diesen nehmen die jeweiligen Bezugspersonen der Schichten des Patienten, sowie Auszubildende, teil. Die Übergabe am Patientenbett findet täglich und bei allen Patienten statt. Durch eine individuelle Interaktion mit dem Patienten, fühlt sich dieser einbezogen. Sie findet innerhalb der festgelegten Übergabezeit statt. Die Pflegevisite hingegen ist deklariert als die inhaltliche Auseinandersetzung mit Patientenbedürfnissen, Pflegediagnosen, Planung der Maßnahmen und Überprüfung der Effektivität der Intervention. Teilnehmer sind die Bezugspersonen, Auszubildende,

falls notwendig Mitglieder des interdisziplinären Teams, die Oberschwester, bzw. Stationsleitung und gegebenenfalls die Pflegedienstleitung. Die Pflegevisite findet episodisch, individuell und fallbezogen statt, denkbar ist eine Regelmäßigkeit von einmal pro Woche, wobei die Festlegung dieser Regelmäßigkeit von der Pflegedienstleitung bestimmt wird. Durch die enge und patientenindividuelle Kommunikation fühlt sich dieser miteinbezogen. Dabei ist die Pflegevisite abgekoppelt von der Übergabezeit. (vgl. Schlenker- Ferth 1998, S. 5)

Im Repetitorium „Pflege heute“ (2015) ist die Pflegevisite beschrieben als regelmäßiges Gespräch zwischen Pflgeteam und Kunden über den Pflegeverlauf. Sie bietet der verantwortlichen Pflegekraft die Möglichkeit, Pflegeverständnis und Kommunikationsverhalten der Mitarbeiter zu erkennen, die Qualität der Pflegedokumentation praxisnah zu überprüfen, den Überblick zum Einsatz der Pflegehilfsmittel- und Materialien zu gewinnen, konstruktive Kritik zu üben und Hilfen zu geben, sowie die Pflegeintensität und Belastungen einer Pflegegruppe oder Abteilung zu erfassen. (vgl. Menche 2015, S.31)

## 2.2 Kommunikation

Im folgenden Kapitel möchte die Verfasserin die Grundlagen der Kommunikation darlegen, die für ihre Thematik relevant sind. Diese Bachelorarbeit setzt sich inhaltlich mit der pflegerischen Übergabe am Patientenbett auseinander, Kommunikation stellt dabei einen essentiellen Bestandteil dar, sodass eine Beschreibung dieses Aspektes unabdingbar ist. Das folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Darstellung der Grundlagen von Kommunikation, welche für die Thematik der Übergabe am Patientenbett relevant sind.

„**Kommunikation** [Hervorhebung im Original] (lat. communicare = verbinden): Verständigung durch Übermittlung von Informationen. [...]

**Kommunikation** [Hervorhebung im Original] zwischen Menschen ist die Basis jeder Gemeinschaft, ohne die ein Mensch nicht überleben kann: [...].

Der zentrale Prozess in der Kommunikation ist die Umwandlung persönlicher Gedanken und Gefühle in Wörter, Symbole oder Zeichen (Signale). Dies ist Voraussetzung zur entsprechenden Reaktion bzw. Antwort des anderen. Kommunikation ist also ein Prozess, in dem Menschen abwechselnd die Position des Senders und des Empfängers einnehmen.“ (Menche 2015, S. 67-68)

„Die Anforderungen an eine solche Patientenübergabe beruhen nicht nur auf einem Verantwortungstransfer, sondern auch auf einer optimalen Kommunikation. Nur wenn diese adäquat verläuft, können alle wichtigen Informationen weitergegeben werden. Falsche oder unvollständige Informationsweiterleitung verkörpert eine potenzielle Gefahrenquelle und stellt eine Ursache für Fehler bei der Patientenübergabe.“ (Biermann 2013, S.79-80)

„Kommunikation ist ein zentraler Human Factor, als Unfallursache wie als Sicherheitsressource. Kommunikation umfasst Interaktion und Informationsweitergabe: Immer, wenn Menschen kommunizieren, gehen sie Beziehungen zueinander ein. Kommunikationsprozesse sind eingebettet in Team, Organisation und Aufgabe und abhängig vom situativen Kontext. Kommunikation ist kein Selbstzweck, sie erfüllt in Teams die Funktionen Strukturierung, Koordination, Informationsverteilung, Schaffen von Beziehungen sowie gemeinsames Verständnis.

Kommunikation kann zur Sicherheitsressource werden, wenn die Informationsübermittlung sichergestellt wird und wenn Beziehungen vertrauensvoll, respektvoll und offen gestaltet werden.“ (Hofinger in Becker et al. 2012, S. 170)



„Jede Pflegekraft sollte über verschiedene Handlungskompetenzen verfügen, [...]. Eine entscheidende Kompetenz für Pflegekräfte ist die sog. „kommunikative Kompetenz“. Verfügt eine Pflegende darüber, so ist diese u.a. in der Lage Informationen zu verstehen, diese auszuwerten und kommunikative Situationen zu gestalten.“ (Blank & Zittlau 2017, S.62)

Dahingehend wird deutlich, wie wichtig die Kommunikation für die pflegerische Übergabe ist.

### 2.2.1 Formen der Kommunikation

Im folgenden Kapitel stellt die Verfasserin anhand von Literaturzitatzen und Paraphrasen vor, welche Arten der Kommunikation es gibt. Im weiteren Verlauf werden anhand von Literaturzitatzen und Vergleichen die verschiedenen Arten von Kommunikation dargestellt und beschrieben.

„Kommunikation ist nicht an Sprache gebunden, sie kann auch nonverbal über Körperhaltung, Mimik und Gestik erfolgen.“ (Menche 2015, S. 68)

Die wichtigsten Kommunikationsarten sind nach Menche (2015) die verbale Kommunikation (Sprache), die nonverbale Kommunikation (Körpersprache, Gestik, Mimik und räumliches Verhalten), sowie die leibliche, auch paraverbal genannte Kommunikation (Stimmklang- und lage). (vgl. Menche 2015, S. 69)

Hannawa & Postel (2018) benennen acht Prinzipien der zwischenmenschlichen Kommunikation. Sie verdeutlichen, dass Kommunikation den Gedanken, das Symbol und den Referenten verankert. Sie erläutern weiterhin, dass Kommunikation sich nicht auf Teilprozesse reduzieren lässt und verschiedene Ziele verfolgt. Hannawa & Postel (2018) erklären, dass Kommunikation mehr als nur Worte beinhaltet, Fakten vermittelt und zwischenmenschliche Beziehungen definiert, sowie kontextgebunden ist.

Kommunikation beruht auf subjektiven Vorannahmen und Wahrnehmungen. Außerdem fördert die inhaltliche Redundanz durch direkte Kanäle die Richtigkeit der kommunizierten Inhalte und deren Verständnis. (vgl. Hanawa & Postel 2018, S. 58)

### 2.2.2 Kommunikationsmodelle

Die Verfasserin möchte in diesem Kapitel drei Kommunikationsmodelle vorstellen, um zu verdeutlichen, wie komplex Kommunikation funktioniert und wie diese aufgebaut ist.

#### **Kommunikationsmodell nach Shannen & Weaver**

Das Kommunikationsmodell nach Shannen und Weaver hat zwei Variablen: den Sender und den Empfänger. Es wurde ursprünglich für die technische Kommunikation entwickelt. Das Modell bezieht sich auf sachliche Aspekte und schließt die Ebene der Eindrücke und Gefühle aus. (Blank & Zittlau 2017, S. 63)

„Es ist eine elementare Aufgabe Pflegender 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.“ (Blank & Zittlau 2017, S.63)

Da es sich im Rahmen der Bachelorarbeit um die Auseinandersetzung der Kommunikation bei Übergaben am Patientenbett handelt, müssen weitere Kommunikationsmodelle betrachtet werden.

### **Kommunikationsmodell nach Watzlawick**

Paul Watzlawick entwickelte ein Kommunikationsmodell, das auf fünf Grundsätzen, sogenannten Axiomen beruht:

**1. Man kann nicht nicht kommunizieren**

Zu diesem Axiom wird jedem menschlichen Verhalten ein Mitteilungscharakter unterstellt.

**2. Jede Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt**

Die Inhaltsebene spiegelt das, was gesagt wird, die Beziehungsebene spiegelt, wie etwas gesagt wird. Die Inhaltsebene enthält die Daten, die Beziehungsebene vermittelt, wie diese Daten aufzufassen sind.

**3. Interpunktion von Kommunikationsabläufen**

Kommunikation kennt keinen Anfang und kein Ende, es sei denn, dies wird festgelegt. Es handelt sich um einen unendlichen Kommunikationsablauf.

**4. Kommunikation zwischen Menschen bedient sich analoger und digitaler Modalitäten**

Mimik und Gestik stehen für analoge Darstellung, die Sprache für die digitale Darstellung. Die analoge Modalität spricht die Beziehungsebene an. Eine ergänzende Kommunikationsform übermittelt übereinstimmende Signale und trägt zur Verständigung bei.

**5. Symmetrische und komplementäre Beziehungen**

Symmetrische Beziehungen bestehen zwischen zwei gleichrangigen Gesprächspartnern. Komplementäre Beziehungen bestehen, wenn die Gesprächspartner über- bzw. untergeordnete Positionen einnehmen.

Die Inhalts- und Beziehungsebene einer Botschaft kann inkongruent, das heißt nicht passend, sein. Diese Differenzen können Beziehungen stören. Störungen der Beziehungsebene in Kombination mit analoger Darstellung können wegen großer Interpretationsspielräume zu Missverständnissen führen. Streit geschieht oft über ein Sachthema, aber der Konflikt liegt auf der Beziehungsebene. Der Konflikt kann auf der Ebene gelöst werden, auf der er entstanden ist. (vgl. Menche 2015, S. 70-71)

### **Kommunikationsmodell nach Schulz von Thun**

Friedemann Schulz von Thun benennt vier Ebenen der Kommunikation als Quadrat der Nachricht. Kommunikation benötigt zwei Partner, den Sender und den Empfänger. Für den Sender und den Empfänger setzt sich die Nachricht aus vier Botschaften zusammen. Diese vier Botschaften sind den bildlich gesprochen vier Ohren zugeordnet.

Die eigentliche Sache

Sach- Ohr: inhaltliche Ebene

Das Befinden des Sprechers

Selbstoffenbarungs- Ohr: Informationen über den Sender

Die Beziehung der Partner

Beziehungs- Ohr: Haltung der Partner zueinander

Der Zweck, den der Sender erreichen möchte

Apell- Ohr: mitgesendete Aufforderungen

Das Sender- Empfänger- Problem lässt sich als eine der häufigsten Kommunikationsstörungen identifizieren. Der Sender beabsichtigt einen der vier Aspekte einer Nachricht zu übermitteln, der Empfänger hört aber mit dem anderen Ohr. Dieses Modell zeigt deutlich, wie Missverständnisse in der Kommunikation entstehen. Entgegenwirken kann der Sender, indem er in seiner Aussage deutlich macht, wie diese zu verstehen ist. Der Empfänger kann spiegeln, wie die Botschaft angekommen ist. (vgl. Menche 2015, S. 71)

Auf der Basis dieser drei Kommunikationsmodelle wird deutlich, wie Kommunikation funktioniert und warum diese anfällig für Störungen ist.

#### 2.2.3 Störungen der Kommunikation

Im nachfolgenden Kapitel der Bachelorarbeit werden weitere Aspekte von möglichen Störungen in der Kommunikation darlegt. Es wird auf zusätzliche Faktoren eingegangen, wie z.B. externe Einflüsse.

Hofinger (2015) beschreibt in dem Buch Beiträge zu Patientensicherheit Kommunikationsstörungen und – fehler als:

„Fehler bei der Encodierung (zum Beispiel abweichen von der korrekten Fachsprache)

Lärm, Lichtverhältnisse, unleserliche Handschrift, undeutliche Sprache

Überlastung einer Nachricht mit Daten

Sprechen „in den Raum hinein“ ohne klaren Adressaten

Abgelenkter oder desinteressierter Empfänger

Missverständnisse, zum Beispiel durch Verhören, Verlesen oder auch für die Beteiligten neuartige Situationen

Bestätigungsbias

Vermischung von Beziehungsbotschaft und Sachinhalt

Zeitdruck, hoher Entscheidungsdruck“ (Hofinger in Becker 2015, S. 354)

Hannawa & Postel (2018) nennen in ihrem Buch verbreitete Fehlannahmen über Kommunikation: Kommunikation sei eine simple, zielführende Angelegenheit; Kommunikation entspricht den gesagten Worten; Kommunikation= Information; Kommunikation ist delegierbar- man kann sie für andere hinterlegen und jederzeit auf sie zugreifen; Kommunikation spielt sich in den Köpfen der Beteiligten ab; Je mehr Kommunikation, desto besser; Kommunikation kann zusammenbrechen. (Hannawa & Postel 2018, S. 58)

Diese Fehlannahmen können für Störungen der Kommunikation verantwortlich sein.

### 2.3 Patientensicherheit

Im Nachgang wird zur besseren Verdeutlichung der Thematik dieser Bachelorarbeit und zur Bestimmung des Begriffes in diesem Kapitel die Patientensicherheit und daraus resultierende Begriffe vorgestellt. Dies ge-

schieht anhand von Quellen aus der Literatur und verschiedenen Internetseiten.

Der Rat der europäischen Union definiert: „Patientensicherheit“ bezeichnet die Bewahrung des Patienten vor unnötigen Schädigungen oder potenziellen Schädigungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung“ (Rat der Europäischen Union 2009)

Laut dem Aktionsbündnis Patientensicherheit wird die Patientensicherheit definiert als „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“. (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2018)

„Sicherheit kann als das Ergebnis vieler zusammenwirkender Faktoren verstanden werden, wobei nicht ein einzelner zu ihrer führt. Es ist die Einsicht, für das Eintreten von Fehlern in Krankenhäusern, da dort Menschen in einem Hochrisikobereich arbeiten und Menschen Fehler machen, aber es ist auch das Verständnis für die Tatsache, dass Fehler multifaktoriell bedingt sind [...]“ (Biermann 2013, S.4)

### 2.3.1 Fehler/ Ereignis

Wenn im Rahmen der Definition des Wortes Patientensicherheit von Fehlern und Ereignissen gesprochen wird, so muss man sich auch diese Begriffe zur Verdeutlichung der Thematik anschauen.

Für ein besseres Verständnis der Patientensicherheit definiert das Aktionsbündnis für Patientensicherheit folgende Begriffe:

#### Unerwünschtes Ereignis

(engl.: adverse event): Ein schädliches Vorkommnis, das eher auf der Behandlung denn auf der Erkrankung beruht.

Es kann vermeidbar oder unvermeidbar sein.

### Vermeidbares unerwünschtes Ereignis

(engl.: preventable adverse event): Ein unerwünschtes Ereignis, das vermeidbar ist.

### Kritisches Ereignis

(engl.: critical incident): Ein Ereignis, das zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit deutlich erhöht.

### Fehler

(engl.: error): Eine Handlung oder ein Unterlassen bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt. Ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.

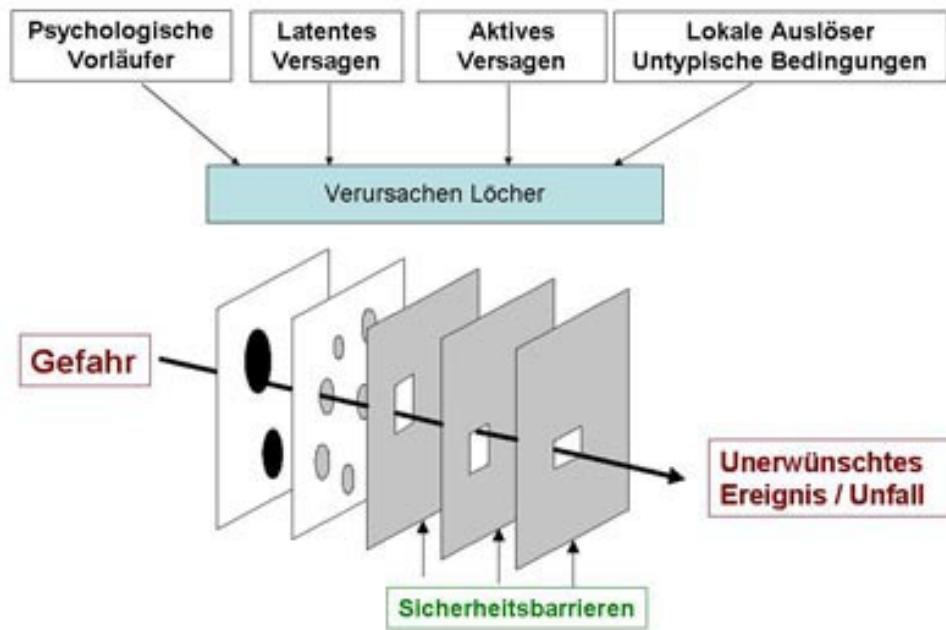
### Beinahe-Schaden

(engl.: near miss): Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können. (Aktionsbündnis Patientensicherheit 2018)

„Es gibt Fehler, die sich nicht als aktive Fehler direkt erkennen lassen. Sie entstehen damit nicht, sondern liegen als latente Fehler im System vor und können sich durch einen Auslöser verwirklichen.“ (Biermann 2013, S. 8)

„Auch die Pflege eines Patienten untersteht Standards, die es einzuhalten gilt. Wird hier die erforderliche Sorgfalt außer Acht gelassen und es kommt zu einem Schaden, entsteht ein Pflegefehler. Dies bedingt allerdings, dass das Pflegepersonal nicht alles Notwendige und Zumutbare getan hat.“ (Biermann 2013, S.27)

Damit es zum Zusammenbruch eines Systems kommt und die Sicherheitsbarrieren versagen, muss es zu einer Verkettung von Unfall- und Fehler- Ursachen aus latenten und aktiven menschlichen Fehlern kommen. Diese Verkettung wird anhand der folgenden Abbildung dargestellt.



**Abbildung 1:** Swiss Cheese Model of System Accidents (nach Reason)  
 (<https://www.aeqz.de/patientensicherheit/fehlertheorie> 2019)<sup>7</sup>

„Dieses sogenannte "Schweizer Käse Modell" geht davon aus, dass aus einer Gefahr nur dann ein Unfall oder ein unerwünschtes Ereignis entstehen kann, wenn die dazwischen liegenden "Sicherheitsbarrieren" (dies können Menschen oder auch technische Vorkehrungen wie z. B. Alarmer sein) versagen, also Löcher entstanden sind. Diese Löcher müssen dann auch noch durch "besondere Umstände" genau in einer "Achse" liegen. Die Löcher entstehen durch aktives und latentes Versagen (active and latent human failure), werden durch beitragende Faktoren beeinflusst und sind außerdem "dynamisch", d. h. sie öffnen, schließen oder verschieben sich über die Zeit.“ (AEZQ 2019)

<sup>7</sup> Die verwendeten Abbildungen, dieses Kapitels, sind von anderen Autoren übernommen worden. Die Verfasserin hat die Erlaubnis zur Verwendung der Abbildungen eingeholt.



### 2.3.2 Human Factor

In der Auseinandersetzung mit Patientensicherheit und Qualität taucht in der Fachliteratur immer wieder der Begriff Human Factor auf. Ursprünglich stammt dieser Begriff aus der Luftfahrt. Er scheint in der Medizin zunehmend verwendet zu werden. Allerdings kann kein einheitliches Verständnis des Begriffes darlegt werden. Je nach Autor oder Übersetzung ist der Begriff verschieden definiert und beschrieben. Die Verfasserin legt sich auf eine Begriffsbestimmung aus der Literatur fest, die ihrer Thematik am meisten entspricht.

Das Online- Wörterbuch Pons übersetzt den Begriff „human factor“ mit Humanfaktor oder menschlicher Faktor. (PONS 2019)

„Der Terminus Human Factors ist ein Sammelbegriff für psychische, kognitive und soziale Einflussfaktoren, die zwischen menschlichen und technischen Systembestandteilen wirken. Im Fokus steht dabei das menschliche Leistungsvermögen mit allen Fähigkeiten und Grenzen (Human Limitations), die Auswirkungen auf das Handeln im Verhältnis Mensch zu Mensch und Mensch zu Maschine haben.“ (AEROIMPULSE 2019)

„The overall human factors philosophy is that the system should be designed to support the work of people, rather than designing systems to which people must adapt.“ (WHO 2016, S.3)

In Anlehnung an das Zitat der WHO ist die allgemeine Philosophie der menschlichen Faktoren, dass das System so konzipiert sein sollte die Arbeit der Menschen zu unterstützen, anstatt Systeme zu entwerfen, an die die Menschen sich anpassen müssen.

### 2.3.3 Qualität

Der Qualitätsbegriff wird in der Literatur vielfältig definiert. Die Verfasserin beschränkt sich auf die Definition der Qualität in der medizinischen und pflegerischen Versorgung.

„Als Qualität bezeichnet man den Grad, in dem ein Satz von Qualitätsmerkmalen bestimmte Anforderungen erfüllt. Qualität ist damit der "Erfüllungsgrad" von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, also das Ausmaß, in dem vorgegebene Erfordernisse erfüllt werden [...].“ (AEZQ 2019)

„Qualität im Gesundheitswesen bedeutet eine ausreichende und zweckmäßige, d. h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen.“ (Ruprecht 1993, S. 964 )

„§ 70 SGB V Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

(1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muß in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden.

(2) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.“ (Sozialgesetzbuch V 2018)

#### 2.3.4 Outcome/ Ergebnisse

In der Beschäftigung mit Patientensicherheit und Qualität, muss erfragt werden, wie diese bestimmt und ausgedrückt wird. Die Messergebnisse werden häufig als „Patientenergebnis“ oder sogenanntes „Outcome“ beschrieben.

Das Wort „Outcome“ wird nach dem Online-Wörterbuch PONS mit dem Wort „Ergebnis“, bzw. „Resultat“ übersetzt. „Patient outcome“ wird übersetzt als „klinischer Verlauf, Patientenergebnis bzw. Behandlungserfolg“. (vgl. PONS 2019)

„Pflegerbezogene Ergebnisindikatoren werden eingesetzt, um einen Zusammenhang von Pflegeinterventionen bei Patienten und dem sich daraus ergebenden Gesundheitsstatus nachzuweisen. Sie sind ein Versuch, die Effektivität von pflegerischer Versorgung zu messen, indem Patientenergebnisse bestimmt werden. Verbindungen werden leichter erkannt, wenn Diagnose, Intervention und Ergebnis identifiziert werden. Da Pflegefachberufe ein integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung sind, erfassen pflegerbezogene Ergebnisindikatoren was Pflegefachberufe tun, welche Ergebnisse sie erzielen und zu welchem Preis.“ (DBfK 2007, S.2)

Der DBfK unterteilt die Patientenergebnisse in allgemein genutzte pflegerbezogene Ergebnisindikatoren und Patientenergebnisse in Bezug auf Aufgabenbereiche der Pflege und Personalzusammensetzung. Zu den allgemein genutzten pflegerbezogenen Ergebnisindikatoren zählen Patientenkomplikationen, wie z.B. Harnwegsinfekte, Verweildauer und Todesfälle von Patienten. Die Patientenergebnisse in Bezug auf Aufgabenbereiche der Pflege und Personalzusammensetzung sind Faktoren, wie Patientenzufriedenheit, funktioneller Status und Wiederaufnahme ins Krankenhaus. (vgl. DBfK 2007, S. 1)

## 2.4 Selektive versus systematische Literaturrecherche

In diesem Kapitel möchte die Verfasserin darstellen, warum sie sich für die Durchführung einer selektiven Literaturrecherche entschieden hat. Dazu nutzt sie die Gegenüberstellung der systematischen und der selektiven Literaturrecherche.

„Systematische Recherchen sind für systematische Übersichtsarbeiten das, was für primär- empirische Untersuchungen die Stichprobe ist. [...] Alle Elemente der Suchstrategie, das heißt alle benutzten Instrumente unserer Werkzeugkiste müssen dafür beschrieben werden.“ (Brandenburg 2018, S.60)

„Eine systematische Recherche hingegen hat den Anspruch, nachvollziehbar und reproduzierbar zu sein, was deutlich höhere Ansprüche an die Entwicklung, Durchführung und Dokumentation der Recherche stellt.“ (Panfil 2013, S.175)

Um das vorliegende Forschungsthema bearbeiten zu können, wurde die Informationssammlung anhand einer selektiven Literaturrecherche durchgeführt. Das selektive Vorgehen bezieht die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien ein, dabei werden Suchbegriffe definiert. Diese werden miteinander in Verbindung gesetzt, um lediglich Ergebnisse zu bestimmten Themenausschnitten zu erhalten. Ebenso werden der Suchzeitraum und die Suchorte beschränkt. Die Ergebnisse der gefundenen Literatur werden eng am Thema gefiltert. Die verwendeten Werkzeuge werden nur kurz vorgestellt.

## 2.5 Vorstellung des Instruments zur Bewertung der Evidenz

In diesem Kapitel beschreibt die Verfasserin, welche Methode sie zur Evidenzbestimmung, ihrer gefundenen Literatur, anwenden wird. Es gibt vielfältige Forschungsdesigns, die in ihrer Evidenz unterschiedlich eingestuft

werden. Um einen hohen Evidenzgrad in der vorliegenden Arbeit zu erlangen, ist es unumgänglich die gefundene Literatur nach ihrer Evidenz einzusortieren.

Zur Bestimmung der Evidenz hat sich die Verfasserin für die Evidenzklassen der BGW entschieden, die sich an den Empfehlungen der AHCP (Agency for Healthcare Research and Quality) orientieren. Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für nichtstaatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und der Wohlfahrtspflege.

„Die Empfehlungen der AHCP unterscheiden die Evidenzklassen I bis IV. Studien der Klasse Ia haben die höchste Evidenz, Studien der Klasse IV die geringste. Je höher eine Evidenzklasse, desto besser ist die wissenschaftliche Begründbarkeit für eine Therapieempfehlung.“ (BGW 2019)  
 Angelehnt an diese Evidenzklassen wird die Verfasserin die ermittelte Literatur auf ihre Evidenz prüfen.



Evidenzklassen der BGW, orientiert an den Empfehlungen der AHCP (Agency for Healthcare Research and Quality)	
<b>Klasse Ia:</b>	Evidenz durch Meta-Analysen von mehreren randomisierten, kontrollierten Studien.
<b>Klasse Ib:</b>	Evidenz aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie.
<b>Klasse IIa:</b>	Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten, jedoch nicht randomisierten und kontrollierten Studie.
<b>Klasse IIb:</b>	Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten quasi-experimentiellen Studie.
<b>Klasse III:</b>	Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien wie etwa Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fall-Kontroll-Studien.
<b>Klasse IV:</b>	Evidenz aufgrund von Berichten der Experten Ausschüsse oder Expertenmeinung bzw. klinischen Erfahrung anerkannter Autoritäten.

**Abbildung 2:** Evidenzklassen der BGW

(<https://www.bgwonline.de/DE/ArbeitssicherheitGesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPRMedientypen/WissenschaftForschung/Evidenzkategorien-Empfehlungen-Umgebungsuntersuchungen-TB.html>)

## 2.6 Vorstellung des Instruments zur kritischen Beurteilung

In dem folgenden Kapitel der Bachelorarbeit wird erläutert, warum die ermittelte Literatur einer kritischen Prüfung bedarf und welche Methode dafür verwendet wurde.

„Forschen und Publizieren machen die Reputation von Forschenden aus. Leider kann man nicht davon ausgehen, dass nur qualitativ hochwertige Forschungsarbeiten veröffentlicht werden, [...]. Daher sollte jede Studie, wie übrigens auch jeder Text kritisch gelesen und bewertet werden.“ (Brandenburg et al. 2018, S.260)

Bei vorangegangenen kritischen Auseinandersetzungen mit Literatur nutzte die Verfasserin die Homepage The EQUATOR Network. The EQUATOR Network beinhaltet Empfehlungen, welche Checklisten und Instrumente geeignet sind, die verschiedensten Literaturarten kritisch bewerten zu können.

„Ein Großteil der biomedizinischen Forschung ist beobachtend, und die Qualität der veröffentlichten Berichte über diese Forschung ist oft unzureichend. Dies behindert die Beurteilung der Stärken und Schwächen einer Studie und ihrer Übertragbarkeit. Die Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Initiative hat Empfehlungen entwickelt, was in einem akkuraten und vollständigen Bericht einer Beobachtungsstudie enthalten sein sollte.“ (von Elm et al. 2008)

Für die kritische Bewertung der ermittelten Literatur hat sich die Verfasserin für das STROBE- Statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology Statement) entschieden.

Da es sich bei dem STROBE- Statement um eine Checkliste mit 22 Punkten handelt, hat die Verfasserin eine verkürzte Version für ihre kritische Bewertung entwickelt. Es folgt eine Bewertung über die Aussagekraft von Titel und Abstrakt der Studie und die passende Zusammenfassung über

den Inhalt der Studie. Des Weiteren werden fokussiert die Hintergründe für die Forschung und deren Zielsetzung beschrieben. Außerdem prüft die Verfasserin das Studiendesign und welche Studienteilnehmer integriert waren. Ein weiterer Aspekt ist die Datenquelle und ob mögliche Bias, sogenannte Verzerrungen, beschrieben sind. Große Relevanz hat der Teil der Ergebnisse und wie diese präsentiert werden, sowie der Diskussions- teil. Weiterhin wird überprüft, ob über die Finanzierung der Studie etwas erläutert wird.

### 3 Methodik

#### 3.1 Literaturrecherche

„Die Literaturrecherche wird gerne als Kunst bezeichnet, da sie häufig als recht unsystematischer Prozess erscheint, der vor allem vom Zufall geleitet wird. Das ist in doppeltem Sinne nicht wirklich zutreffend. Einerseits, weil es der künstlerischen Leistung nicht gerecht wird, die normalerweise das Produkt jahrelanger Ausbildung und Arbeit ist, und andererseits, weil sich die Literaturrecherche in Zeiten der evidenzbasierten Medizin immer stärker als ein Teil der Methodik entwickelt hat, welche auf einen entsprechenden <<Werkzeugkasten>> zurückgreift. Die Literaturrecherche ist also mindestens genauso Handwerk, wie auch Kunst.“ (Panfil 2013, S.161-162)

Die Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum vom 01.03.2019 bis 31.03.2019. Die Literaturrecherche wurde von der Verfasserin wie folgt durchgeführt:

Zunächst wurde eine orientierende Suche in der Suchmaschine google scholar von Google® durchgeführt. „Google scholar ist eine spezielle Suchmaschine für wissenschaftliche Literatur und umfasst Artikel, Abschlussarbeiten, Bücher und Abstracts. Die Rangfolge basiert auf dem Inhalt, dem Autor, in welchem Journal veröffentlicht wurde und der Zitierhäufigkeit.“ (Brandenburg et al. 2018, S. 55)

Dann anschließend folgte eine weitere orientierende Suche im OPAC (Online Public Access Catalogue) der katholischen Hochschule.

Für die selektive, detaillierte Suche wurde das digitale Bibliotheksangebot der katholischen Hochschule NRW (Elektronische Bibliothek) genutzt, welches Zugang zu vielen Datenbanken bietet. Die Verfasserin hat sich für die Nutzung der folgenden Datenbanken entschieden: CareLit®, CINAHL® Complete, Cochrane Library, PubMed/Medline® und LIVIVO.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> ® Das Symbol entstammt dem Markenrecht der USA. Es weist darauf hin, dass die Marke eingetragen ist. Bedeutung: Registered in U.S. Patent and Trademark Office. Die



### 3.2 Darstellung der Suchbegriffe für die Literaturrecherche anhand des Themas

Die Suchbegriffe für die Literaturrecherche orientieren sich eng an dem Thema der Bachelorarbeit. Die einzelnen Bestandteile der Thematik werden auseinandergenommen und Überbegriffen zugeordnet.

Suchbegriffe		
Oberbegriff	deutsch	englisch
Phänomen	Übergabe, Schichtübergabe, Dienstübergabe, Patientenbett	handing over, handover, shift report, bedside
Population	Pflege, Pflegepersonal, Patient	care, nurs* (nurse, nurses, nursing, etc.), patient
Setting	Krankenhaus, Normalstation	hospital, clinic, normal ward
Outcome	Patientensicherheit	Patient safety

**Tabelle 1:** Suchbegriffe für die Literaturrecherche (Eigene Darstellung der Verfasserin)

Die deutschen Suchbegriffe wurden mit Hilfe des Online- Wörterbuchs PONS in die englische Sprache übersetzt. (vgl. PONS 2019) Durch die orientierende Suche konnten einige weitere Synonyme für die Suchbegriffe ermittelt werden.

### 3.3 Anwendung der Suchbegriffe für die Literaturrecherche

Für die Suche verwendete die Verfasserin sogenannte MeSH Terms, Medical Subject Headings. „Die Verwendung von MeSH- Begriffen und die hierarchische Struktur des MeSH- Trees ermöglichen die hierarchische Suche nach bestimmten Themen.“ (Brandenburg et al. 2018, S. 178)

---

Verfasserin möchte auf die geschützten Begriffe aufmerksam machen, wird diese im weiteren Textverlauf nicht mehr auszeichnen.

Außerdem werden Boole'sche Operatoren eingesetzt.

„Die drei Boole'schen Operatoren AND, OR, NOT sind Verbindungselemente zur Entwicklung von Suchstrategien und dienen der Verbindung von Suchbegriffen.“ (Brandenburg et al. 2018, S. 64)

Des Weiteren finden Trunkierungen, sogenannte Platzhalter, Anwendung. Hierbei wird ein Wort an einer Stelle abgebrochen und durch ein Zeichen ersetzt. Dies dient dazu verschiedene Schreibweisen eines Wortes in die Suche einzubeziehen. Die Verfasserin setzt diese Vorgehensweise bei dem Wort *nurs\** ein, da nach *nurse*, *nurses*, *nursing*, etc. gesucht wird.

„Um verschiedene Wortstämme gemeinsam in einer Suche einzuschließen, kann man nur nach dem Wortanfang suchen und den Rest des Begriffes mit einem *Joker* darstellen; [...]. (Behrens & Langer 2010, S. 145)

### 3.4 Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche

In diesem Kapitel der Bachelorthesis legt die Verfasserin dar, welche Ein- und Ausschlusskriterien sie für die Literatursuche verwendet hat.

Um die Aktualität zu gewährleisten wählt die Verfasserin einen Publikationszeitraum von 2010-2019. Literatur, die Ergebnisse aus dem Zeitraum vor 2010 beschreibt wird nicht einbezogen. Für die Sprache der Literatur wird deutsch und englisch festgelegt, um die sinngemäße Übersetzung sicherzustellen. Dabei wird darauf geachtet, dass die gefundene Literatur zu den Suchbegriffen und somit zum Thema passt. Das Setting sollte im Krankenhaus auf Normalstation sein. Altenpflegeeinrichtungen, Hospize und ähnliche Einrichtungen gelten als nicht relevant. Ebenso werden alle anderen Abteilungen eines Krankenhauses, die nicht Normalstation sind, wie Intensivstationen, OP-Pflege, Ambulanz, Notaufnahme und andere als nicht repräsentativ, zur Beantwortung des Forschungsthemas, angesehen. Die betreffende Berufsgruppe der Literatur sollte die Pflege sein. Ärztlicher

Dienst, Therapeuten und andere Berufsgruppen im Krankenhaus werden ausgeschlossen. Außerdem soll es sich um Literatur handeln, in der erwachsene Patienten behandelt werden. Literatur, die sich mit Kindern beschäftigt wird ausgeschlossen. Es wird nur Literatur eingeschlossen, die ein Abstrakt hat. Der Titel und das Abstrakt sollen zum Thema „Die Schichtübergaben am Patientenbett und deren Einfluss auf die Patientensicherheit im Krankenhaus auf Normalstationen“, passen. Des Weiteren sollte es sich bei der Literatur um Studien handeln. Die Verfasserin sichtet die gefundenen Treffer auf den Titel und das Abstrakt. Sie überprüft, ob die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllt sind und ob die gefundene Literatur den Anforderungen zur Bearbeitung der Thematik entspricht.

### 3.5 Vorstellung der Datenbanken und Vorgehen in den Datenbanken

In diesem Kapitel der Bachelorarbeit möchte die Verfasserin die verschiedenen von ihr genutzten Datenbanken vorstellen. Des Weiteren stellt sie ihre Vorgehensweise innerhalb der Datenbanken transparent dar.

#### **CareLit**

„Literatur-Datenbank für Management, Pflege und andere Sozialberufe Die im deutschsprachigen Raum einmalige Literaturdatenbank der DATENBANK LISK umfasst derzeit 178.483 Artikel aus 343 Fachzeitschriften.“ (CareLit 2019)

In der CareLit Datenbank arbeitet man mit deutschsprachigen Suchbegriffen. Die Verfasserin wendete die oben genannten Suchbegriffe an. Zuerst werden diese einzeln angewendet und dann durch Boole'sche Operatoren kombiniert. Es wurde eine Trunkierung eingesetzt. Im Anschluss daran wird die Suchfunktion der Einfachen Recherche in allen Feldern verwendet.

**CINAHL Complete**

Der Hersteller dieser Datenbank ist EBSCO. Diese Datenbank beinhaltet Literatur aus dem Zeitraum ab 1981.

„CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) umfasst mehr als 1 Mio. Datensätze aus mehr als 2900 Journals aus dem Bereich der Pflege und weiteren Heilberufen. Enthält teilweise Volltexte und Dissertationen. Wird ausschließlich kostenpflichtig über EBSCO vertrieben.“ (Brandenburg et al. 2018, S. 53)

Die Suche erfolgte über den EBSCO Host. Bei der Literatursuche in CINAHL verwendete die Verfasserin ihre festgelegten englischen Suchbegriffe in Kombination mit Boole'schen Operatoren und der Trunkierung. Als weitere Sucheinstellungen wurde „Abstracts available“ und „englische Sprache“, sowie der Publikationszeitraum von 2010-2019 ausgewählt.

**Cochrane Library**

Der Hersteller ist die Cochrane Collaboration. Die Datenbank setzt sich aus sechs Teildatenbanken zusammen, die verschiedene Bereiche der evidence-based medicine beinhalten. Der Zeitraum für die Veröffentlichungen ist je nach Datenbank unterschiedlich. Die beinhalteten Datenbanken sind: die Cochrane Database of Systematic reviews mit systematischen Übersichtsarbeiten; die Database of abstracts of reviews of Effects mit systematischen Übersichtsarbeiten, die nicht durch Cochrane Collaboration erstellt wurden; das Cochrane Central Register of Controlled Trials mit kontrollierten Studien; das Cochrane Methodology Register mit Literatur, die Methodik kontrollierter Studien und systematischer Übersichtsarbeiten beinhaltet; die Health Technology Assessment Database mit weltweiten Berichten von Institutionen, die sich mit Interventionen im Gesundheitswesen auseinandersetzen; die NHS Economic Evaluation Database beinhaltet ökonomische Bewertungen von Interventionen im Gesundheitswesen. (vgl. Brandenburg 2018, S. 53)

„In den Datenbanken lässt sich kostenfrei recherchieren. Der Zugriff auf die Volltexte der Cochrane Reviews ist kostenpflichtig.“ (Brandenburg et al. 2018, S. 53)

Die Suche in der Cochrane Library erfolgte mit den englischen Suchbegriffen, die durch Boole`sche Operatoren miteinander kombiniert wurden und es wurde eine Trunkierung eingesetzt.

### **PubMed/ Medline**

Der Hersteller dieser Datenbank ist die U.S. National Library of Medicine. Es ist Literatur aus einem Zeitraum ab 1948 zugänglich.

„Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) ist *die* medizinische Literaturdatenbank. Mehr als 19 Mio. Datensätze. Indexiert mehr als 5000 Journals weltweit. Etwa 90% der Literatur ist englischsprachig. Umfasst Medizin und Randgebiete. Enthält vor allem Artikel. Ist in einer kostenfreien Version zugänglich.“ (Brandenburg et al. 2018, S. 53)

Die Suche erfolgte mit den englischen Suchbegriffen, die mit Boole`schen Operatoren kombiniert und mit einer Trunkierung versehen wurden.

### **LIVIVO**

„LIVIVO ist die interdisziplinäre Suchmaschine für Literatur und Informationen zu den Lebenswissenschaften und wird bereitgestellt von ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften. Wissenschaftlich relevante Informationen zu den ZB MED Fachgebieten werden gebündelt und unter einer einheitlichen Oberfläche zur kostenlosen Recherche zur Verfügung gestellt. Nachgewiesene Medien können in vielen Fällen direkt online abgerufen oder bestellt werden.“ (LIVIVO 2019)

Die Verfasserin führte die Suche in LIVIVO mit den englischen Suchbegriffen, die mit Boole`schen Operatoren kombiniert und mit einer Trunkierung versehen wurden, durch.

### 3.6 Darstellung der Suche und Anwendung der Suchbegriffe

In der folgenden Tabelle stellt die Verfasserin dar, mit welchen Suchbegriffen sie in den Datenbanken recherchiert hat. Dies soll die Suche transparent und nachvollziehbar darstellen.

Darstellung der Suche und Anwendung der Suchbegriffe	
Datenbank	Suchbegriffe
CareLit Suche 1	Übergabe Patientensicherheit Pflege
CareLit Suche 1	Übergabe AND Patientensicherheit AND Pflege
CINAHL Complete Suche 1	bedside handover AND Nurs* AND patient safety AND hospital NOT intensive care unit AND study
CINAHL Complete Suche 2	bedside shiftreport AND Nurs* AND patient safety AND hospital NOT intensive care unit AND study
Cochrane Library Suche 1	bedside handover AND nurs* AND patient safety
Cochrane Library Suche 2	bedside handover AND patient safety
Cochrane Library Suche 3	bedside shift report AND nurs* AND patient safety AND hospital
PubMed/ Medline Suche 1	bedside handover AND nurs* AND patient safety AND hospital NOT intensive care unit AND study
PubMed/ Medline Suche 2	bedside shift report AND nurs* AND patient safety AND hospital NOT intensive care unit AND study
LIVVO Suche 1	bedside handover AND nurs* AND patient safety AND hospital NOT intensive care unit AND study
LIVVO Suche 2	bedside shift report AND nurs* AND patient safety AND hospital NOT intensive care unit AND study

**Tabelle 2:** Darstellung der Suche und Anwendung der Suchbegriffe (eigene Darstellung der Verfasserin)

### 3.7 Methodik der Handsuche

In diesem Kapitel beschreibt die Verfasserin, was unter Handsuche zu verstehen ist, wie sie per Handsuche an weitere Literatur gelangt ist und warum es sinnvoll ist, die Datenbanksuche durch eine Handsuche zu ergänzen.

„So lassen sich über die Literaturverzeichnisse relevanter Artikel oder Bücher häufig weitere interessante Quellen identifizieren.“ (Brandenburg et al. 2018, S. 54)

Die ermittelte Literatur der Datenbanken wird einer Handsuche unterzogen. Dies bedeutet, dass die Verfasserin untersucht, ob aus anderer Literatur zitiert wurde, die auch ihr Thema betrifft und ob sich im Literaturverzeichnis weitere relevante, das Thema betreffende Quellen ermitteln lassen. Dazu ergänzend führte die Verfasserin eine Handsuche in Bibliotheken durch. Hierzu sichtete sie Bücher und Fachzeitschriften mit Hilfe der verschiedenen Bibliothekskataloge.

„Dieses Verfahren, auch als *Handsuche* bezeichnet, gilt als Goldstandard zur Identifizierung von Quellen zu einem definierten Thema.“ (Brandenburg et al. 2018)

### 3.8 Methodik der Literaturbeschaffung und des Volltextscreenings

Im Anschluss an die Literaturrecherche und die Handsuche werden die ermittelten relevanten Literaturen beschafft. Dies geschieht entweder über die Möglichkeit die Literatur direkt als Volltext herunter zu laden, sie in Bibliotheken zu scannen oder auch durch die Kaufoption.

Die ermittelten Treffer werden einer Volltextsichtung unterzogen. Hierbei werden auch wieder die Ein- und Ausschlusskriterien zugrunde gelegt.

### 3.9 Methode der Evidenzbestimmung

Wie bereits in Kapitel 2.5 Vorstellung des Instruments zur Bewertung der Evidenz vorgestellt, wird die Verfasserin ihre gefundene Literatur anhand der BGW Evidenzklassen einstufen. Je nach Studienart ist eine Evidenzklasse zugeordnet, z.B. gut angelegte quasi experimentelle Studien werden in die Klasse IIb eingestuft. Die Verfasserin prüft welches Studiende-

sign vorliegt und schätzt dies anhand der BGW Klassifizierung ein. Die Einstufung wird sie im Ergebnisteil präsentieren.

### 3.10 Methode zur kritischen Beurteilung der Literatur

Da nur die Einstufung der Evidenz der Literatur nicht ausreichend ist, wird die Verfasserin eine kritische Bewertung anhand des STROBE- Statement durchführen, das sie bereits im Kapitel 2.6 „Vorstellung des Instruments zur kritischen Bewertung“ vorgestellt hat. Die Verfasserin hat angelehnt an das STROBE- Statement eine verkürzte Checkliste entwickelt, die sie bei jeder Studie anwenden wird.

Checkliste angelehnt an das STROBE- Statement	
Titel und Abstrakt	Studiendesign im Titel oder Abstrakt ersichtlich? Ist das Abstrakt eine aussagefähige Zusammenfassung der Studie?
Einleitung	Hintergrund/ Zielsetzung
Methode	Studiendesign/ Teilnehmer/ Rahmen
Bias	Vorbeugen und Umgang mit Bias
Ergebnisse	Darstellung der Ergebnisse, weitere Auswertungen
Diskussion	Werden die Ergebnisse diskutiert? Einschränkungen/ Interpretationen
Finanzierung	Finanzierung der Studie, Rolle der Geldgeber

**Tabelle 3:** Checkliste angelehnt an das STROBE-Statement (eigene Darstellung der Verfasserin)

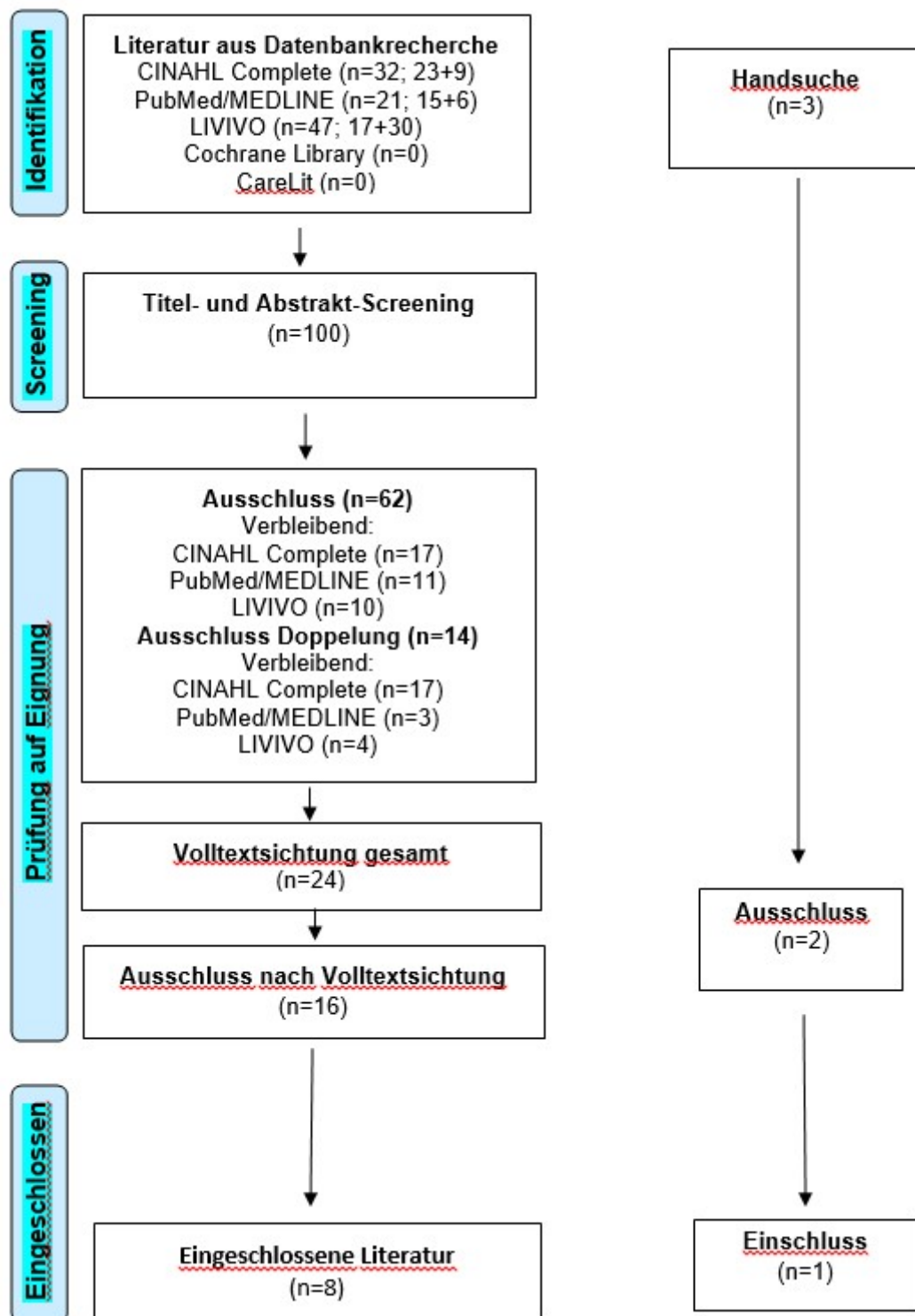


## 4 Ergebnisse

In diesem Kapitel ihrer Bachelorarbeit möchte die Verfasserin die Ergebnisse präsentieren. Um für den Leser eine Übersicht zu schaffen, wurde zunächst ein Fließdiagramm zur Ergebnisübersicht erstellt, welches im Verlauf näher beschrieben werden soll. Im Anschluss daran, stellt die Verfasserin die Ergebnisse aus der Datenbankrecherche vor. Unter diesem Punkt erläutert sie, in welchen Datenbanken wie viele Treffer erzielt werden konnten und wie die Literatur eingeschlossen wurde. Die Verfasserin beschreibt des Weiteren die Ergebnisse aus der Volltextsichtung und der Handsuche. Die Präsentation der relevanten Ergebnisse erfolgt mit Zusammenfassung der verwendeten Literatur, sowie der Evidenzbestimmung und kritischer Bewertung. Abschließend wird in diesem Kapitel die Präsentation der Ergebnisse in einer Ergebnismatrix dargestellt.

Zur besseren Übersicht und Anschaulichkeit befindet sich das Fließdiagramm auf der folgenden Seite.

## 4.1 Fließdiagramm zur Ergebnisübersicht



**Abbildung 3:** Fließdiagramm zur Ergebnisübersicht (eigene Darstellung der Verfasserin)

## 4.2 Ergebnisse aus der Datenbankrecherche

### **CareLit**

In der Datenbank konnte die Verfasserin, mittels ihres festgelegten Suchweges, keine Treffer erzielen.

### **CINAHL Complete**

Die Datenbank CINAHL Complete lieferte der Verfasserin, mit ihrem festgelegten Suchweg und unter der Verwendung von zwei Suchstrategien 32 Treffer. Die Suchstrategie ist dargestellt in Kapitel 3.1.5 Darstellung der Suche und Anwendung der Suchbegriffe. Die erste Suchstrategie lieferte 23 Treffer, die zweite Suchstrategie 9 Treffer. Von den insgesamt 32 Treffern wurden von der Verfasserin 15 Treffer ausgeschlossen. Der Ausschluss erfolgte, da die Literatur entweder nicht direkt auf das Forschungsthema der Verfasserin passte, es sich um Literaturreviews, Dissertationen handelte oder die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllt wurden.

17 Treffer ermittelte die Verfasserin, die sie zum Einschluss als relevant ansah.

### **Cochrane Library**

Die Literaturrecherche in der Cochrane Library brachte für die Verfasserin mit drei Suchstrategien insgesamt 3 Treffer. Die erste und zweite Suchstrategie lieferten die gleichen Treffer. Die dritte Suchstrategie erbrachte einen Treffer. Diese Treffer wurden von der Verfasserin allerdings als nicht relevant für die Bearbeitung ihres Forschungsthemas eingestuft, da es sich um zwei Literaturreviews handelte und ein Treffer nicht die Übergabe am Patientenbett behandelte.

### **PubMed/ MEDLINE**

Die Literaturrecherche in der Datenbank PubMed/MEDLINE lieferte der Verfasserin insgesamt 21 Treffer. Die erste Suchstrategie brachte 15 Treffer, die zweite Suchstrategie 6 Treffer. Die Suchstrategien werden im Verlauf in dem Kapitel 3.1.5 Darstellung der Suche und Anwendung der

Suchbegriffe dargelegt. Von den insgesamt 21 Treffern wurden 10 Treffer ausgeschlossen, da sie nicht die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten oder es sich um Literaturreviews handelte. Die 11 eingeschlossenen Literaturen wurden auf Doppelung mit der vorweg gegangenen Literatursuche in CINAHL Complete abgeglichen. Es lagen 8 Treffer vor, die doppelt waren. Dadurch blieben aus der Datenbankrecherche 3 neue zum Einschluss relevante Treffer.

### **LIVIVO**

In der Datenbank LIVIVO konnten über beide Suchstrategien insgesamt 47 Treffer erzielt werden. Suchstrategie eins gelangte zu 17 Treffern, Suchstrategie zwei erreichte 30 Treffer. Die Suchstrategie ist in Kapitel 3.1.5 Darstellung der Suche und Anwendung der Suchbegriffe dargestellt. Von den insgesamt 47 Treffern wurden 37 Treffer ausgeschlossen, da diese Reviews oder Artikel waren, die Ein- und Ausschlusskriterien nicht erfüllten oder die Treffer kein Abstrakt beinhalteten. Die verbleibenden 10 Treffer wurden auf Doppelung zu den voran gegangenen Literaturrecherchen in CINAHL Complete und PubMed/ MEDLINE geprüft. Es konnten sechs Doppelungen ermittelt werden. Aus dieser Datenbankrecherche konnten vier Treffer eingeschlossen werden, die relevant für die Bearbeitung des Forschungsthemas sind.

### 4.3 Ergebnisse der Volltextsichtung

Bei der Volltextsichtung wurden erneut die Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche zu Grunde gelegt. Literatur, die nicht diesen Kriterien entspricht, wird ausgeschlossen.

#### **CINAHL Complete**

Die Volltextsichtung der in CINAHL Complete gefundenen 17 Literaturen erbrachte weitere 12 Ausschlüsse, sodass fünf Texte als relevant befunden wurden. Der Ausschluss erfolgte, da es sich bei den Studien haupt-

sächlich um die Implementierung von Tools handelte oder Daten aus dem Zeitraum vor 2010 inhaltlich beschrieben wurden. Ein Ausschluss erfolgte, da die Ergebnisse zu der Studie noch nicht veröffentlicht waren.

### **PubMed/ MEDLINE**

Die Volltextsichtung der in PubMed/ MEDLINE gefundenen drei Literaturen bewirkten zwei weitere Ausschlüsse, so dass ein relevanter Treffer verblieb. Die Ausschlüsse erfolgten, da es sich zum einen um ein Konzept für die gesamte patientenzentrierte Pflege handelte und zum anderen um ein Protokoll zur Implementierung der Übergabe am Patientenbett, jedoch die Ergebnisse nicht näher beschrieben wurden.

### **LIVIVO**

Die Volltextsichtung der in LIVIVO gefundenen vier Texte brachte zwei relevante Treffer zur Bearbeitung des Forschungsthemas. Zwei weitere Treffer wurden ausgeschlossen, da es sich um die Implementierung eines Tools für die Übergabe handelt und um die Präsentation von Teilergebnissen aus einer eingeschlossenen Studie.

Es wurden insgesamt 24 Literaturen im Volltext gesichtet, davon wurden 16 Literaturen ausgeschlossen, sodass acht Treffer verbleiben, um das Forschungsthema zu bearbeiten.

#### **4.4 Ergebnisse aus der Handsuche**

Die Handsuche in der gefundenen Literatur brachte noch drei weitere Treffer hervor. Diese Treffer werden von der Verfasserin anhand der von ihr festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Zwei Treffer wurden ausgeschlossen, da es sich bei der Literatur um Artikel mit Expertenmeinung handelte, von denen einer die Empfehlungen zur Implementierung der Übergabe am Patientenbett gibt. Somit blieb ein Treffer der Handsu-

che, der von der Verfasserin als relevant zur Bearbeitung ihres Forschungsthemas eingestuft wurde.

#### 4.5 Präsentation der relevanten Ergebnisse mit Evidenzeinstufung und kritischer Bewertung

##### **Slade et al. 2018**

Studiendesign und Ziel: Slade et al. (2018) führten eine prospektive Querschnittsstudie durch, um die Wahrnehmung und Fähigkeiten des Pflegepersonals in Bezug auf die Übergabe am Patientenbett zu ermitteln.

Hintergrund: Der Hintergrund für diese Untersuchung war, dass in australischen Krankenhäusern die Übergabe am Patientenbett als unerlässlich angesehen wird.

Einleitung: Die Einleitung zur Thematik erfolgte in Auseinandersetzung mit der Literatur zu dem Thema.

Methodik: Die Autoren der Studie setzten hierzu ein evidenzbasiertes Tool zur Ermittlung der Daten ein, den BHAB- Fragebogen (Bedside Handover Attitudes and Behaviors- Fragebogen). Es nahmen 66 Pflegende teil, diese stellten 78% der angefragten Pflegenden dar. Der Fragebogen wurde vor der Implementierung der Übergabe am Patientenbett ausgefüllt. Die Studie fand auf zwei Stationen in einem australischen Krankenhaus statt. Die Pflegenden hatten bisher keine Schulungen oder Erfahrungen zur Übergabe am Patientenbett. Angefragt wurden alle Voll- und Teilzeitkräfte der zwei Stationen. Der BHAB- Fragebogen ist ein dreiteiliges Instrument. Das Tool basiert auf früheren Krankenhausuntersuchungen zur klinischen Übergabe. Die Literatur in diesem Bereich beschreibt ihn als wichtige Perspektive, um Verhaltensweisen zu erfassen, die zu sicheren, effektiven und umfassenden Übergaben am Krankenbett beitragen. Der ursprüngliche Fragebogen beinhaltet 41 Items. Alle Items sind CVI geprüft. CVI bedeutet Core Values Index und gibt Aufschluss über die Validität. Dieser Index wurde für die Untersuchung modifiziert. Es gibt positive und negative Formulierungen. Der erste Teil des Fragebogens beinhaltet 18 Items,

die sich mit den Einstellungen der Pflegenden zu Pflegeaufgaben beschäftigen. Der zweite Teil, mit 14 Items setzt sich aus Verknüpfungen zu Fragen, die Übergabe am Patientenbett betreffend, zusammen. Der dritte Teil beschäftigt sich mit demografischen Daten der Befragten und inkludiert acht Items. Es wurden zwei Skalentypen für die Beantwortung gewählt. Der erste Typ ist eine Skala mit sechs Möglichkeiten von „stimme voll zu“ bis „stimme nicht zu“, es ist keine neutrale Antwort möglich. Bei dem zweiten Antworttyp wurde die Zahlenreihenfolge verändert. Die Umfrage wurde vollständig schriftlich, mittels Papier und Stift, durchgeführt. Die Analyse der gesammelten Daten wurde mittels SPSS und MedCal durchgeführt. Diese beiden Programme ermitteln Mittelwerte und Standardabweichungen. Diese Instrumente wurden für die Abschnitte eins und zwei des Fragebogens verwendet. Zum Vergleich der Werte aus der ersten und zweiten Befragung wurde der McNemar- Test angewendet. Außerdem konnten über den dritten Befragungsabschnitt signifikante Unterschiede der einzelnen Bevölkerungsgruppen ermittelt werden. Ergänzend wurde von den Autoren Cronbach`s alpha eingesetzt, um Maßzahlen für die Konsistenz, das bedeutet, die Beziehung der Fragen einer Skala zueinander, zu erhalten. Außerdem fand der ICC (intraclass correlation coefficient) Einsatz, der das Maß der Übereinstimmung festlegt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse aus dem ersten und zweiten Teil der Befragung werden unter Angabe der einzelnen Items in einer Tabelle dargestellt. Die Ergebnisse aus dem ersten Teil der Befragung legen dar, dass von Seiten des Pflegepersonals eine hohe Übereinstimmung (Gesamt 5,37 von 6) zu den Items besteht. Dies lässt feststellen, dass das Pflegepersonal eine hohe Akzeptanz für die Übergabe am Patientenbett und deren Prinzipien hat.

Die Ergebnisse aus Befragungsteil zwei legen dar, dass eine mäßige bis hohe Übereinstimmung vorliegt (Gesamt 5,06 von 6). Die Autoren stellen fest, dass die Pflegekräfte hohes bis mäßiges Vertrauen in ihre Fähigkeiten für die Bettübergabe haben.

Im Vergleich der beiden Abschnitte zeigte sich, dass es bei den Items in Abschnitt eins und zwei keine signifikanten Unterschiede gab. Lediglich das Item 11 zeigte Abweichungen. Der McNemar-Test brachte den signifikanten Unterschied zu Punkt 11 hervor. 96% des Pflegepersonals befürwortet den sensiblen Umgang mit individuellen Emotionen der Patienten, während der Bettübergabe, aber nur 80% gehen davon aus, sie würden es in der klinischen Praxis tatsächlich tun ( $p < 0,02$ ).

Die Ergebnisse aus dem Befragungsabschnitt drei, demografische Daten für die 66 teilnehmenden Pflegekräfte, werden in einer weiteren Tabelle präsentiert. Das Alter des Pflegepersonals war gleichmäßig verteilt. Die Mehrheit (54 Mitglieder des Pflegepersonals, 88,5%) war weiblich. Die Arbeitserfahrung lag entweder in der Kategorie 6–10 Jahre oder über 20 Jahre. Die große Mehrheit des Pflegepersonals (41, 68,4%) hatte einen University-Grad, (Universitätsabschluss). Kein Aspekt der acht demographischen Variablen stand in Bezug zu den Punkten in den Abschnitten 1 und 2.

Diskussion: Durch die Literaturoseinandersetzung konnten die Autoren ermitteln, dass aktuelle Forschungsergebnisse in der Gesundheitskommunikation zeigen, dass durchgeführte Bettübergaben verbunden sind mit verbesserter Patientensicherheit, Patientenzufriedenheit und der Zufriedenheit des Pflegepersonals. „Nurses are clearly essential to bedside handovers in hospitals; their work in documenting and disseminating essential medical information, and engaging respectfully and effectively with patients, caregivers, and other clinicians, lies at the core of patient-centered health care.“ (Slade et al. 2018, S.165) Die Autoren verdeutlichen, dass das Pflegepersonal offensichtlich unerlässlich für Übergaben am Krankenbett in Krankenhäusern ist und die Arbeit bei der Dokumentation und Verbreitung wesentlicher medizinischer Informationen, sowie ein respektvoller und effektiver Umgang mit den Patienten, Betreuern und anderen Klinikern, Kern der patientenzentrierten Gesundheitsversorgung ist.

Limitationen: Die Forscher erkennen bei diesem Projekt mehrere Einschränkungen an. Zunächst wurde nur ein Untersuchungsstandort gewählt



und die Ergebnisse sind möglicherweise nicht verallgemeinerungsfähig. Weiterhin ist die Stichprobengröße ( $n = 66$ ) relativ klein. Es kann eine Auswahlvoreingenommenheit gegeben haben, da die teilnehmenden Pflegekräfte Freiwillige waren. Schlussendlich wird genannt, dass das Projekt ein Querschnittsdesign hatte und daher nicht die Pflegenden und die Bettübergaben über eine längere Zeit untersucht.

Schlussfolgerung: Die Autoren stellen fest, dass Übergaben am Krankbett eine kostenwirksame, umfassende, patientenorientierte Kommunikationsstrategie ist, welche das Niveau der Patientensicherheit zu erhöhen und zur Verbesserung der Patientenergebnisse insgesamt beizutragen, scheint. Darüber hinaus konnte die Studie zeigen, dass Bettübergaben das professionelle Umfeld verbessern und möglicherweise die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals erhöhen und verbessern.

Die Evidenz dieser Studie wird aufgrund des Studiendesigns der prospektiven Querschnittsstudie in die Evidenzklasse III nach den BGW- Evidenzklassen eingestuft.

Fast alle Punkte der Checkliste angelehnt an das STROBE- Statement wurden erfüllt. Die Checkliste befindet sich in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur. Titel und Abstrakt sind aussagekräftig für die Studie, durch die Einleitung kann man den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt. Man erhält Aussagen über Studienteilnehmer, den Rahmen und das Studiendesign, sowie die genaue Datenermittlung. Der Punkt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird beschrieben. Die Ergebnisse werden prägnant dargestellt und diskutiert. Lediglich zur Finanzierung der Studie konnte keine Aussage gefunden werden.

**Whitty et al. 2017**

Studiendesign und Ziel: Whitty et al. (2017) führten ein Discrete Choice Experiment (DCE, eine Art Umfrage zur Messung der Präferenzen im Bereich der Gesundheitsversorgung) durch. Das Ziel war eine Beschreibung und einen Vergleich der Präferenzen von Patienten und Pflegekräften für die Bettübergabe oder alternative Übergabemodelle zu erhalten.

Hintergrund und Einleitung: Als Hauptursache für unerwünschte Ereignisse in Krankenhäusern wird häufig die Kommunikation ermittelt. Insbesondere die klinische Übergabe wird wegen des Risikopotenzials als hoch riskant angesehen. Die Übergabe war eines von fünf Risikogebieten, das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der Kampagne zur Verbesserung der Patientensicherheit beschrieben wurde.

Methodik: Als Studiendesign wurde ein Discrete Choice Experiment (DCE) verwendet. Die Untersuchung wurde in zwei australischen Krankenhäusern durchgeführt und inkludierte 401 Patienten und 200 Pflegekräfte. Die Studie fand zwischen Februar und Juni 2015 statt. Die Teilnehmer wurden aus Krankenstationen von zwei Krankenhäusern rekrutiert. Die Studienteilnehmer waren dazu aufgefordert, eine Reihe von Entscheidungen zwischen hypothetischen Szenarien der verschiedenen Übergaben am Patientenbett zu treffen. Die Übergabepprofile werden durch eine Reihe von Attributen, Merkmalen beschrieben, deren Ebenen sich je nach Wahl unterscheiden. Die Auswahldaten der Befragung werden mithilfe der Regressionsmodellierung analysiert. Regressionsmodellierung ist ein statistisches Analyseverfahren, welches Beziehungen zwischen einer abhängigen und einer oder mehreren unabhängigen Variablen herstellt. Die Entwicklung des Befragungsinstruments wurde veröffentlicht. Die Teilnehmer wurden gebeten, sechs Patientenentscheidungen und neun Pflegepersonalentscheidungen zu zwei Bettübergabealternativen zu treffen. Eine dritte Möglichkeit war die Ablehnung der Übergabe am Patientenbett. Sechs Attribute mit je zwei bis drei Ebenen wurden verwendet, um die unterschiedlichen Alternativen für die Übergabe zu beschreiben. Die Teilnehmenden wurden gebeten, sich an die Übergabe zwischen der Früh- und

der Spätschicht zu erinnern. Die Attribute und Ebenen wurden basierend auf semi-strukturierten Interviews entwickelt. Diese Interviews wurden mit 20 Patienten und 20 Mitgliedern des Pflegepersonals durchgeführt. Es sollte die Wahrnehmung der Patientenbeteiligung bei den Übergaben am Patientenbett eruiert werden. Das Umfrageset bestand aus 18 Sätzen, in drei Blöcke unterteilt, mit jeweils sechs Auswahlmöglichkeiten. Die gleichen 18 Sets wurden für die Krankenpflege verwendet, allerdings wurden sie um zwei Umfrageversionen mit jeweils neun Aussahlsätzen erweitert. Die Umfrageversionen wurden nach dem Zufallsprinzip jedem einzelnen Teilnehmer zugewiesen. Die Umfrage wurde mittels iPad durchgeführt. Die Analyse der erhaltenen Daten erfolgte durch die NLogit statistical software unter Verwendung eines separaten gemischten Multinomial-Logit-Modell-Regression (MMNL). Für jede Attributebene schätzte das Modell ein mittleres Präferenzgewicht, was ihre relative Bedeutung angibt. Dieses Gewicht wird durch einen Punktescore ausgedrückt, wobei 100 hoch ist.

Ergebnisse: Die Patienten und das Pflegepersonal bevorzugten die Übergabe am Krankenbett mehr als anderswo ( $p < 0,05$ ). Dies war jedoch bei den Patienten stärker der Fall. Die Ergebnisse sind noch separat aufgeteilt worden, in Patientenergebnisse und Pflegepersonalergebnisse. Die Ergebnisse sind nach ihrer Wichtigkeit sortiert, in Tabellen dargestellt. Am wichtigsten mit einem Wert von 100 war für die Patienten die generelle Einladung zur Teilnahme an der Übergabe. Das zweitwichtigste war für die Patienten die Möglichkeit Fragen stellen zu können und hören zu können, was gesagt wird (73,4 Punkte). Die Ergebnisse des Pflegepersonals machten deutlich, dass diese von der Annahme ausgingen, den Patienten sei die Teilnahme am wichtigsten (Wichtigkeitswert 100). Weiterhin gingen sie davon aus, dass es Patienten wichtig ist, gehört und gefragt zu werden und sprechen zu dürfen (2. Rang, Score 82,4). Die weiteren Präferenzen von Patienten und Pflegepersonal für die Übergabe sind recht unterschiedlich. Ein Vergleich der Wichtigkeitswerte ergab zwei bemerkenswer-

te Unterschiede. Die Anwesenheit eines Angehörigen lag bei den Patienten auf Platz drei (58,1), für die Pflege war dieser Aspekt eher unwichtig (-4,0). Der zweite Aspekt war der Umgang mit sensiblen Daten, (Patienten 17,1; Pflege -52,2). Es erfolgt außerdem eine Auswertung der soziodemografischen Daten in Bezug auf die Antworten.

Diskussion: Die Autoren stellen fest, dass die patientenorientierte Pflege die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen erfordert. Der Einbezug der Präferenzen in den Pflegeprozess bietet das Potenzial, die Pflege zu individualisieren und zu verbessern. Die Übergabe ist eine der häufigsten Sicherheitsaktivitäten in Krankenhäusern, die die Patienten aktiv unterstützen können. Die Präferenzen der Patienten und des Pflegepersonals betonten die Wichtigkeit von wechselseitiger Kommunikation, indem Patienten die Möglichkeit haben zu sprechen und zu fragen.

Limitationen: Limitationen werden nicht separat aufgeführt, klingen allerdings in anderen Kapiteln zeitweise an.

Schlussfolgerung: Ein Verständnis dieser Faktoren und ihre Berücksichtigung ist in der Entwicklung von Konzepten, die den Prozess und das Design der Übergabe am Patientenbett, von großem Wert. Es kann erwartet werden, dass die Übergabe die Umsetzung der patientenorientierte Sicherheitsinitiative in Krankenhäusern verbessert.

„All participants strongly support handover at the bedside and want patients to participate although patient and nurse preferences for various aspects of bedside handover differ.“ (Whitty et al. 2017, S.742)

Das Zitat besagt, dass alle Teilnehmer dieser Untersuchung die Übergabe am Patientenbett bevorzugen, auch wenn die Präferenzen von Patienten und Pflegepersonal zu einzelnen Aspekten differieren.

Die Evidenz dieser Studie wird aufgrund des Studiendesigns des discrete choice experiments in die Evidenzklasse III nach den BGW- Evidenzklassen eingeordnet.

Fast alle Punkte der Checkliste angelehnt an das STROBE- Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste kann man in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur einsehen. Titel und Abstrakt zeigen sich aussagekräftig für die Studie, durch die Einleitung kann man den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt. Man erhält Aussagen über das Studiendesign, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird nicht beschrieben. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Finanzierung der Studie wird offen gelegt.

### **Kerr et al. 2011**

Studiendesign: Kerr et al. (2011) führten eine Umfrage durch, um die aktuelle Praxis der Pflegeübergabe zu prüfen.

Ziel: Das Ziel war es, verschiedene pflegerische Übergabepraktiken einer Einrichtung zu beschreiben und die Meinungen des Pflegepersonals bezüglich der Qualität der verschiedenen Übergabeformen zu erfassen.

Hintergrund und Einleitung: Die Einleitung erfolgte anhand von Darlegungen aus der Literatur zum Thema. Sie berufen sich auf andere Autoren, die herausfanden, dass es große Unzufriedenheit der Pflegekräfte mit der Übergabe gibt. Ebenso stellen sie verschiedene Übergabearten vor.

Methodik: Die Umfrage wurde in Australien durchgeführt. Teil nahmen 153 registrierte Mitglieder des Pflegepersonals, Voll- und Teilzeitkräfte. Eingeschlossen waren 23 Stationen aus drei Krankenhäusern einer Organisation. Spezielle Stationen, wie Ambulanz, Intensivstationen und ähnliche wurden ausgeschlossen, da diese zum Teil andere Schichtmodelle ausführten. Die Umfrage erfolgte über sechs Wochen, Februar bis März 2010. Zur Information über die Untersuchung wurde ein Informationsblatt erstellt und ein Untersuchungsassistent stand für Fragen zur Verfügung. Als Instrument für die Befragung wurde das „Clinical Handover Staff Survey“, entwickelt von O`Connell et al. (2008), mit deren Zustimmung, verwendet. Das Instrument reflektiert die Vergangenheit. Die Umfrage, sowie die Be-

obachtung bezogen sich immer auf den Schichtwechsel zwischen der Früh- und der Spätschicht. Die beteiligten Pflegepersonen wurden gebeten, den Fragebogen vier Stunden nach Schichtbeginn auszufüllen. Die Fragebögen konnten in einer verschlossenen Kiste hinterlegt werden, die täglich geleert wurde. Das Instrument von O`Connell et al. (2008) wurde durch ein Expertenteam modifiziert und durch zehn Mitglieder des Pflegepersonals von zwei Stationen getestet. Die Untersuchung bestand aus drei Abschnitten. Im ersten Abschnitt wurden demografische Daten der Beteiligten erhoben, wie z.B. Alter und Geschlecht. Im zweiten Abschnitt wurden Informationen, sowie Präferenzen über die verschiedenen Übergabepraktiken und Methoden, erfragt. Im dritten Abschnitt wurden die Beteiligten gebeten anzugeben, inwieweit sie einer Reihe von Aussagen bezüglich der Übergabe zustimmen. Hierzu wurde eine Zustimmungsskala verwendet, die sich im Bereich von stärkstens widersprechen bis stärkstens zustimmen bewegt. Insgesamt gab es drei Kategorien mit je zwei Aspekten: positiv, negativ und neutral. Zusätzlich wurden durch den Umfrageassistenten Beobachtungen durchgeführt, um weitere Informationen zu den verschiedenen Übergabeformen und Strukturen zu erhalten. Dabei wurden alle teilnehmenden Stationen beobachtet. Da es sich um eine reine Erfassung handelte, wurden keine formalen Hypothesen aufgestellt. Die Daten wurden als deskriptive Statistik einschließlich Mittelwert, Median, Standardabweichung und Prozentsatz dargestellt. Zur Analyse der Daten wurde SPSS, Statistik- und Analyse-Software der Firma IBM, genutzt.

Ergebnisse: Die demografischen Daten werden in einer Tabelle dargestellt. Die Mehrheit ist weiblich, die Berufserfahrung reicht von 1-40 Jahren und ein Drittel der Teilnehmer ist vollzeitbeschäftigt. Kerr et al. konnten herausfinden, dass alle Übergaben verbal durchgeführt wurden und auf allen Stationen ein Übergabebblatt genutzt wurde, das Informationen über Patienten enthielt. Bei den Übergabestilen gab es erhebliche Unterschiede innerhalb des Krankenhauses. Auf der Hälfte der teilnehmenden Stationen wurde die Übergabe in der Gruppe durchgeführt, weitere Stationen führten

eine exklusive Übergabe an die betreuende Pflegekraft durch. Die Übergaben fanden an verschiedenen Orten statt, wie zum Beispiel das Pflegebüro, der Lagerraum oder im Aufenthaltsraum. Nur eine der Stationen führte die Schichtübergabe am Patientenbett durch. Die Präferenzen für die Übergabeformen werden von den Autoren tabellarisch dargestellt. Zwei Drittel der Befragten (68%) bevorzugten eine schriftliche oder verbale Übergabe in einem separaten Raum. Mehr als 80% der Teilnehmer sagten aus, dass sie nicht für einen Wandel ihrer Übergabeform sind. Nur ein kleiner Teil der Befragten (2,6%) sprach sich interessiert für die Übergabe am Patientenbett aus. Die Ergebnisse zur Übergabe brachten hervor, dass viele Teilnehmer (56,9%) die Übergabe als subjektiv, personenindividuell unterschiedlich, empfinden, es wurde über Störungen berichtet (32,0%) und die Zeitintensität war ein Faktor (27,5%).

Diskussion: Auf Grundlage dieser Ergebnisse diskutieren Kerr et al. (2011), dass die Übergabe als risikoreiche Tätigkeit für Pflegekräfte von großem Belang ist. Angesichts wachsender Bedenken im Zusammenhang mit aktuellen Übergabeprozessen, einschließlich mangelnder Standardisierung, mangelnder Einbeziehung der Patienten und zeitlicher Ineffizienz, hat die Führungsgruppe des Unternehmens ein alternatives Übergabemodell, insbesondere die Übergabe am Krankenbett, in Erwägung gezogen. Die diversen Differenzen der verschiedenen Übergabeformen werden durch mangelnde Richtlinien und Standardisierung erklärt. Es wird davon ausgegangen, dass das Pflegepersonal, welches sich um den Patienten gekümmert hat, eher mit dem Patienten vertraut ist und in der Lage ist, Informationen zu erhalten, die fehlen oder missverstanden werden können. Darüber hinaus hat eine direkte Übergabe vom Pflegepersonal, das den Patienten in der Vorschicht betreut, das Potenzial das „chinesische Flüsterphänomen“ zu minimieren, das sich aus der Fehlinterpretation von Patienteninformationen während der Übergabe von einem Dritten ergeben könnte. Die Autoren berufen sich auf viele Untersuchungen, die als Ergebnis die Einführung von Übergaben am Patientenbett, hervor brachten. Sie konnten heraus arbeiten, dass die Übergabe am Patientenbett hervor-

ragende Verbesserungen der Outcomes, Zufriedenheit, Effizienz und Teamwork mit sich bringt.

„The weaknesses identified in the existing handover practice of this study might also be of great use in convicting nurses of this organization that moving towards bedside handover is absolutely necessary.“ (Kerr et al. 2011, S.348)

Dieses Zitat sagt aus, dass die bestehenden Schwächen der Übergabepraxis, wie in dieser Studie festgestellt, von großem Nutzen sein kann, um das Pflegepersonal dieser Organisation davon zu überzeugen, dass eine Übergabe am Krankenbett unbedingt erforderlich ist.

Limitationen: Als Limitationen werden von den Autoren beschrieben, dass die Datensammlung aus einer schnell endenden Umfrage entstammte. Es wurde nur das Pflegepersonal aus der Spätschicht inkludiert. Die Ursache, warum das Pflegepersonal es nicht für nötig hält ihre Übergabeform zu wechseln, wird nicht hinterfragt.

Schlussfolgerung: Die Autoren der Studie fanden heraus, dass die verschiedenen Übergabeformen zeitraubend, unterschiedlich in der Gestaltung sind, wenig Patienteneinbeziehung haben und eventuell einen negativen Einfluss auf Standards und Dokumentation haben.

Für die Evidenz dieser Studie wird aufgrund des Studiendesigns der Umfrage und Beobachtung die Evidenzklasse III nach den BGW- Evidenzklassen festgelegt.

Fast alle Punkte der Checkliste, angelehnt an das STROBE- Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste kann man in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur einsehen. Titel und Abstrakt zeigen sich aussagekräftig für die Studie, durch die Einleitung kann man den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt. Man erhält Aussagen über die Methodik der Untersuchung, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird kurz beschrieben. Die



Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Finanzierung der Studie wird offengelegt.

### **Scheidenhelm & Reitz 2017**

Studiendesign: Die Studie verwendet einen quasi-experimentellen Vergleich zwischen den Gruppen vor und nach der Implementierung der Dienstübergabe am Patientenbett, gemessen an den Patientenzufriedenheitswerten.

Ziel: Scheidenhelm und Reitz führten, in den USA, ein Projekt durch, in dem sie die Beachtung und Compliance des Pflegepersonals für die Übergabe am Patientenbett erhöhen und die Zufriedenheit der Patienten steigern wollten.

Hintergrund: Sie beschreiben die Übergabe am Bett als eine evidenzbasierte Praxis, mit der die Beteiligung der Patienten an ihrer Versorgung erhöht und die Patientenzufriedenheit verbessert wird.

Einleitung: Die Einleitung legt die Thematik anhand von Nachweisen aus bereits veröffentlichter Literatur dar.

Methodik: Es wurde ein Gruppenvergleich, vor und nach der Implementierung der Übergabe am Patientenbett, durchgeführt. Hierzu wurden Umfragen, auf zwei Einheiten eines hundertneunundvierzig Betten- Krankenhauses erstellt. Die Einheiten haben gemeinsam 46 Betten medizinisch/chirurgisch und 12 Betten Geburtshilfe. Die Stationen wurden ausgewählt, da die medizinisch/chirurgische Abteilung eine große Bandbreite des Patientenlientels abdeckt und die Geburtshilfe schlechte Patientenbewertungen hat. Alle Teilnehmer wurden vor dem Start der Untersuchung durch Briefe informiert, in denen über Prozedere, Risiken und Benefits informiert wurde. Die Teilnehmer wurden informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist. Es wurde ein Team für die Durchführung von Simulationen am Krankenbett geschult, ein elektronisches Lernmodul für das Schulungssystem der Einrichtungen in beiden Einheiten wurde genutzt. Das Modul umfasste Beweise für die Evidenz der Krankenbettübergabe, beseitigte Personalbarrieren und beschrieb den standardisierten Ansatz des Prozesses. Des

Weiteren erhielt das Pflegepersonal das SBAR- Tool (Situation, Background, Assessment, Recommendation) als Checkliste für die Übergabe am Patientenbett. Das Team begleitete die Übergaben zwei Wochen, einen Monat, drei Monate nach Einführung der Checkliste.

Die Patientenzufriedenheitsdaten, sowie demografische Daten, erhielten die Forscher von der PG Website. Die Patientenzufriedenheit wurde anhand von einer Umfrage des HCAPS statements (Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems) gemessen. Die Intention der HCAHPS Initiative ist es, standardisierte Erhebungsinstrumente und eine Methode zur Datenerfassung, zur Messung der Patientenperspektiven in der Krankenhauspflege, bereitzustellen. Zur Feststellung der Einhaltung der Übergabe am Krankenbett, war der Nenner die Anzahl der beobachteten Pflegepersonen. Den Zähler stellte die Anzahl des Pflegepersonals, die während zufälliger Beobachtungen, die Übergabe am Krankenbett durchführte, dar.

Die Datenanalyse erfolgte als Vergleich der Präimplementierung und Postimplementierung jeder Interventionseinheit, mit einem Mittelwert für drei Aspekte der Befragung. Außerdem haben die Forscher die Stichprobenrangfolge der Vor- und Nachimplementierung mit Daten von anderen Einrichtungsberichten in der PG Datenbank verglichen. Des Weiteren wurden zur Erfassung der Umfragedaten statistische Instrumente, wie das Statistical Package for the Social Sciences Version 22, verwendet.

Ergebnisse: Während der vier Monate vor der Implementierung der Übergabe am Patientenbett nahmen 197 Patienten der medizinisch/ chirurgischen Station und 93 Patienten der Geburtshilfestation an den Befragungen teil. Vier Monate nach der Implementierung nahmen 190 Patienten der medizinisch/ chirurgischen Station und 99 Patienten der Geburtshilfestation an der Umfrage teil. Es gab keine signifikanten Unterschiede im Vergleich der beiden Befragungen. Die Befragung des Pflegepersonals erbrachte vor der Implementierung 132 Teilnahmen, nach einem Monat 202 Teilnahmen und nach drei Monaten 147 Teilnahmen. Die Ergebnisse werden von den Autoren tabellarisch dargestellt.

Der Vergleich der Compliance für die Übergabe am Patientenbett und die Einhaltung, die durch zufällige Beobachtungen bestimmt wurde, verbesserte sich bei beiden Stationen nach einem Monat. Vor der Implementierung lagen die Werte auf der medizinisch/ chirurgischen Station bei 12%, danach bei 84%. Die Werte der Geburtshilfestation vor der Implementierung waren 55% und danach 90,6%.

Das Ergebnis zeigte, dass nach dem Einsatz einer Change-Management-Strategie zur Einführung von Übergaben am Krankenbett, sich die Compliance-Ergebnisse der Pflegenden und die Patientenzufriedenheit in beiden Einheiten verbesserten. Die Autoren schlussfolgern, dass die Übergabe am Patientenbett dazu beiträgt, die Compliance des Pflegepersonals und die Zufriedenheit der Patienten zu erhöhen.

Um die Ergebnisse der Patientenzufriedenheit zu analysieren, wurden unabhängige Stichproben verwendet, dadurch konnten die Mittelwerte für beide Stationen getrennt verglichen werden. Auf der medizinisch/chirurgischen Station war der Umfrage Aspekt „Das Pflegepersonal informiert mich“ vor der Implementierung geringer (89,95), nach der Implementierung höher (92,74). Auf der Geburtshilfestation war der Umfrageaspekt „Kommunikation mit dem Pflegepersonal“ gestiegen. (vorher 90,6, nachher 96).

Diskussion: Eine Vielzahl an Faktoren haben die Ergebnisse beeinflusst. Als erstes wurde die Präsentation der Effektivität der Übergabe am Patientenbett und die Auseinandersetzung mit den Barrieren genannt. Zweitens, wurde ein kompetentes Tool für die Standardisierung verwendet. Drittens wird die Unterstützung der Führung genannt. Es ist eine weitere Überprüfung und Messung nach 6 Monaten geplant. Die ermittelten Ergebnisse sind vergleichbar mit voran gegangener Forschung. Die Autoren stellen fest, dass die Übergabe am Patientenbett geeignet ist, die Kommunikation zwischen den Patienten und dem Pflegepersonal zu verbessern. „A changemanagement strategy and standardized approach to bedside report helped increase nurse compliance with the process, leading to improved patient satisfaction.“ (Scheidenhelm & Reitz 2017, S.147)

Limitationen: Die Autoren beschreiben als Limitation, dass nur ein Krankenhaus und zwei Stationen inkludiert wurden. Sie berichten, dass es schwierig war, die Compliancedaten des Pflegepersonals zu ermitteln. Eventuell wurden die Zufriedenheitswerte der Patienten durch weitere Faktoren beeinflusst, die keine Berücksichtigung fanden.

Schlussfolgerung: Die Autoren schlussfolgern, dass Organisationen, die evidenzbasierte Praktiken in einem sich schnell ändernden Umfeld implementieren möchten, Ressourcen bereitstellen und Unterstützung bei der Bewältigung geben müssen. Ein wichtiger Aspekt ist dabei die Compliance des Pflegepersonals zu erhalten.

Die Evidenz dieser Studie wird aufgrund des Studiendesigns der quasi-experimentellen, vergleichenden Studie in die Evidenzklasse IIb nach den BGW- Evidenz-klassen eingeschätzt.

Fast alle Aspekte der Checkliste angelehnt an das STROBE- Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste befindet sich in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur. Der Titel verrät noch nicht viel über die Studie, allerdings kann man im Abstrakt alle wesentlichen Faktoren finden. Die Einleitung lässt den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Man erhält Aussagen über die Methodik der Untersuchung, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird beschrieben. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Finanzierung der Studie wird nicht aufgedeckt.

### **Sand- Jecklin & Sherman 2014**

Studiendesign und Ziel: Die Autoren verwendeten ein quasi-experimentelles Studiendesign mit dem Ziel quantitative Outcomes anhand eines Vor- und Nachher- Vergleichs der Übergabe am Patientenbett zu erhalten.

Hintergrund und Einleitung: Die Literatur beschreibt viele Benefits der Übergabe am Patientenbett. Es gibt veröffentlichte Studien, von denen

aber keine adäquat quantitativen Outcomes erforscht oder nur kleine Stichproben vorweist. Zur Einleitung in die Thematik wird von den Autoren ein Querschnitt durch die Literatur dargelegt.

Methodik: Es wurde ein quasi- experimentelles Pre- und Postdesign gewählt. Sie untersuchten sieben medizinisch/chirurgische Stationen in einem großen Universitätskrankenhaus. Die Outcomes wurden anhand der Patientenzufriedenheit, Zufriedenheit des Pflegepersonals, Stürze der Patienten, Überstunden der Pflegenden und Medikationsfehler gemessen. Für die Patientenbefragung nutzten die Autoren das Tool „Patient Views on Nursing Care“ mit Erlaubnis der Entwickler Larrabee et al. Es beinhaltet 17 Items das Verhalten der Krankenpflege beschreibend. Als Antwortmöglichkeit gab es eine 5 Punkte- Likert- Skala. Es wurde eine anonyme Patientenbefragung durchgeführt, welche gemeinsam mit einem erklärenden Schreiben, an die Patienten versandt wurde. Familienmitglieder durften die Umfrage ausfüllen, falls der Patient dies nicht selbst tun kann. Die Daten der Krankenpflege wurden durch eine Online- Umfrage erhoben. Grundlage des Fragebogens war „Nursing Assessment of Shift Report“ mit von Pflegekräften identifizierten Benefits bezüglich der Übergabe am Patientenbett. Es beinhaltet 17 Items, die sich mit Effizienz und Effektivität der Übergabe am Patientenbett beschäftigen. Es gab eine 5- Punkte- Likert- Skala. Bei der Befragung wurden außerdem demografische Daten erhoben. Die Reliabilität beider Instrumente ist durch Cronbach`s Alpha dargelegt. Das Pflegepersonal wurde durch Flyer und Emails auf die Umfrage aufmerksam gemacht. Patientendaten und Daten des Pflegepersonals wurden zur gleichen Zeit ermittelt. Zusätzlich wurden Daten über Patientenstürze während der Übergabe, Medikationsfehler und Überstunden des Pflegepersonals gesammelt.

Zur Vorbereitung der Implementierung wurde den Pflegekräften ein Report eines Patienten zur Übergabe am Patientenbett vorgespielt. Die Pflegekräfte wurden geschult. Einen Monat nach der Implementierung wurde die Umfrage beim Pflegepersonal und den Patienten gestartet. Nach drei Monaten wurde die Umfrage unter Berücksichtigung der Zufriedenheit erneut

durchgeführt. Parallel wurden wieder die Daten zu Stürzen, Medikationsfehlern und Überstunden erhoben. Nach der initialen Implementierung und einer Zeit von drei Monaten wurden verschiedene Aktionen, wie z.B. Poster durchgeführt, um die Übergabe am Patientenbett zu unterstützen. Die finalen Daten der Postimplementierung wurden nach 13 Monaten erhoben.

Die Datenanalyse erfolgte mittels ANOVA, dabei handelt es sich eine einfaktorielle Varianzanalyse. Diese testet, ob sich die Mittelwerte mehrerer unabhängiger Gruppen (oder Stichproben) unterscheiden, die durch eine kategoriale unabhängige Variable definiert werden.

Ergebnisse: Die Ergebnisse werden von den Autoren tabellarisch dargestellt. Diese werden unterteilt in Patienten- und Pflegepersonalergebnisse. Die Basispatientenergebnisse konnten von 233 Patienten, die Ergebnisse nach drei Monaten von 157 Patienten und die Ergebnissen nach 13 Monaten von 154 Patienten erhoben werden. Die Zufriedenheitsergebnisse waren aus allen Umfragen ähnlich hoch. Im Nachgang wurden die Daten, die durch das Ausfüllen von Familienmitgliedern erhoben wurden, ausgeschlossen, da diese oft nicht an den Übergaben am Patientenbett teilnahmen. Danach konnten signifikante Unterschiede bei einigen Items erfasst werden. Besonders prägnant waren die Punkte „include in shift report discussion“ (vorher: 4,00 nachher: 4,29) und „pass along important information from shift to shift“ (vorher: 4,40 nachher: 4,60).

Die Basispflegepersonaldaten wurden von 148 Pflegenden, die nach drei Monaten von 98, die nach dreizehn Monaten von 54 Pflegenden erhoben. ANOVA brachte signifikante Unterschiede aller drei Umfragen hervor. Die meisten Items wurden postimplementierend besser bewertet. Zum Beispiel das Item „Report helps prevent patient safety problems“ wurde vorher mit 3,41, nachher mit 3,93 bewertet.

Die zusätzlich erfassten Daten zeigten, dass die Stürze der Patienten, während der Übergabezeit, sich reduzierten. (Basis 20 Stürze, nach drei Monaten 13 Stürze, nach dreizehn Monaten vier Stürze). Die dokumentierten Medikationsfehler reduzierten sich ebenfalls (Basis 20, nach drei Mo-

naten 10, nach 13 Monaten drei). Die Überstunden des Pflegepersonals zeigten keine signifikante Veränderung.

Diskussion: „Nurses perceived increased nurse accountability, increased patient involvement in care and increased prevention of patient safety problems as a result of implementation of bedside nursing report.“ (Sand-Jecklin & Sherman 2014, S. 2860)

Im Sinne des voran gestellten Zitates haben die Autoren zahlreiche positive Faktoren durch die Implementierung der Übergabe am Patientenbett herausgestellt. Die Kommunikation verbessert sich, der Patient wird involviert und man hat mehr Einfluss auf Patientensicherheitsprobleme. Diese ermittelten Faktoren sind wichtig für die Patientensicherheit und die qualitative Versorgung.

Limitationen: Es wird als Limitierung von den Autoren beschrieben, dass sie nur Umfragen auf medizinisch/chirurgischen Station durchgeführt haben. Durch die Stichproben konnte nicht die komplette Personal- und Patientenpopulation abgebildet werden. Außerdem ist zu befürchten, dass Pflegepersonal mehrmals an den jeweiligen Umfragen teilnahm.

Schlussfolgerung: Die Implementierung der Übergabe am Patientenbett brachte viele positive Outcomes hervor.

Die Evidenz dieser Studie wird aufgrund des quasi-experimentellen Studiendesigns in die Evidenzklasse IIb nach den BGW-Evidenzklassen eingestuft.

Fast alle Aspekte der Checkliste modifiziert nach dem STROBE-Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste befindet sich in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur. Der Titel deutet auf die Studie hin, man kann im Abstrakt alle wesentlichen Faktoren der Studie kurz dargelegt finden. Die Einleitung lässt den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt. Man erhält Aussagen über die Methodik der Untersuchung, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und

Umgang mit Bias wird beschrieben. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Studienfinanzierung wird nicht offenbart.

### **Kumar et al. 2016**

Studiendesign und Ziel: Kumar et al. (2016) untersuchten Pflegeübergabe-Praktiken in einem Neurosciences Center in Indien. Genutzt wurde ein deskriptives Querstudiendesign.

Hintergrund und Einleitung: Standardisierte Pflegeübergaben können das Ergebnis verbessern, Fehler reduzieren und die Kommunikation verbessern. Dies wird durch die Autoren beschrieben und sei bekannt. In Indien wurden bislang kaum Studien zu Pflegeübergaben durchgeführt. In Anbetracht von höherer Patientenbelastung in Krankenhäusern und das Fehlen standardisierter Protokolle zur Übergabe, wurde entschieden, eine Studie über die Übergabepraktiken in der Pflege durchzuführen.

Methodik: Das Neurosciences Center gehört dem öffentlichen Sektor an und hat 200 Betten. Es wurden alle fünf Stationen, mit je 30 Betten, des Neurosciences einbezogen. Die Studie wurde von Januar 2014 bis April 2014 durchgeführt. Es wurden alle Schichten, an allen Wochentagen und Wochenenden untersucht. Intensivstationsübergaben und Übergaben der Intensivstationen an Normalstationen wurden ebenfalls ausgeschlossen. Die Untersuchung erfolgte in Form von Beobachtungen. Es wurde für die Untersuchung eine Checkliste verwendet. Die Checkliste entwickelten die Forscher aus den Standard Key Principles for Clinical Handover by the Australian Medical Association (2006) and the Safe Handover: Safe Patients' Guideline by the United Kingdom National Patient Safety Agency (2004). Zuerst wurde ein dreiwöchiger Pilottest in allen Schichten der fünf Stationen durchgeführt, um die Checkliste zu testen. Es erfolgte eine Modifizierung und Validierung. Zur Durchführung der Studie wurde eine Checkliste mit zehn Elementen eingesetzt mit den Kategorien Zeit, Dauer, Prozess, Pflegepersonalinteraktion und Patientenkommunikation. Es wurde für alle Übergaben, nach Schicht, der Mittelwert berechnet und als repräsentativ für diese Schicht ermittelt. Es wurden ebenfalls Einzelauswer-



tung der Stationen, Schichten und Wochenenden unabhängig voneinander analysiert. Zur Analyse der Daten wurde die Varianzanalyse nach ANOVA angewendet. Ergänzend wurde der Z-Test, Hypothesentest auf der Grundlage der Z-Statistik, die unter der Nullhypothese der Standardnormalverteilung folgt, angewendet. Zusätzlich wurde Spearman`s correlation (Rangkorrelation) genutzt, um den Zusammenhang zwischen zwei Variablen zu messen. Zur Datenverarbeitung nutzten die Forscher die SPSS-Software, Version 22 von IBM.

Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden aus insgesamt 525 Pflegeübergaben ermittelt. Die Ergebnisse werden nach den einzelnen Parametern aufgeschlüsselt. Die Ergebnisse der Zeitparameter brachten hervor, dass in der Woche höhere Compliance für die Übergabe als am Wochenende bestand (Frühschicht Woche 62%, Frühschicht Wochenende 40%) Es zeigten sich unterschiedliche Compliance-Level in Zeit, Ort und Prozess, sowie Mitarbeiterinteraktion und Patientenkommunikation. Die Studie ergab, dass ein Systemwechsel und die Standardisierung von Übergaben erforderlich sind. Größeres administratives Engagement, Technologieeinsatz, Schulung und Führungskräfteentwicklung werden zur Kontinuität der Pflege beitragen, die Patientensicherheit fördern und sorgen für bessere Ergebnisse. Die Ergebnisse für die Örtlichkeit brachten hervor, dass 83% der Übergaben am Patientenbett stattfand. Die Dauer der Übergabe am Patientenbett war geringer als die der anderen Form. Die Prozessergebnisse, bezogen auf die SBAR- Checkliste (Situation, Background, Assessment, Recommendation), ergaben, dass alle fünf Stationen signifikante Werte (79%-82%) in der Anwendung erzielten. Die Ergebnisse für die Interaktion zeigten, dass die allgemeine Interaktion zwischen allen Pflegekräften während

der Übergaben eher gering (52,8%) waren. Eine Station, die Neurochirurgie zeigte jedoch höhere Werte. Die Aufgabe, von den ankommenden Pflegekräften, „nachzufragen“ oder „zu wiederholen“ wurde in den Nachtschichten und an den Wochenenden seltener verfolgt, waren jedoch nicht statistisch signifikant. Die Ergebnisse der Patientenkommunikation zeig-

ten, dass im Vergleich zu allen Kategorien die Patientenkommunikation mit der geringsten Priorität (44,4%) bewertet wurde. An den Wochenenden und in den Nachtschichten stellte sich die Interaktion des Personals positiver als in anderen Schichten dar.

„Bedside handovers were more frequent during weekends and night shifts and were positively correlated with increased staff interaction and patient communication and negatively related to handover durations.“ (Kumar et al. 2016, S. 54)

Dieses Zitat hebt hervor, dass die Bettübergaben an Wochenenden und in der Nacht häufiger stattfanden und in positivem Zusammenhang mit der Interaktion des Personals und der Patientenkommunikation standen, allerdings wirkten sie sich negativ auf die Übergabedauer aus.

Diskussion: Die Autoren betonen, dass Pflegeübergaben wichtig sind für die Aufrechterhaltung und die Kontinuität, sowie Qualität der Pflege. Durch die Studie wurden einige Mängel in Bezug auf die Übergabe aufgedeckt. Die Studie brachte hervor, dass die Übergabe am Patientenbett ein partnerschaftliches Modell, in der Medikamentenkommunikation, Medikationsprüfung und eine patientenzentrierte Dimension, mit zusätzlichen Vorteilen für die Patienten, durch aktive Teilnahme den Prozess ihrer Behandlung zu begleiten, ist. Die Forscher verglichen ihre Ergebnisse mit anderen Forschern und konnten Übereinstimmungen feststellen. Durch den Einsatz von SBAR verbessert sich das Kommunikations- und Sicherheitsklima und verringert Vorfälle.

Limitationen: Die Studie hatte gewisse Einschränkungen. Eine, die die Autoren nennen ist der Hawthorne Effekt auf das Pflegepersonal. Der Hawthorne Effekt kann bei Beobachtungsstudien auftreten, Teilnehmer ändern ihr Verhalten, weil sie wissen, dass sie beobachtet werden. Eine weitere Limitation ist der Ausschluss der Datensätze, die von Angehörigen erhoben wurden. Darüber hinaus ist der große Einfluss von Fremdfaktoren, wie die Art der klinischen Umgebung, Erfahrung, Kultur von Führung, Spezialgebiet der Stationen, Fallmix der Patienten, Technologie und lokale Richtlinien, nicht zu unterschätzen.

Schlussfolgerung: Die Autoren schlussfolgern, dass Übergaben einen Systemwechsel erfordern, um verminderte Interaktion unter den Pflegenden und schlechte Kommunikation mit Patienten zu beenden. Für sie zeigt sich eine direkte Beziehung zur Bettübergaben, die diese Aspekte verbessern.

Die Evidenz dieser Studie wird aufgrund des deskriptiven Querstudien-Designs in die Evidenzklasse III nach den BGW- Evidenz-klassen eingestuft.

Fast alle Aspekte der Checkliste modifiziert nach dem STROBE-Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste befindet sich in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur. Der Titel deutet auf die Studie hin, man kann im Abstrakt alle wesentlichen Faktoren der Studie kurz dargelegt finden. Die Einleitung lässt den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt. Man erhält Aussagen über die Methodik der Untersuchung, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird angesprochen. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Studienfinanzierung wird nicht aufgedeckt.

### **Kullberg et al. 2018**

Studiendesign und Ziel: Kullberg et al. (2018) führten eine qualitative Interviewstudie durch. Sie wollten die Perspektiven von Pflegekräften zu Modellen der personen- zentrierten Übergabe erfassen.

Hintergrund und Einleitung: Die Autoren stellen fest, dass ineffiziente Kommunikation während der Übergabe schlechte Patientenergebnisse fördert und die personen- zentrierte Pflege verhindert. Sie sehen die personen- zentrierte Übergabe am Patientenbett als Mittel an, um Sicherheit, Zufriedenheit und Beteiligung der Patienten zu fördern. Sie haben sich einen Überblick über bereits bestehende Forschung verschafft und diese als Hintergrund kurz dargestellt.

Methodik: Kullberg et al. (2018) wählten für die Studie zwei onkologische Stationen, mit insgesamt 36 Betten, eines Universitätskrankenhauses in

Stockholm aus, wo die personen- zentrierte Übergabe bereits seit 2015 implementiert ist. Das teilnehmende Personal wurde von diesen beiden Stationen rekrutiert. Die Patienten auf den jeweiligen Stationen, wurden entweder mit einer palliativen oder kurativen Absicht behandelt und erhielten eine Chemo, Target-Therapie (neuartige Therapieprinzipien, die gezielt molekulare Strukturen von Tumorzellen angreifen) oder eine Strahlentherapie. Auf beiden Stationen wird PCH (person-centered handover- Modell) zur Übergabe vom Frühdienst an den Spätdienst durchgeführt, mit dem Fokus auf der Patientenperspektive. Für die Übergabe wird eine Checkliste verwendet, die relevante klinische Informationen und den Entwicklungsplan für die nächsten vierundzwanzig Stunden beinhaltet. An der Übergabe nimmt außer der examinieren Pflegekraft auch die Pflegehilfskraft teil. Die Übergabe findet parallel mit der Besuchszeit statt. Die Patienten können entscheiden, ob ihr Besuch an der Übergabe teilnehmen soll. Teilnehmer der Studie waren Mitglieder des Pflegepersonals, die in beiden Schichten (Früh- und Spätschicht) arbeiten. Voraussetzung war, dass sie länger als sechs Monate auf einer der Stationen beschäftigt waren. Die zur Teilnahme berechtigten Pflegekräfte wurden durch das Pflegemanagement ermittelt und durch einen Brief über die Studie informiert. Nach ein paar Tagen stand einer der Autoren für Rückfragen zur Verfügung. Wenn die Einwilligung zur Teilnahme gegeben wurde, dann wurden Termin und Ort für das Interview festgelegt. Insgesamt wurden 11 Mitglieder des Pflegepersonals interviewt. In diesen Interviews wurde das Pflegepersonal zu ihren Meinungen bezüglich verschiedener Aspekte der personen- zentrierten Übergabe befragt, außerdem wurde die Beteiligung der Patienten an der Übergabesituation aus Sicht der Pflegekraft untersucht. Die genaue Fragestellung ist tabellarisch dargestellt. Die Interviews wurden in einem separaten Raum, außerhalb der Station durchgeführt. Das Interview wurde durchgeführt durch eine weibliche Pflegekraft mit PhD Grad (in englischsprachigen Ländern der wissenschaftliche Doktorgrad), die zum Zeitpunkt der Studie als Führungskraft, in einem anderen Krankenhaus tätig war. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert.

Es wurde ein teilstrukturierter Interviewleitfaden verwendet, der allerdings keiner Pilottestung unterzogen wurde. Der Leitfaden basiert auf bisheriger Literatur und wurde an die speziellen Anforderungen der Übergabe am Patientenbett angepasst. Die Interviews wurden in schwedischer Sprache durchgeführt. Vor dem Interview wurden demografische Daten der teilnehmenden Personen erhoben. Zur Analyse der Daten wurde eine qualitative Inhaltsanalyse mit einem induktiven Ansatz (vom Einzelnen zum Allgemeinen hinführender Ansatz) verwendet. Um den Analyseprozess zu unterstützen wurde die methodologische Beschreibung nach Elo & Kyngäs` (2008) verwendet. Im Anschluss wurde eine offene Codierung durchgeführt. Diese Codes wurden dann aufgelistet und grob thematisiert. Die Themen wurden unter Überschriften höherer Ordnung gruppiert. Die Datenanalyse wurde durch zwei der Autoren unabhängig voneinander durchgeführt. Später wurden diese Ergebnisse miteinander verglichen und diskutiert. Es wurde eine Form der analytischen Triangulation (verschiedene Methoden oder Sichtweisen werden auf das gleiche Phänomen angewendet), durchgeführt. Danach hinterfragt der dritte Autor die Ergebnisse und gleicht diese mit den transkribierten Interviews ab.

Ergebnisse: Die Ergebnisse werden von den Autoren unter den jeweiligen Unterpunkten dargestellt. Zu dem Überpunkt klinische Kommunikation und Assessment herrschte die meiste Einigkeit in den Antworten aus den elf Interviews. Zu dem Punkt Konsequenzen für die pflegerische Praxis sagten die Befragten aus, dass PCH diese beeinflusst. Sie erhalten die nötigen Informationen um priorisiert zu arbeiten. PCH wird als effizienter Übergabestil benannt. Einige der Befragten berichten, dass die Patienten nach der Übergabe am Patientenbett ruhiger sind. Ebenso wird dargelegt, dass die Klingelintensität abnimmt, da der Patient über den weiteren Verlauf informiert ist. Die Aussagen über PCH waren durchweg positiv. Der Befragungsaspekt „Eine Möglichkeit zum Lernen“ brachte hervor, dass diverse Teilnehmer der Befragung die Übergabe am Patientenbett als Möglichkeit zum Lernen sehen und diese auch für Auszubildende als geeignet ansehen. Im Befragungsaspekt „Unterstützung der Patientenver-

sorgung und Rollenwechsel der Pflege“, wurde PCH als Bereitstellung für hoch qualitative Pflege beschrieben, da man schneller ein umfassendes Bild, mit korrekten Informationen zu den Patienten erhält. Der Aspekt „Einfluss auf die Teamarbeit“ wurde durch engere Zusammenarbeit der Beteiligten beantwortet und es wurde ausgesagt, dass der Patient und seine Angehörigen zum Teil des Teams werden. Die Möglichkeit der Patientenbeteiligung wird von den Befragten unterschiedlich beantwortet, je nach Maß der Beteiligung des Patienten. Das Einbeziehen der Patienten wird durch die Interviewten je nach Setting eingeschätzt. Eine gute Einbeziehung ist möglich, wenn man sich mit dem Patienten auf eine Ebene begeben. Die Möglichkeit des Informationsaustauschs ist durch PCH gegeben. Besonders durch die verwendete Checkliste erfahren Patienten viele der sie betreffenden Informationen. Das Pflegepersonal wurde gefragt, was sie denken, was Befürchtungen der Patienten in Bezug auf PCH sind. Der einzige genannte Aspekt war, dass die Patienten sich eventuell durch die Übergabesituation gestresst fühlen könnten. Unter dem Punkt die Konsequenzen für die pflegerische Praxis wurden Aspekte wie Patientensicherheit, Integrität und Involvierung der Patientenbesucher genannt. Alle befragten Pflegepersonen gaben an, dass sie PCH als Beitrag zur Patientensicherheit sehen. Die Integrität wurde vermehrt in den Doppelzimmern als Problem angesehen. Die Involvierung der Patientenbesucher wurde ebenfalls kritisch betrachtet, da befürchtet wird, dass diese für den Patienten sprechen. Generell wird dieser Aspekt aber positiv bewertet, da man so auch mit den Angehörigen ins Gespräch kommt.

„All nurses who adressed patient safety issues in the interviews thought that PCH influenced safety positively.“ (Kullberg et al. 2018, S. 49)

Dieses Zitat stammt aus dem Interview- Aspekt „Benefits for patient safety“ und beschreibt die Einigkeit des Pflegepersonals, dass die personenzentrierte Übergabe positiven Einfluss auf die Patientensicherheit hat.

Diskussion: Die Mehrzahl des Pflegepersonals sieht PCH positiv. Einige Problematiken werden beschrieben. Die Übergaben am Patientenbett dauern zwar länger, werden aber als gut investierte Zeit angesehen, da so

ein priorisiertes Arbeiten möglich ist. Durch PCH wird ein zusätzlicher Patientensicherheitscheck möglich.

Limitationen: Die Autoren sehen Limitationen in der Übertragbarkeit, da nur eine sehr geringe Teilnehmerzahl vorhanden ist. Sie sehen ein Risiko für Bias durch die verwendete Frageform.

Schlussfolgerung: Die Studie präsentiert, wie geplant die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Pflegekräften und PCH. Die Ergebnisse zeigen die Komplexität und Variabilität der Charakteristika der Übergabe am Patientenbett. Die Beteiligung der Patienten an der Übergabesituation aus Sicht der Pflegekraft wurde untersucht. Unsere Studie zeigt Lücken zwischen den Intensitäten von PCH und der praktischen Umsetzung auf, die bei der Bewertung von Bettübergabemodellen berücksichtigt werden sollten. Darüber hinaus scheint PCH unter Krankenschwestern akzeptiert und geschätzt zu werden.

Die Evidenz dieser Studie wird aufgrund des befragenden Charakters mittels Interviews von Experten in die Evidenzklasse IV nach den BGW- Evidenzklassen eingestuft.

Alle Aspekte der Checkliste angelehnt an das STROBE-Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste zur Einsicht befindet sich in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur. Der Titel deutet auf die Studie hin und lässt direkt das Design erkennen, man kann im Abstrakt alle wesentlichen Faktoren der Studie kurz dargelegt finden. Die Einleitung lässt den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt. Man erhält Aussagen über die Methodik der Untersuchung, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird ausgeführt. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Die Studienfinanzierung wird offenbart.

**Jeffs et al. 2013**

Studiendesign und Ziel: Jeffs et al. (2013) führten eine qualitative Studie durch, um die Erfahrungen und Wahrnehmungen von Pflegepersonal mit der Implementierung von Übergaben am Patientenbett zu ermitteln.

Hintergrund und Einleitung: Die Autoren spiegeln kurz die aktuelle Literatur zur Thematik. Die meiste Literatur beschreibt verschiedene Übergabestile und präferiert den Wechsel zur Übergabe am Patientenbett.

Methodik: Die qualitative Studie fand statt in einem innerstädtischen Lehrkrankenhaus, in Kanada. Die Zugangsvoraussetzung, zur Studie, für das Pflegepersonal war, dass sie derzeit beschäftigt waren auf einer der vier Stationen, die die Übergabe am Patientenbett implementiert haben. Die Implementierung war Teil eines Pilotprojektes, von einem professionellen Pflergeteam, bei dem die Pflegekräfte der teilnehmenden Einheiten mit einem Mentor zusammenarbeiteten, an interaktiven Lerngemeinschaften teilnahmen und die Umstellung auf die Übergabe am Patientenbett implementierten. Die Implementierung erfolgte in 2011-2012. Es wurde jeweils ein Mitglied des Teams gezielt für die Implementierung geschult. Es wurde ein zweitägiger Qualitätsverbesserungsworkshop, der die Methodologie der Patientensicherheit zum Thema hat, besucht. Die Implementierung erfolgte über einen zweimonatigen Zeitraum. Die vier Stationen gelten als repräsentativ für das Patientenlientel des gesamten Krankenhauses. Zwei der Stationen wurden von dieser Studie ausgeschlossen, da sie derzeit Änderungen an ihrer Übergabe am Patientenbett vorgenommen haben. Zum Start der Studie wurde eine E-Mail an alle Pflegenden der zwei Stationen versendet. Für das Pflegepersonal, das Interesse an einer Teilnahme bekundete, gab es einen Untersuchungsassistenten, der Interviewtermine vereinbarte und die schriftliche Zustimmung einholte. Insgesamt wurden zwei Untersuchungsassistenten vom Hauptforscher, einem Forscher mit langjähriger Erfahrung in qualitativen Methoden, für die Durchführung der Interviews ausgebildet. Bevor die Interviews durchgeführt wurden, wurden die folgenden Strategien angewandt, um die Fähigkeiten der Forschungsassistenten sicherzustellen: der Forschungsassistent führ-



te ein Scheininterview mit einem der Hauptforscher und ein anderer Forscher beobachtete die ersten Interviews mit dem Pflegepersonal in jeder der beteiligten Stationen. Es wurde ein Interviewleitfaden eingesetzt. Dieser wurde aus der bestehenden Literatur entwickelt und enthält Aspekte zu Wahrnehmungen und Erfahrungen des Pflegepersonals mit der Übergabe am Patientenbett. Es sollten Benefits und negative Ergebnisse in Bezug auf Interaktionen zwischen dem Pflegepersonal untereinander und dem Pflegepersonal und den Patienten beschrieben werden. Die ersten Interviews starteten sechs Monate nach der initialen Implementierung der Übergabe am Patientenbett. Auf einer Station konnten die Interviews erst nach achtzehn Monaten starten. Die Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Es wurden insgesamt 43 Interviews durchgeführt, danach stoppte man, da keine neuen Erkenntnisse mehr gewonnen wurden. Mit den transkribierten Interviews wurde eine Inhaltsanalyse, eine Forschungstechnik, um reproduzierbare und gültige Schlussfolgerungen durch Interpretation und Codierung von Textmaterial zu ziehen, angewendet. Durch die systematische Auswertung von Texten können qualitative Daten in quantitative Daten umgewandelt werden. Das Forschungsteam verglich und kodierte die Daten. Durch diese Gegenmaßnahme, wurde die Zuverlässigkeit unter den Forschern bestimmt und es konnten die Eigenschaften zu Themen bestimmt werden. Um die Richtigkeit und Vertrauenswürdigkeit der Daten sicherzustellen wurde eine Triangulation durchgeführt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse gliedern sich in zwei Hauptbereiche: Klärung von Informationen und Abfangen von Fehlern, Visualisieren von Patienten und Priorisierung der Pflege. Zu dem Punkt Klärung von Informationen und Abfangen von Fehlern gaben die Befragten an, dass sie durch die Übergabe am Patientenbett Einfluss darauf haben. Durch die Übergabe am Patientenbett ist das Pflegepersonal in der Lage, alle nötigen Informationen zu erhalten, Fehler zu entdecken, mit den Patienten in Interaktion zu treten und diesen die Möglichkeit für Fragen zu bieten. Die Befragten geben an, dass sie nach der Implementierung der Bettübergabe weniger

Medikamentenfehler haben und sehen somit einen großen Sicherheitsaspekt. Zu dem Aspekt der Interviews, Visualisieren von Patienten und Priorisierung der Pflege, sagten die Befragten aus, dass sie durch die Visualisierung wesentlich schneller den aktuellen Status der Patienten erfassen können. Dies hilft ihnen die Pflege priorisiert, effektiv und effizient zu planen.

Diskussion: Ein Beitrag zur Patientensicherheit, der vom Pflegepersonal beschrieben wird, ist für die Autoren das Highlight der Studienergebnisse. Die Autoren sagen aus, dass wenn Pflegekräfte und Patienten aktive Teilnehmer an der Übergabe am Patientenbett sind, ein großer Beitrag zur Patientensicherheit geleistet wird.

Limitationen: Als Limitationen sehen die Autoren die Generalisierbarkeit der Studie auf andere Bereiche, da die Studie nur in einem Krankenhaus durchgeführt wurde. Die große Mehrzahl der Studienteilnehmer sah den Wechsel zur Übergabe am Patientenbett als positiv an, dieses Ergebnis könnte möglicherweise in anderen Settings anders ausfallen. Außerdem sagen sie, dass es eine Einschränkung sein kann, dass die Daten durch Selbstberichte erhoben wurden.

Schlussfolgerung: Die Autoren sehen ihre Studienergebnisse als wichtig für die Pflegepraxis an. Sie sehen großen Einfluss für die Führung der Pflegekräfte. Des Weiteren stellen die Autoren fest, dass ihre Studie hervorbrachte, dass das Pflegepersonal die Umstellung auf Berichterstattung am Krankenbett als Verbesserung der Patientensicherheit und als effizientere Berichtsstruktur ansieht, wie das folgende Zitat unterstreicht.

„In our study, nurses viewed the change to bedside shift reporting as improving patient safety and being a more efficient reporting structure.“ (Jeffs et al. 2013, S. 231)

Die Studienevidenz dieser Studie wird aufgrund Interviewdesigns in die Evidenzklasse IV nach den BGW- Evidenzklassen einsortiert.

Fast alle Aspekte der Checkliste modifiziert nach dem STROBE-Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste findet sich in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur. Der Titel deutet auf die Studie hin, lässt aber das Design noch nicht erkennen. Das Abstrakt ist sehr kurz gehalten und beschreibt nur knapp einen Teil der wesentlichen Faktoren der Studie. Die Einleitung lässt den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt. Man erhält Aussagen über die Methodik der Untersuchung, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird ausgeführt. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Zur Studienfinanzierung lässt sich kein Beleg finden.

### **Maxson et al. 2012**

Studiendesign und Ziel: Maxson et al. (2012) führen eine Umfrage mittels Fragebogen durch, um herauszufinden, ob die Übergabe am Patientenbett die Patientensicherheit fördert.

Hintergrund und Einleitung: Die Autoren beschreiben die pflegerische Übergabe als einen wichtigen Prozess in der pflegerischen Praxis, bei dem Pflegende Informationen über den Patienten erhalten, die Kontinuität der pflegerischen Versorgung sicherstellen und Patientensicherheit fördern. Durch die Teilnahme an der Übergabe am Patientenbett, tragen die Patienten dazu bei. Die bisherigen Übergaben finden meistens patientenfern statt. Durch die Übergabe am Patientenbett erhalten die Pflegenden die Möglichkeit den Patienten zu visualisieren und es wird ein Raum für Fragen bereitgestellt. Die Autoren stellen in der Einleitung den Bezug zur aktuellen Literatur ihrer Thematik dar. Das Ziel dieser Studie war die Feststellung, ob die Übergabe am Patientenbett die Patientenzufriedenheit mit dem Pflegeplan und die Wahrnehmung der Teamarbeit durch den Patienten erhöht. Außerdem wollten die Forscher herausfinden, ob sich die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit Kommunikation und Verantwortlichkeit steigert.

Methodik: Die Daten wurden erhoben, durch Umfragen beim Pflegepersonal und den Patienten. Insgesamt wurden sechzig Patienten befragt. Dreißig vor der Implementierung der Übergabe am Patientenbett und dreißig einen Monat danach. Das Pflegepersonal wurde über Briefe, adressiert, an das Arbeitspostfach, eingeladen. Vom Pflegepersonal nahmen 15 Mitglieder teil. Sie machten die Umfrage vor und nach der Implementierung. Die Untersuchung wurde auf einer chirurgischen Station, eines Krankenhauses, in den USA, durchgeführt. Es wurde zu diesem Zweck eigens eine Umfrage entwickelt. Der Fragebogen für die Patienten hatte fünf Items. Jede Frage konnte mit einer Fünf- Punkte- Likert- Skala beantwortet werden, wobei 1 für sehr gut und 5 für schlecht steht. Aspekte der Befragung waren, zum Beispiel ob der Patient sich über seinen Tagesplan informiert fühlt. Für das Pflegepersonal wurde ebenfalls ein Fragebogen entwickelt. Dieser wurde vor der Implementierung und danach ausgefüllt. Eine Frage war zum Beispiel, ob die Übergabe am Patientenbett es dem Pflegepersonal erlaubt ihre Pflegearbeit zu priorisieren. Jede Frage konnte mit einer Fünf- Punkte- Likert- Skala beantwortet werden, wobei 1 für volle Übereinstimmung und 5 für absolutes nicht zustimmen, steht. Zusätzlich wurden demografische Daten der Befragten erhoben. Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Patientengruppe, vor und nach der Befragung, was, z.B. Erkrankung, Liegedauer, etc. angeht. Die Daten der Patientenbefragung wurden mittels des Wilcoxon rank- sum Test (parameterfreier, statistischer Test, dient zur Überprüfung der Signifikanz der Übereinstimmung zweier Verteilungen, zu derselben Grundgesamtheit) analysiert.

Ergebnisse: Die Mittelwerte der Ergebnisse der Patientenbefragung, vor der Implementierung, zeigten Werte von 1,5-2. Nach der Implementierung erhielt man Werte von 1. Signifikant zeigte sich dies bei der Frage, ob der Patient sich über seinen Tagesplan informiert fühlt (Vorher: 2, nachher:1). Die Ergebnisse der Befragung des Pflegepersonals brachten hervor, dass die Mittelwerte von 2-4 vor der Implementierung sich nach der Implementierung auf 1 verbesserten. Es gab eine Ausnahme, die Frage, ob die

Übergabe am Patientenbett hilft die Arbeit zu priorisieren. Hier veränderte sich der Wert von 2 auf 1.

Diskussion: Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Übergabe am Patientenbett positiven Einfluss auf Patienten und Personal hat. Die Ergebnisse stimmen mit denen aus der Literatur überein. Übergabe am Patientenbett wird als ein Weg angesehen, die Patientensicherheit positiv zu beeinflussen.

„Bedside handoff is one avenue to promote patient safety by allowing patients and families to be active participations in the nursing shift handoff procedure.“ (Maxson et al. 2012, S. 144)

Dieses Zitat beschreibt die Übergabe am Krankenbett als eine Möglichkeit, die Patientensicherheit zu fördern, indem Patienten und Familien aktiv an der Übergabe teilnehmen.

Limitationen: Als Limitation sehen die Autoren, dass sie nur Befragungen auf einer chirurgischen Station durchgeführt haben. Diese Station könnte eventuell nicht repräsentativ für das ganze Krankenhaus sein. Die meisten integrierten Patienten wurden nach den Eingriffen befragt, eine Befragung vor dem chirurgischen Eingriff könnte anders ausfallen.

Schlussfolgerung: Die Übergabe am Patientenbett erhöht das Bewusstsein für Kommunikation über Patientensicherheit. Durch die Übergabe am Patientenbett kann man ein Umfeld schaffen, das die Patientensicherheit und Qualität der Patientenversorgung betont.

Die Studienevidenz dieser Studie wird aufgrund Interviewdesigns in die Evidenzklasse IV nach den BGW-Evidenzklassen eingruppiert.

Fast alle Aspekte der Checkliste modifiziert nach dem STROBE-Statement sind erfüllt worden. Die Checkliste findet sich in Kapitel 3.1.9 Methode zur kritischen Bewertung der Literatur. Der Titel deutet auf die Studie hin, lässt aber das Design noch nicht erkennen. Das Abstrakt zeigt alle wesentlichen Faktoren der Studie. Die Einleitung lässt den Hintergrund und die Zielsetzung der Forschung erkennen. Die Methodik wird dargelegt.

Man erhält Aussagen über die Methodik der Untersuchung, die Studienteilnehmer und den Rahmen, sowie die genaue Datenermittlung. Der Aspekt Vorbeugung und Umgang mit Bias wird ausgeführt. Die Ergebnisse werden ausführlich dargestellt und diskutiert. Zur Studienfinanzierung lässt sich kein Beleg finden.

#### 4.6 Ergebnismatrix<sup>9</sup>

Die in diesem Kapitel dargestellte Ergebnismatrix soll der übersichtlichen Kurzzusammenfassung der Ergebnisse dienen. Es wird zuerst ein Einblick in die Evidenzeinstufung gegeben. Dem folgt die Auswertung der verkürzten STROBE-Statement-Checkliste. Es werden nur die Hauptergebnisse der Studien dargestellt.

	Slade et al. 2018	Whitty et al. 2017	Kerr et al. 2011	Scheidenhelm & Reitz 2017	Sand- Jecklin & Sherman 2014	Kumar et al. 2016	Kullberg et al. 2018	Jeffs et al. 2013	Maxson et al. 2012
X= erfüllt 0= nicht erfüllt									
<b>Evidenz-einstufung</b>									
Evidenzeinstufung nach den BGW Evidenzstufen	III	III	III	IIb	IIb	III	IV	IV	IV
Bedeutung der Evidenzstufen	gering	gering	gering	mittel	mittel	gering	gering	gering	gering
<b>STROBE-Bewertung</b>									
Studiendesign in Titel oder Abstrakt	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aussagekräftiges Abstrakt	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Einleitung/ Hintergrund	X	X	X	X	X	X	X	X	X

<sup>9</sup> Die Sortierung der Autoren in dieser Tabelle entspricht der Reihenfolge der Bearbeitung im Ergebnisteil.

	Slade et al. 2018	Whitty et al. 2017	Kerr et al. 2011	Scheidenhelm & Reitz 2017	Sand- Jecklin & Sherman 2014	Kumar et al. 2016	Kullberg et al. 2018	Jeffs et al. 2013	Maxson et al. 2012
X= erfüllt 0= nicht erfüllt									
Zielsetzung	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Methodik (Studiendesign, Teilnehmer, Rahmen)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Bias (Vorbeugung, Umgang)	X	0	X	X	X	X	X	X	X
Ergebnisse	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diskussion	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Finanzierung	0	X	X	0	0	0	X	0	0
<b>Zusammenfassende Bewertung nach STROBE</b>									
Übersicht STROBE-Statement-Checkliste	8/9	8/9	9/9	8/9	8/9	8/9	9/9	8/9	8/9
<b>Relevante Ergebnisse der Studien</b>									
Pflegepersonal sieht Sinn in der Übergabe am Patientenbett	X	X	0	X	X	0	X	X	X
Übergabe am Patientenbett Bezug Patientensicherheit	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Übergabe am Patientenbett Verbesserung Patientenergebnisse	X	0	X	0	X	X	X	X	X
Übergabe am Patientenbett Bezug Patientenzufriedenheit	X	X	0	X	X	X	X	0	X
Übergabe am Patientenbett Bezug Mitarbeiterzufriedenheit	X	0	0	0	X	0	0	0	X

	Slade et al. 2018	Whitty et al. 2017	Kerr et al. 2011	Scheidenhelm & Reitz 2017	Sand- Jecklin & Sherman 2014	Kumar et al. 2016	Kullberg et al. 2018	Jeffs et al. 2013	Maxson et al. 2012
X= erfüllt 0= nicht erfüllt									
Übergabe am Patientenbett Bezug patientenzentrierte Versorgung	X	X	X	0	X	X	X	X	X
Patienten bevorzugen die Übergabe am Patientenbett	0	X	0	X	X	0	X	0	X
Übergabe am Patientenbett Bezug Verbesserung des Teamworks	0	0	X	0	0	0	X	0	0
Übergabe am Patientenbett Reduktion Stürze	0	0	0	0	X	0	0	0	0
Übergabe am Patientenbett Bezug Reduktion Medikationsfehler	0	0	0	0	X	X	0	X	0

**Tabelle 4:** Ergebnismatrix (eigene Darstellung der Verfasserin)



## 5 Diskussion

In diesem Kapitel der Bachelorarbeit nimmt die Verfasserin Bezug auf das methodische Vorgehen, welches in Kapitel drei beschrieben ist. Sie reflektiert dies und bewertet die durchgeführten Maßnahmen. Des Weiteren wird sie die in Kapitel vier vorgestellten Ergebnisse in Hinsicht auf ihr Forschungsthema analysieren. Die Resultate werden außerdem hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Pflegekräfte, Patienten und Patientensicherheit untersucht.

### 5.1 Diskussion der Methodik

Das methodische Vorgehen wird von der Verfasserin in Kapitel drei dargelegt. Durch die Formulierung von Ein- und Ausschlusskriterien und das selektive Vorgehen konnte die Datenmenge begrenzt werden. Die festgelegten Kriterien werden rückwirkend von der Verfasserin als sinnvoll angesehen, das Forschungsthema explizit bearbeiten zu können. Der gewählte Zeitraum für die Literaturrecherche erwies sich als zweckmäßig und passend, da so genügend Zeit für die Bearbeitung der Literatur blieb. Interessant wäre, den Suchzeitraum auszuweiten, z.B. Publikationszeitraum ab 2000, um dadurch gegebenenfalls weitere relevante Treffer zu erzielen. Die verwendeten Suchbegriffe stellten sich als geeignet dar. Ein Begriff wurde der Verfasserin erst in Auseinandersetzung mit der finalen Literatur bekannt und konnte daher in der primären Suche nicht berücksichtigt werden. Um zu ermitteln, ob durch die Verwendung des Begriffes „Handoff“ eventuell noch weitere Ergebnisse hätten erzielt werden können, führte die Verfasserin eine erneute Suche durch. Die Datenbankrecherche wurde in LIVIVO, CINAHL Complete und PubMed/Medline mit den folgenden Schlagwörtern „handoff AND bedside AND patient safety AND hospital“, durchgeführt. Diese weitere Recherche unter dem Einsatz der in Kapitel drei beschriebenen Methodik lieferte jedoch keine neuen nennenswerten Treffer.

Die Benutzung von MeSH-Terms, Boole'schen Operatoren und Trunkierungen wird von der Verfasserin als dienlich angesehen, um die Recherche zu präzisieren. Die Suche in verschiedenen Datenbanken war hilfreich, um differenzierte Literatur zu erhalten. Allerdings wurden nur fünf Datenbanken genutzt, so dass man vermuten kann, dass bei einer erweiterten Suche in anderen Datenbanken weitere Treffer hätten erzielt werden können. Die Handsuche lieferte der Verfasserin nur einen Treffer, was an der breiten Aufstellung der vorangegangenen Suche liegen könnte. Dennoch sieht die Verfasserin eine Handsuche als unentbehrlich an. Die Literaturbeschaffung stellte keine Problematik dar und lässt darauf schließen, dass das Vorgehen effektiv war. Die Volltextsichtung stellte sich als aufwendig heraus, da das Übersetzen und Verstehen der überwiegend englischsprachigen Literatur viel Zeit in Anspruch nahm. Die ausgewählte Methode zur Evidenzbestimmung wird von der Verfasserin als hilfreich angesehen. Durch die Benutzung der Evidenzklassen der BGW war eine schnelle Einstufung der Evidenz der Studien möglich. Die Auswahl einer kurzen Version des STROBE-Statements für die kritische Bewertung der Literatur zeigte sich als förderlich, um einen guten Überblick über die Inhalte der Studien und deren Kriterien zu erlangen. Eine Nutzung der gesamten Checkliste wäre sicherlich von Vorteil gewesen, um die Studien noch detaillierter zu begutachten und zu prüfen. Insgesamt betrachtet sieht die Verfasserin ihr methodisches Vorgehen als passend an, eine selektive Literaturrecherche zu einem Forschungsthema durchzuführen. Abschließend möchte die Verfasserin anmerken, dass das methodische Vorgehen geeignet war die Forschungsfragen und das Forschungsthema zu bearbeiten.

## 5.2 Diskussion der Ergebnisse

Die Darstellung der gefundenen Treffer anhand eines Fließdiagrammes hat sich für die Verfasserin als sehr hilfreich erwiesen, da sie so einen strukturierten Überblick über die Rechercheergebnisse hatte. Die Erwar-

tungen bezüglich der relevanten Literatur wurden nicht realisiert, insbesondere der Mangel an Studien aus dem deutschsprachigen Raum trug zur persönlichen Verwunderung bei. Die Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf Studienlage, die in der englischen Sprache verfasst ist. Man erhält allerdings zahlreiche Artikel und Bücher zu der Thematik. Diese wurden von der Verfasserin allerdings nicht inkludiert, da sie sich evidenzbasiert und wissenschaftlich mit dem Thema auseinandersetzen wollte und daher den Fokus auf die Verwendung von Studien legte. Die eingeschlossenen Studien im Ergebnisteil liefern in Ansätzen Aussagen und Indizien, die zur Beantwortung des Forschungsthemas beitragen.

Slade et al. (2018) konnten durch ihre Studie belegen, dass unter dem Pflegepersonal eine hohe Übereinstimmung für die Übergabe am Patientenbett herrscht. Sie weisen explizit auf die Wichtigkeit des Pflegepersonals für die Übergaben am Patientenbett hin. Sie sehen die Übergabe am Patientenbett mit als Kern der patientenzentrierten Gesundheitsversorgung. Durch ihre ermittelten Daten schlussfolgern die Forscher, dass die Übergabe am Krankenbett eine kostenwirksame, umfassende, patientenorientierte Kommunikationsstrategie ist und sie scheint das Niveau der Patientensicherheit zu erhöhen und zur Verbesserung der Patientenergebnisse beizutragen. Die Aussage der Autoren ist interpretativ zwar nachvollziehbar, hierfür findet sich allerdings kein wissenschaftlicher Nachweis innerhalb der Studie.

Whitty et al. (2017) konnten durch ihr Discrete Choice Experiment herausstellen, dass Patienten und Pflegepersonal die Übergabe am Patientenbett bevorzugen. Sie nehmen Bezug, dass die Berücksichtigung der Präferenzen von Patienten, die in der Studie ermittelt wurden, einen Beitrag zur patientenorientierten Pflege liefert. Sie beschreiben, dass der Einbezug von Patienten die Pflege individualisiert und verbessert. Sie sehen die Übergabe als eine der häufigsten Sicherheitsaktivitäten in Krankenhäusern, die die Patienten aktiv unterstützen können und zur wechselseitigen

Kommunikation beitragen. Sie mutmaßen, dass die Übergabe am Patientenbett bei der Umsetzung der patientenorientierten Sicherheitsinitiative förderlich ist. Die Interpretation der Ergebnisse unterstützt diese Aussage zwar, dennoch kann mit der Studie kein wissenschaftlicher Beweis demonstriert werden.

Kerr et al. (2011) untersuchten verschiedene Übergabepraktiken und kamen zu der Feststellung, dass diese teilweise erhebliche Mängel aufwiesen. Sie beschreiben die Übergabe als risikoreiche Tätigkeit für Pflegekräfte mit großem Belang. Auf Grund der Daten, die mangelnde Standardisierung, fehlende Einbeziehung des Patienten und zeitliche Ineffizienz aufdeckten, wird ein alternatives Übergabemodell für die Einrichtung geplant. Die Lösung der oben aufgeführten Mängel sieht man durch die Übergabe am Patientenbett. Interpretativ könnte man sagen, dass wenn die Übergabe am Patientenbett diese Mängel beseitigt, sie zur Patientensicherheit beiträgt. Allerdings handelt es sich hierbei um Schlussfolgerungen der Autoren und keine wissenschaftlich fundierten Belege.

Scheidenhelm & Reitz (2017) führten Umfragen vor und nach der Implementierung der Übergabe am Patientenbett durch mit dem Ergebnis, dass sich die Compliance des Pflegepersonals und die Zufriedenheit der Patienten verbesserten. Sie stellen eine deutliche Besserung der Kommunikation zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten heraus. Wenn man diese Faktoren: bessere Kommunikation, Zufriedenheit und Compliance als Beiträge zur Patientensicherheit ansieht, dann lässt sich davon ausgehen, dass die Übergabe am Patientenbett als Beitrag zur Patientensicherheit geeignet ist. Dieser Ansatz ist allerdings geschlussfolgert und kann durch die vorliegende Studie nicht voll belegt werden.

Sand-Jecklin & Sherman (2014) ermitteln quantitative Outcomes der Übergabe am Patientenbett. Sie stellten fest, dass durch die Übergabe am Patientenbett die Zufriedenheit der Patienten und des Pflegepersonals stieg, die Kommunikation maßgeblich verbessert wurde, Sturzzahlen sich

reduzierten und Medikationsfehler verringert wurden. Die Forscher können anhand der vorliegenden Studie belegen, dass die Übergabe am Patientenbett viele positive Outcomes hervorbrachte und sich somit positiv auf die Patientensicherheit auswirkt.

Kumar et al. (2016) stellten durch ihre Studie von verschiedenen Pflegeübergabepraktiken fest, dass ein Systemwechsel zur Übergabe am Patientenbett und die Standardisierung erforderlich sind. Sie stellten fest, dass wenn dies erfolgt, zur Kontinuität und Qualität der Pflege, Kommunikationsverbesserung, Patientensicherheit und besseren Patientenergebnissen beigetragen werden kann. Die Autoren schlussfolgern diese Aussage auf Grund der erhaltenen Daten. Den direkten Beleg, dass dies aber tatsächlich so ist, treten sie in ihrer Studie aber nicht an.

Kullberg et al. (2018) ermittelten durch Interviews mit Pflegekräften, dass die personenzentrierte Übergabe positive Einflüsse auf viele Aspekte hat, wie die klinische Kommunikation, Priorisierung und qualitative Verbesserung der Pflegearbeit, Förderung des Teamworks und die Patientensicherheit. Da bei den Interviewpartnern eine hohe Einheitlichkeit in den Aussagen bestand, kann man davon ausgehen, dass diese valide sind. Die oben genannten Aspekte gelten als Beitrag zur Patientensicherheit.

Jeffs et al. (2013) leiten aus ihrer qualitativen Studie ab, dass durch die Übergabe am Patientenbett die Ergebnisse in den zwei Hauptbereichen Klärung von Informationen und Abfangen von Fehlern, sowie Visualisieren des Patienten und Priorisierung der Pflege Verbesserungen erzielt werden konnten. Die Feststellung, dass die Übergabe am Patientenbett als Beitrag zur Patientensicherheit dient, ist das Highlightergebnis ihrer Studie. Die erhaltenen Daten aus den Interviews waren flächendeckend ähnlich und lassen so einen Schluss auf die Validität zu.

Maxson et al. (2012) befragten Pflegepersonal und Patienten vor und nach der Implementierung der Übergabe am Patientenbett und erhielten positiv veränderte Werte nach der Implementierung. Die Forscher konnten dadurch zeigen, dass die Übergabe am Patientenbett positiven Einfluss auf die Patienten und das Pflegepersonal hat. Durch die Verbesserung der Ergebnisse in den Bereichen, wie zum Beispiel Kommunikation, Priorisierung der Arbeit, als Patient informiert sein und Teamarbeit zwischen Patienten und Pflegepersonal, wird ein Bezug zur Patientensicherheit hergestellt. Die Forscher stellen fest, dass man mit der Übergabe am Patientenbett ein Umfeld schaffen kann, das die Patientensicherheit und Qualität der Patientenversorgung betont.

Vier der Studien (Sand-Jecklin & Sherman 2014, Kullberg et al. 2018, Jeffs et al. 2013, Maxson et al. 2012) erbrachten Indizien dafür, dass die Übergabe am Patientenbett sich positiv auf die Patientensicherheit auswirkt. Die Ergebnisse können in den direkten Bezug dazu gesetzt werden. Die weiteren fünf Studien (Slade et al. 2018, Whitty et al. 2017, Kerr et al. 2011, Scheidenhelm & Reitz 2017, Kumar et al. 2016) konnten keine unmittelbare Bestätigung, anhand von Indikatoren, antreten, dass die Übergabe am Patientenbett die Patientensicherheit begünstigt, nähern sich aber interpretativ und schlussfolgernd dieser Aussage an.

Die Studien, die Messungen vor und nach der Implementierung der Übergabe am Patientenbett durchgeführt haben, zeigten die prägnantesten Ergebnisse. Es liegen Studien mit unterschiedlichen Evidenzleveln vor, die daher schwer vergleichbar sind. Außerdem wird innerhalb der Studien die Patientensicherheit an unterschiedlichen Indikatoren gemessen. Wie in der Ergebnismatrix deutlich wird, gibt es Unterschiede bezüglich der Evidenzeinstufung nach den BGW- Evidenzstufen und der kritischen Bewertung anhand der STROBE-Checkliste. Obwohl einige Studien in ihrer Evidenz niedrig eingestuft wurden, weisen sie viele bis alle Kriterien der Güte auf. Das liegt daran, dass nach den Evidenzklassen nur das Studiendesign bewertet wird und nicht die Güte der jeweiligen Studie. Je nachdem

welches Gebiet beforscht wird, muss das Studiendesign angepasst werden. In der Pflegeforschung finden sich vornehmlich Beobachtungs- und Befragungsstudien.

„Nach den Regeln des EBN gibt es für jeweils jede Fragestellung »optimale« Methoden, die durch die Hierarchie der best verfügbaren externen Evidenz beschrieben werden. Diese Hierarchie variiert je nach Fragestellung. Die Kritiker des EBN werfen dieser die ausschließliche Orientierung an RCTs (Randomisierte kontrollierte Studien) vor. Tatsächlich beschreiben diese jedoch nur den höchsten Evidenzgrad für Studien mit kausalen Fragestellungen, z.B. Fragen nach der Wirksamkeit von bestimmten Verfahren. Zur Beurteilung von Studien zur Beantwortung von Fragen nach der Prognose von Pflegebedürftigkeit, der Qualität von Messinstrumenten oder dem Erleben von Krankheit und Gesundheit werden andere Studiendesigns verwendet und entsprechend andere Hierarchiestufen formuliert.“(Panfil 2004, S. 47)

Da die Ergebnisse sehr unterschiedlich sind, ist es erschwert diese in den direkten Vergleich zu setzen. Die Forscher der Studien legten sich auf unterschiedliche Forschungsdesigns, von Befragung bis Beobachtung, mit differierendem Fokus auf die Übergabe am Patientenbett fest. Dennoch tragen alle Faktoren, die durch die Übergabe am Patientenbett gefördert werden, zur Verbesserung der Patientensicherheit bei.

### 5.3 Einfluss auf die Pflegekräfte

Die Ergebnisse fast aller Studien (Slade et al 2018, Whitty et al. 2017, Scheidenhelm & Reitz 2017, Sand-Jecklin & Sherman 2014, Kullberg et al. 2018, Jeffs et al. 2013, Maxson et al. 2012) zeigten auf, dass von Seiten des Pflegepersonals die Compliance für die Übergabe am Patientenbett besteht. Dies bedeutet, dass die Pflegekräfte den Sinn der Übergabe am Patientenbett verstanden haben und die Vorteile erkennen. Einige Studien (Slade et al. 2018, Sand-Jecklin & Sherman 2014, Maxson et al. 2012) beschreiben die Zunahme der Zufriedenheit der Pflegekräfte durch die

Übergabe am Patientenbett. Es kann davon ausgegangen werden, dass eine zufriedene Pflegekraft besser arbeitet und motivierter ihren Dienst leistet.

„Wie zufrieden [...] Pflegende mit den Bedingungen der Patientenversorgung seien, stehe in direktem Zusammenhang damit, wie gut versorgt und aufgehoben sich die Patienten fühlten. Wer also Rahmenbedingungen stärkt [...] und Pflegenden eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte Versorgung ermöglicht, ist nach Ansicht der Verfasser des Reports auf gutem Weg zu einer besseren Versorgungsqualität aus Patientensicht.“ (Ludwig 2013)

Demnach wirkt sich die Zufriedenheit des Pflegepersonals maßgeblich auf die Patientenversorgung aus. Die Zufriedenheit, die die Pflegekräfte in Bezug auf die Übergabe am Patientenbett spüren, könnte, durch die Visualisierung des Patienten, die Priorisierung der Arbeit und den besseren Informationsfluss, bedingt sein. Diese Faktoren sind in den Studien als beitragende Aspekte zur Patientensicherheit beschrieben.

Ein weiterer Aspekt in Bezug auf die Pflegekräfte, der durch zwei der Studien (Kerr et al. 2011 & Kullberg et al. 2018) ermittelt wurde, ist die Verbesserung des Teamworks. Eine gute Teamarbeit ist bekanntlich fördernd für eine gute Kommunikation und trägt dementsprechend auch zur Patientensicherheit bei.

#### 5.4 Einfluss auf die Patienten

Die positiven Einflüsse der Dienstübergabe am Patientenbett auf den Patienten sind vielfältig. Durch die Integration des Patienten in den Schichtwechsel wird der Informationsfluss zwischen Patienten und Pflegepersonal sichergestellt. Außerdem werden so die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung des Patienten gefördert. Es entsteht Transparenz, für den Patienten, in Bezug auf das pflegerische Handeln. Die Patienten beschreiben in den Studien, dass sie sich sicherer fühlen, wenn sie informiert sind. Die Patienten berichten des Weiteren über eine höhere Zufriedenheit und



Wertschätzung durch die Übergabe am Patientenbett, in der mit ihnen und nicht über sie gesprochen wird. Fünf der Studien (Whitty et al. 2017, Scheidenhelm & Reitz 2017, Sand-Jecklin & Sherman 2014, Kullber et al. 2018, Maxson et al. 2012) stellen heraus, dass die Patienten die Übergabe am Patientenbett priorisieren.

„Aufgeklärte, informierte Patienten sind im Krankenhaus ein wesentlicher Faktor, wenn es um die Verbesserung der Patientensicherheit geht. Aufgeklärte Patienten beobachten viel aufmerksamer, was mit ihnen im Krankenhaus geschieht und trauen sich gegenüber Ärzten und Pflegekräften Fragen zu stellen oder auch mal Kritik zu äußern.“ (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration 2017)

Im Sinne dieses Zitates kann man durch die Übergabe am Patientenbett zur Patientensicherheit beitragen, da das Informieren des Patienten, was während dieser stattfindet, ein wesentlicher Faktor für Patientensicherheit ist. Ein weiterer Aspekt aus patientenzentrierter Sicht ist, dass sieben der neun Studien (Slade et al. 2018, Whitty et al. 2017, Scheidenhelm & Reitz 2017, Sand-Jecklin & Sherman 2014, Kumar et al. 2016, Kullberg et al. 2018, Maxson et al. 2012) herausfinden konnten, dass die Zufriedenheit der Patienten durch die Übergabe am Patientenbett steigt. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein zufriedener Patient, der sich gut aufgehoben fühlt, eher bereit ist, sich mit Problemen und Fragen an das Pflegepersonal zu wenden. Dadurch können eventuelle Probleme und Komplikationen früher erkannt werden.

## 5.5 Einfluss auf die Patientensicherheit

Die Einflüsse der Übergabe am Patientenbett stellen sich verschieden dar. Alle Forschenden der Studien sind sich einig, dass sich die Übergabe am Patientenbett positiv auf die Patientensicherheit auswirkt, auch wenn die Belege dafür verschiedenster Form sind. Prägnant sind die Verbesserung der Kommunikation, die Zufriedenheit der Mitarbeiter und Patienten, die Strukturierung und Priorisierung der Arbeit, sowie die Involvierung des Pa-

tienten. Die genannten Aspekte der Übergabe am Patientenbett gelten als Faktoren, die die Patientensicherheit positiv beeinflussen. Die Verfasserin möchte an dieser Stelle auf das Kapitel zwei, der Grundlagen und des Hintergrundwissens, verweisen, in dem die Patientensicherheit als Zusammenwirken von verschiedensten Faktoren beschrieben wird. Die Übergabe am Patientenbett bietet die Möglichkeit verschiedene Aspekte zu verbessern, insbesondere die Kommunikation. Die Kommunikation als Hochrisikobereich wurde ebenfalls im Kapitel zwei beleuchtet und stellt dar, wie wichtig Kommunikation für die Patientensicherheit ist. Wenn man demnach durch die Übergabe am Patientenbett die Kommunikation verbessern kann, trägt man maßgeblich zur Verbesserung der Patientenversorgung und Patientensicherheit bei. Der Aspekt der patientenzentrierten Versorgung wird in acht von neun Studien thematisiert (alle außer Scheidenhelm & Reitz 2017). Durch eine gute patientenzentrierte Versorgung wird die Qualität der Pflege gefördert. Eine höhere Qualität wirkt sich auch wieder erfolgreich auf die Patientensicherheit aus. Es kann nicht global gesagt werden, dass die Übergabe am Patientenbett Patientensicherheit herstellt, aber durch die verschiedenen Aspekte, die die Übergabe am Patientenbett im Vergleich zur patientenfernen Übergabe beeinflusst und verbessert, wird maßgeblich zum Ausbau der Patientensicherheit beigetragen. Sieben von neun Studien (Slade et al. 2018, Kerr et al. 2011, Sand-Jecklin & Sherman 2014, Kumar et al. 2016, Kullberg et al. 2018, Jeffs et al. 2013, Maxson et al. 2012) stellen eine Verbesserung von Patientenergebnissen heraus. In diesem Kontext muss man erwähnen, dass es sich um unterschiedliche Patientenergebnisse handelt. Dennoch kann man davon ausgehen, dass jegliche Verbesserung von Patientenergebnissen zur Erhöhung der Patientensicherheit beiträgt. Zwei direkte Patientenergebnisse sind die Reduktion von Stürzen, die in einer Studie (Sand-Jecklin & Sherman 2014) und die Reduktion von Medikationsfehlern, die in drei Studien (Sand-Jecklin & Sherman 2014, Kumar et al. 2016, Jeffs et al. 2013) beschrieben sind. Dies sind zwei häufige Bereiche, durch die häufig Schädigungen bei den Patienten auftreten. Wenn man zu ihrer Reduktion

durch die Übergabe am Patientenbett beitragen kann, dann ist somit ein Beitrag zur Patientensicherheit geleistet.

## 5.6 Zusammenfassende Diskussion

Festzustellen, auf Basis der eingeschlossenen Quellen, ist, dass die Übergabe am Patientenbett Einfluss auf die Patientensicherheit hat und zwar durchweg positiven, wie man an den Qualitätsindikatoren, beispielsweise Verbesserung der Kommunikation und Reduktion von Stürzen, erkennen kann.

Dennoch muss man kritisch betrachten, dass nicht die Übergabe am Patientenbett allein die Patientensicherheit herstellt. Es gibt weitere Prozesse innerhalb des Krankenhauses, die ebenso optimiert werden müssen. Ein zusätzlicher Aspekt ist die Standardisierung der Übergaben. In der Literatur werden verschiedenste Tools beschrieben, die den Prozess der Übergabe am Patientenbett unterstützen sollen. Die Verfasserin dieser Bachelorarbeit untersuchte ausschließlich die Auswirkungen der Übergabe am Patientenbett auf die Patientensicherheit, daher fand Literatur, die sich mit entsprechenden Tools auseinandersetzt und diese untersucht, keine Berücksichtigung. Rückblickend auf die Forschungsfragen kann die Verfasserin feststellen, dass Schichtübergaben am Patientenbett die Patientensicherheit beeinflussen. Der Einfluss, den die Schichtübergaben am Patientenbett auf die Patientensicherheit nehmen, ist positiv, weil sich verbesserte Patientenergebnisse nach der Implementierung der Übergabe am Patientenbett zeigten. Dieser wurde durch Studien in verschiedenen Aspekten dargelegt. Der Einfluss ist an unterschiedlichen Faktoren, wie zum Beispiel die Zufriedenheit des Personals und der Patienten messbar, es gibt allerdings differenzierte Qualitätsindikatoren, die den Studien zugrunde gelegt wurden. Die Palette der Indikatoren ist somit breit. Dennoch kann man auch trotz der unterschiedlichen Ergebnisse und untersuchten Faktoren den jeweiligen Bezug und Einfluss zur Patientensicherheit er-

kennen, da die Patientensicherheit sich in viele Teilbereiche untergliedert, wie in Kapitel zwei Grundlagen und Hintergrundwissen dargestellt.

Ein weiterer Aspekt, den die Verfasserin nennen möchte, ist die Übertragbarkeit, der in dieser Bachelorthesis ermittelten Ergebnisse, auf Deutschland. Obwohl die Studien ausschließlich aus dem englischsprachigen Raum und unterschiedlichen Ländern, (drei australische Studien, drei amerikanische Studien, eine schwedische Studie, eine kanadische Studie, eine indische Studie) stammten, kann man sie trotzdem für Deutschland anwenden. Auch wenn die Gesundheitssysteme der Länder Unterschiede zum Deutschen und auch untereinander aufweisen, ist die Kommunikation der pflegerischen Übergaben das verbindende Element. Durch den Hintergrund für die vorliegende Forschung und die Ausführung der Übergaben ließen sich viele Parallelen zu Deutschland ziehen. Dementsprechend sieht die Verfasserin eine Übertragbarkeit der ermittelten Ergebnisse für Deutschland als gegeben an.

## 6 Schlussfolgerung und Fazit

In diesem Kapitel der Bachelorarbeit legt die Verfasserin dar, welche Empfehlungen und Konsequenzen sich aus der vorliegenden Arbeit für sie, die Pflegepraxis und die Pflegewissenschaft ergeben. Außerdem werden ein Fazit und eine Schlussfolgerung der gesamten Bearbeitung in Hinblick auf das Forschungsthema gezogen.

### 6.1 Empfehlungen und Konsequenzen für die Verfasserin

Trotz der geringen Datenlage ist für die Verfasserin klar geworden, dass sich die Übergabe am Patientenbett positiv auf die Patientensicherheit auswirkt. Dementsprechend wird ihr eigenes berufliches Handeln beeinflusst, in dem sie die Übergabe am Patientenbett priorisiert und sich für die Implementierung einsetzt. Auf Grund der geringen Datenmenge zur Bearbeitung des Themas ergibt sich für die Verfasserin die Konsequenz, weiter an der Bearbeitung des Themas festzuhalten, um das in dieser Bachelorarbeit erlangte Basiswissen noch weiter zu fundieren. Eine empirische Forschung zu dieser Thematik ist für die Masterarbeit geplant.

### 6.2 Empfehlungen und Konsequenzen für die Pflegepraxis

Die Konsequenzen und Empfehlungen, die sich für die Pflegepraxis ergeben, sind, dass es sinnvoll ist, die Übergabe am Patientenbett einzuführen. Wichtig ist in diesem Kontext aber auch, dass das Pflegepersonal informiert und geschult werden muss. Die Implementierung muss gut geplant und begleitet werden. Des Weiteren ist es sinnvoll den Beteiligten die vielen Vorteile aufzuzeigen, wie beispielsweise die Priorisierung der Arbeit, die Visualisierung des Patienten und die sich verbessernde Pflegebeziehung durch die Interaktion. Das Management der Krankenhäuser sollte sich mit der Übergabeform beschäftigen und erkennen, dass so ein Beitrag zur Patientensicherheit geleistet werden kann. Ebenso kann man

von der pflegerischen Übergabe Vergleiche ziehen zur ärztlichen Übergabe und sollte auch in diesem Zusammenhang über Übergaben am Patientenbett nachdenken.

### 6.3 Empfehlungen und Konsequenzen für die Pflegewissenschaft

Durch diese Bachelorarbeit sollte für die Pflegewissenschaft deutlich geworden sein, dass ein hoher Bedarf an Forschung auf dem Gebiet besteht. Die Forschung beschränkt sich bisher auf den englischsprachigen Raum und ist sehr gering. Ein Interesse für das Thema sollte allerdings in allen Ländern bestehen, da die Übergabe am Patientenbett einen Beitrag zur Patientensicherheit leistet und dies für alle Länder relevant ist. Es sollten weitere Studien durchgeführt werden, mit dem Fokus des Vorher-Nachher- Vergleichs der Implementierung der Übergabe am Patientenbett. Diese Art der Studien zeigten die prägnantesten Ergebnisse. Wichtig ist auch den Vergleich über einen längeren Zeitraum zu ziehen, damit ist gemeint, nicht nur vor und nach der Implementierung zu messen, sondern auch im Verlauf eine weitere Erfassung durchzuführen. Die Studie von Sand & Jecklin zeigte, dass nach dreizehn Monaten noch weitere Verbesserungen zu verzeichnen waren. Ebenso gilt es Qualitätsindikatoren festzulegen, an denen die Patientensicherheit gemessen wird, wie zum Beispiel Verbesserung der Kommunikation, Reduktion von Stürzen und Medikationsfehlern, sowie weitere Patientenoutcomes. Ebenfalls sollten bestehende Übergaben am Patientenbett auf ihre Standardisierung untersucht werden. Es müssten Vergleiche angestellt werden, zwischen Übergaben am Patientenbett ohne Standard und Übergabe mit standardisierten Tools, wie beispielsweise SBAR.

#### 6.4 Fazit und Schlussfolgerung in Bezug auf das Forschungsthema

Das Forschungsthema dieser Bachelorarbeit lautet „Die Schichtübergaben am Patientenbett und deren Einfluss auf die Patientensicherheit im Krankenhaus auf Normalstationen - Eine selektive Literaturrecherche als Beitrag zur Patientensicherheit“.

Das Forschungsthema konnte mittels einer selektiven Literaturrecherche adäquat bearbeitet werden und es konnten Antworten auf die in der Einleitung genannten Forschungsfragen gefunden werden. Auch wenn die Studien keine bis nur wenige einheitliche Ergebnisse präsentierten, war der Fokus aller auf die Patientensicherheit ausgerichtet und trug so zur Ausarbeitung des Forschungsthemas bei. Abschließend kann die Verfasserin feststellen, dass die Schichtübergaben am Patientenbett sich positiv auf die Patientensicherheit und deren verschiedenen Facetten auswirken.

## 7 Stärken und Limitationen

Stärken der vorliegenden Bachelorarbeit sind die Aktualität der einbezogenen Studien, (Einschlusszeitraum 2010-2019) und die zur Suche der Literatur eingesetzten verschiedene Datenbanken. Stärkend fließen die Kombinationen von Suchbegriffen und deren Verwendung mit ein. Überdies ist das Kapitel der Grundlagen und des Hintergrundwissens positiv zu bewerten, da dadurch ein einheitliches Verständnis zwischen der Verfasserin und den Lesern entstehen kann. Zugleich schafft das Kapitel drei, in dem das methodische Vorgehen explizit dargelegt wird, eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit für diese Bachelorarbeit. Die ermittelten Ergebnisse liefern eine Basis für die weitere Forschung auf dem Gebiet. Als Limitation dieser Bachelorarbeit ist der begrenzte zeitliche Rahmen zur Anfertigung anzusehen. Außerdem wurden geringe Mengen an Studien zur Thematik gefunden und es stellte sich heraus, dass es keine Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum gibt. Weitere Grenzen dieser Arbeit waren, dass die Studien in englischer Sprache verfasst wurden und es so eventuell durch Sprachbarrieren zu Fehlübersetzungen kommen konnte. Die Studien wurden auf Grund ihres Designs eingestuft. Allerdings gab es nur zwei Studien der mittleren beiden Evidenzklassen. Die meisten Studien wurden mit geringer Evidenz, nach den BGW-Evidenzklassen, bewertet. Auf Grund des festgelegten Rahmens zur Erstellung der Arbeit konnten nur bestimmte Datenbanken einbezogen werden. Eine Berücksichtigung von weiteren Datenbanken hätte eventuell noch weitere Treffer zur Bearbeitung des Themas geliefert. Da es sich bei dieser Bachelorarbeit um eine evidenzbasierte wissenschaftliche Arbeit handelt, wurde zur Ergebnisfindung rein mit Studien gearbeitet. Weitere Literatur, wie z.B. Artikel und Bücher wurden nicht, bzw. nur in den Kapiteln Grundlagen und Hintergrundwissen, sowie zur Diskussion berücksichtigt. Eine Berücksichtigung innerhalb der Ergebnisse hätte möglicherweise eine noch ausführlichere Bearbeitung der Thematik zugelassen. Eine große Chance ergibt sich für die Verfasserin aus dieser Arbeit, denn im Rah-



men ihrer Masterarbeit könnte sie das Thema selbst empirisch untersuchen.

## 8 Zusammenfassung

Hintergrund für diese Bachelorarbeit ist, dass die Patientensicherheit ein aktuelles Thema ist, das in vielen Krankenhäusern behandelt wird und für das sich die Verfasserin besonders interessiert. Die Kommunikation ist einer der häufigsten Faktoren für das Auftreten von Fehlern. Einer der Kernpunkte der pflegerischen Kommunikation ist die Übergabe zwischen den wechselnden Schichten. Die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Thema „Die Schichtübergaben am Patientenbett und deren Einfluss auf die Patientensicherheit im Krankenhaus auf Normalstationen - Eine selektive Literaturrecherche als Beitrag zur Patientensicherheit“ untersucht mittels einer selektiven Literaturrecherche, ob die Schichtübergaben einen Einfluss auf die Patientensicherheit haben. Die zu Grunde liegenden Forschungsfragen waren, inwiefern die Schichtübergabe einen Einfluss auf die Patientensicherheit hat, wie sich dieser darlegt, ob er positiv oder negativ ist und ob dieser sich unmittelbar auf die Patienten als auch auf das Pflegepersonal auswirkt. Zudem wird ermittelt, wie man den Einfluss messen und evaluieren kann. Vorweggegangen war eine orientierende Suche, dann erfolgte eine gezielte Suche in ausgewählten Datenbanken. Die selektive Literaturrecherche beinhaltet die Festlegung von Ein- und Ausschlusskriterien. Hierzu wählte die Verfasserin einen festgelegten Suchzeitraum, von 2010-2019, ausgewählte Suchbegriffe, sogenannte MeSH-Terms, die in verschiedenen Kombinationen angewendet wurden. Zur Spezifizierung setzte die Verfasserin Bool'sche Operatoren und Trunkierungen ein. Es wurden mehrere Suchstrategien, sowie eine Handsuche verwendet. Die Verfasserin beschränkte sich auf die Verwendung von Studien, um die Thematik wissenschaftlich und evidenzbasiert zu untersuchen. Die Studien wurden in der Evidenz eingestuft und einer kritischen Bewertung mittels STROBE-Statement-Kurzcheckliste unterzogen. Hierfür wählte die Verfasserin einige Aspekte der Originalcheckliste aus, die für sie als besonders relevant zur Prüfung von Studien galten. Es konnten Ergebnisse aus insgesamt neun Studien gewonnen werden, die zur Bearbeitung des Themas als relevant angesehen wurden. Diese Ergebnisse

werden in einem Fließdiagramm, sowie einer Ergebnismatrix übersichtlich dargestellt. Sie differierten je nach Studiendesign und Studienfokus. Die Studien waren alle in englischer Sprache publiziert. Alle Forscher beschrieben einen positiven Einfluss der Übergabe am Patientenbett. Negativer Einfluss auf die Patientensicherheit konnte nicht festgestellt werden. Die Studien wurden im Ergebnisteil zusammengefasst. Ein wichtiger Abschnitt dieser Arbeit ist der Diskussionsteil, da die Verfasserin dort die verschiedenen gewonnenen Aspekte darlegt und diese in Bezug zu ihrem Forschungsthema setzt. Außerdem diskutiert die Verfasserin explizit den Einfluss der Schichtübergaben am Patientenbett auf die Pflegekräfte, die Patienten und die Patientensicherheit. Des Weiteren diskutiert die Verfasserin ihr methodisches Vorgehen. Abschließend führt die Verfasserin ihre Schlussfolgerung und das Fazit ihrer Arbeit auf. Dabei legt sie den Fokus auf Empfehlungen und Konsequenzen für sich, die Pflegepraxis und die Pflegewissenschaft und sie zieht ein Fazit und eine Schlussfolgerung zu ihrem Forschungsthema. Außerdem werden durch die Verfasserin die Stärken und Limitationen der vorliegenden Arbeit dargestellt. Das angelegte Quellenverzeichnis beinhaltet die eingeschlossene, ausgeschlossene und ergänzende Literatur. Durch das Aufführen der verschiedenen Literaturen ist es für den Leser transparent nachzuvollziehen, wofür welche Literatur eingesetzt wurde. Die Arbeit endet mit dem Abbildungs- und Tabellenverzeichnis, sowie dem Anhang.

## 9 Quellenverzeichnis

### 9.1 Eingeschlossene Literatur

**Jeffs L, Acott A, Simpson E, Campbell H, Irwin T, Lo J, Beswick S, Cardoso R (2013).** The value of bedside shift reporting enhancing nurse surveillance, accountability, and patient safety. *Journal of nursing care quality.* 2013; 28 (3): 226–232

**Kerr D, Lu S, McKinlay L, Fuller C (2011).** Examination of current handover practice: Evidence to support changing the ritual. *International Journal of Nursing Practice.* 2011; 17 (4): 342-350

**Kullberg A, Sharp L, Dahl O, Brandberg Y, Bergenmar M (2018).** Nurse perceptions of person- centered handovers in the oncological inpatient setting: A qualitative study. *International journal of nursing studies.* 2018; 86: 44-51

**Kumar P, Jithesh V, Vij A, Gupta SK (2016).** Need for a hands-on approach to hand-offs: A study of nursing handovers in an Indian Neurosciences Center. *Asian Journal of Neurosurgery.* 2016; 11 (1): 54-9

**Maxson P M, Derby K M, Wroblewski D M, Foss D M (2012).** Bedside Nurse-to-Nurse Handoff Promotes Patient Safety. *Medsurg Nursing.* 2012; 21 (3): 140-144

**Sand-Jecklin K, Sherman J (2014).** A quantitative assessment of patient and nurse outcomes of bedside nursing report implementation. *Journal of Clinical Nursing.* 2014; 23 (19-20): 2854-2863

**Scheidenhelm S, Reitz O (2017).** Hardwiring Bedside Shift Report. *Journal of Nursing Administration.* 2017; 47 (3): 147-153

**Slade D**, Murray K A., Pun J K H, Eggins S (2019). Nurses' perceptions of mandatory bedside clinical handovers: An Australian hospital study. *Journal of Nursing Management*. 2019; 27 (1): 161-171

**Whitty J A**, Spinks J, Bucknall T, Tobiano G, Chaboyer W (2017). Patient and nurse preferences for implementation of bedside handover: Do they agree? Findings from a discrete choice experiment. *Health Expectations*. 2017; 20 (4): 742-750

## 9.2 Ausgeschlossene Literatur nach Titel- und Abstraktsichtung

**Baker S J** (2010). Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *Journal of emergency nursing: official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2010; 36 (4): 355-358

**Bigani C** (2018). On the Same Page: Nurse, Patient, and Family Perceptions of Change-of-shift Bedside Report. *Journal of Pediatric Nursing*. 2018; 5

**Bradley S**, Mott S (2014). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23 (13-14): 1927-1936

**Bressan V**, Cadorin L, Stevanin S, Palese A (2019). Patients experiences of bedside handover: findings from a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2019; 13

**Burston S**, Chaboyer W, Gillespie B, Carroll R (2015). The effect of a transforming care initiative on patient outcomes in acute surgical units: a time series study. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71 (2): 417-429

**Buus N, Hoeck B, Hamilton BE (2017).** Nurses' shift reports: a systematic literature search and critical review of qualitative field studies. *Journal of Clinical Nursing*. 2017; 26 (19-20): 2891-2906

**Campbell D, Dontje K (2018).** Implementing Bedside Handoff in the Emergency Department: A Practice Improvement Project. *Journal of emergency nursing: official publication of the Emergency Department Nurses Association* 2018; 45 (2): 149-154

**Castner J, Suffoletto H (2018).** Emergency Department Crowding and Time at the Bedside: A Wearable Technology Feasibility Study. *Journal of emergency nursing: official publication of the Emergency Department Nurses Association*. 2018; 44 (6): 624–631

**Dalky H F, Raeda A F, Esraa A A (2017).** Nurse managers' perception of night-shift napping: A cross-sectional survey. *Nursing forum*. 2017; 53 (2): 173–178

**Dean E (2012).** Smoother, faster.... *Nursing standard*. 2012; 26 (52): 16–19

**Dougherty L, Lister S (Hrsg.) (2015).** *The Royal Marsden manual of clinical nursing procedures (2015)*. Verlag John Wiley- Amp; Sons Inc.

**Eggins S, Slade D (2016).** Contrasting discourse styles and barriers to patient participation in bedside nursing handovers. *Communication & medicine*. 2016; 13 (1):71–83

**Fabry D (2015).** Hourly rounding: perspectives and perceptions of the frontline nursing staff. *Journal of Nursing Management*. 2015; 23 (2): 200–210

**Forde M F**, Coffey A, Hegarty J (2018). The factors to be considered when evaluating bedside handover. *Journal of Nursing Management*. 2018; 26 (7): 757-768

**Gregory S**, Tan D, Tilrico M, Edwardson N, Gamm L (2014). Bedside shift reports: what does the evidence say? *The Journal of nursing administration*. 2014; 44 (10): 541–545

**Griffin T** (2010). Bringing change-of-shift report to the bedside: a patient- and family-centered approach. *The journal of perinatal & neonatal nursing*. 2010; 24 (4): 348–53

**Groves P S**, Manges K A, Scott-Cawiezell J (2016). Handing Off Safety at the Bedside. *Clinical Nursing Research*. 2016; 25 (5): 473-493

**Hagman J**, Oman K, Kleiner C, Johnson E, Nordhagen J (2013). Lessons learned from the implementation of a bedside handoff model. *The Journal of nursing administration*. 2013; 43 (6): 315–317

**Hastings S E**, Suter E, Bloom J, Sharma K (2016). Introduction of a team-based care model in a general medical unit. *BMC health services research*. 2016; 16: 245

**Jakobsen F**, Mørcke A M, Hansen T B (2017). The interprofessional learning experience: Findings from a qualitative study based in an outpatient setting. *Journal of interprofessional care*. 2017; 31 (5): 613–619

**Kerr D**, McKay K, Klim S, Kelly A M, McCann T (2014). Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; 23 (11-12): 1685-1693

**Klim** S, Kelly A-M, Kerr D, Wood S, McCann T (2013). Developing a framework for nursing handover in the emergency department: an individualised and systematic approach. *Journal of clinical nursing*. 2013; 22 (15-16): 2233–2243

**Lang** A, Simmonds M, Pinchin J, Sharples S, Dunn L, Clarke S, Bennett O, Wood S, Swinscoe C. (2019). The Impact of an Electronic Patient Bedside Observation and Handover System on Clinical Practice: Mixed-Methods Evaluation. *The Journal of Medical Internet Research*. 2019; 6 (7):1

**Malfait** S, Eeckloo K, Van Biesen W, Deryckere M, Lust E, Van Hecke A (2018). Compliance with a structured bedside handover protocol: An observational, multicentred study. *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 84: 12-18

**Malfait** S, Van Hecke A, Van Biesen W, Eeckloo K (2018). Do Bedside Handovers Reduce Handover Duration? An Observational Study With Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidenced-Based Nursing*. 2018; 15 (6):432-439

**McCloskey** R M, Furlong K E, Hansen L (2019). Patient, family and nurse experiences with patient presence during handovers in acute care hospital settings: a systematic review of qualitative evidence. *Joanna Briggs Institute (JBI) database of systematic reviews and implementation reports* 2019

**McMurray** A, Chaboyer W, Wallis M Johnson J, Gehrke T (2011) Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*. 2011; 18 (1): 19-26



**Nzeribe W** (2017) Implementing Nurse-To-Nurse End of Shift Bedside Report. Implementing Nurse-To-Nurse End of Shift Bedside Report. 2017; 1:1

**No authors listed** (2014). Hospitalwide initiative decreases readmissions, length-of-stay. Hospital case management: the monthly update on hospital-based care planning and critical paths. 2014; 22 (12): 171-173

**Ofori-Atta J, Binienda M, Chalupka S** (2015). Bedside shift report: Implications for patient safety and quality of care. Nursing. 2015; 45 (8): 1–4

**Parsons L C** (2015). Pathophysiology and care protocols for nursing management. Nursing clinics of North America. 2015; 50 (4)

**Principe I C** (2017). Examining Nurse Satisfaction with a Bedside Handover Report Process. Examining Nurse Satisfaction with a Bedside Handover Report Process. 2017; 1-1

**Radtke K** (2013). Improving patient satisfaction with nursing communication using bedside shift report. Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice. 2013; 27 (1): 19-25

**Randmaa M, Engström M, Swenne CL, Mårtensson G** (2017). The post-operative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses. British Medical Journal BMJ Open. 2017; 4 (7):8

**Reinbeck D M, Fitzsimons V** (2013). Improving the patient experience through bedside shift report. Nursing management. 2013; 44 (2): 16-17

**Roberson K L** (2017). Patient and Family Engagement Initiative: A Quantitative Causal-Comparative Analysis. *Patient & Family Engagement Initiative: Quantitative Causal-Comparative Analysis*. 2017; 1-1

**Sagherian K**, Clinton M E, Abu-Saad Huijer H, Geiger-Brown J (2017). Fatigue, Work Schedules, and Perceived Performance in Bedside Care Nurses. *Workplacehealth & safety*. 2017; 65 (7): 304–312

**Salani D** (2015). Implementation of shift report at the bedside to promote patient- and family-centered care in a pediatric critical care unit. *Journal for nurses in professional development*. 2015; 31 (2): 81–86

**Sinitsky L**, Brierley J (2017). Reducing the number of unnecessary liver function tests requested on the Paediatric Intensive Care Unit. *British Medical Journal quality improvement reports*. 2017; 6 (1)

**Skaggs M K D**, Daniels J F, Hodge A J, DeCamp V L (2017). Using the Evidence-Based Practice Service Nursing Bundle to Increase Patient Satisfaction. *Journal of emergency nursing*. 2017; 44 (1): 37–45

**Slade D**, Pun J, Murray K A, Eggins S (2018). Benefits of Health Care Communication Training for Nurses Conducting Bedside Handovers: An Australian Hospital Case Study. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2018; 49 (7): 329-336

**Smeulers M**, Lucas C, Vermeulen H (2014). What is the best nursing handover style to ensure continuity of information for hospital patients? *Cochrane Systematic Review - Intervention Version* published: 24 June 2014

**Summers S, Summers H J (Hrsg.) (2014).** Saving lives why the media's portrayal of nurses puts healthcare at risk. Verlag Oxford University Press. 2014

**Tobiano G, Chaboyer W, McMurray A (2013).** Family members' perceptions of the nursing bedside handover. *Journal of Clinical Nursing*. 2013; 22 (1-2): 192-200

**Tobiano G, Whitty J, Bucknall T, Chaboyer W (2017).** Nurses` Perceived Barriers to Bedside Handover and their Implication for clinical Practice. *Worldviews Evidence Based Nursing*. 2017; 14 (5): 343-349

**Wakefield D S, Ragan R, Brandt J, Tregnago M (2012).** Making the Transition to Nursing Bedside Shift Reports. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*. 2012; 38 (6): 243-253

**Vines M M, Dupler A E, Van Son C R, Guido G W (2014).** Improving client and nurse satisfaction through the utilization of bedside report. *Journal of nurses in professional development*. 2014; 30 (4): 166–173

**Webster J, Osborne S, Rickard CM, Marsh N (2019).** Replacing a peripheral venous catheter when clinically indicated versus routine replacement *Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 23 January 2019*

**White-Trevino K, Dearmon V (2018).** Transitioning Nurse Handoff to the Bedside: Engaging Staff and Patients. *Nursing administration quarterly*. 2018; 42 (3): 261–268

**Wojciechowski E, Pearsall T, Murphy P, French E A (2016).** Case Review: Integrating Lewin's Theory with Lean's System Approach for Change. *Online journal of issues in nursing*. 2016; 21 (2): 4

### 9.3 Ausgeschlossene Literatur nach Volltextsichtung

**Cann T, Gardner A (2012).** Change for the better: an innovative model of care delivering positive patient and workforce outcomes. *Collegian*. 2012; 19 (2): 107-113

**Chaboyer W, McMurray A, Wallis M (2010).** Bedside nursing handover: a case study. *International Journal of Nursing Practice*. 2010; 16 (1): 27-34

**Evans D, Grunawait J, McClish D, Wood W, Friese C R (2012).** Bedside Shift-to-Shift Nursing Report: Implementation and Outcomes. *MEDSURG Nursing*. 2012; 21 (5): 281-292

**Hada A, Coyer F, Jack L (2018).** Nursing bedside clinical handover: a pilot study testing a ward-based education intervention to improve patient outcomes. *Journal of the Australasian Rehabilitation Nurses' Association*. 2018; 21 (1): 9-18

**Johnson M, Sanchez P, Zheng C (2016).** The impact of an integrated nursing handover system on nurses' satisfaction and work practices. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25 (1-2): 257-268

**Lin M, Heisler S, Fahey L, McGinnis J, Whiffen T L (2015).** Nurse Knowledge Exchange Plus: Human-Centered Implementation for Spread and Sustainability. *Joint Commision journal on quality and patient safety*. 2015; 41 (7): 303–312

**Liu W, Manias E, Gerdtz M (2012).** Medication communication between nurses and patients during nursing handovers on medical wards: A critical ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*. 2012; 49 (8): 941-952

**Lu S**, Kerr D, McKinlay L (2014). Bedside nursing handover: Patients' opinions. *International Journal of Nursing Practice*. 2014; 20 (5): 451-459

**Mako T**, Svanäng P, Bjerså K (2016). Patients' perceptions of the meaning of good care in surgical care: a grounded theory study. *BMC Nursing*. 2016; 15:47

**Malfait S**, Eeckloo K, Lust E, Van Biesen W, Van Hecke A (2017). Feasibility, appropriateness, meaningfulness and effectiveness of patient participation at bedside shift reporting: mixed-method research protocol. *Journal of Advanced Nursing*. 2017; 73 (2): 482-494

**Manias E**, Geddes F, Watson B, Jones D, Della P (2016). Perspectives of clinical handover processes: a multi-site survey across different health professionals. *Journal of Clinical Nursing*. 2016; 25 (1-2): 80-91

**McMurray A**, Chaboyer W, Wallis M, Fetherston C (2010). Implementing bedside handover: strategies for change management. *Journal of Clinical Nursing*. 2010; 19 (17-18): 2580-2589

**Redley B**, Waugh R (2018). Mixed methods evaluation of a quality improvement and audit tool for nurse-to-nurse bedside clinical handover in ward settings. *Applied Nursing Research*. 2018; 40: 80-89

**Sand-Jecklin K**, Sherman J (2013). Incorporating bedside report into nursing handoff: evaluation of change in practice. *Journal of nursing care quality*. 2013; 28 (2): 186–194

**Spinks J**, Chaboyer W, Bucknall T, Tobiano G, Whitty JA (2015). Patient and nurse preferences for nurse handover-using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol. *British Medical Journal (BMJ) Open*. 2015; 5 (11)

**Street** M, Eustace P, Livingston P M, Craike M J, Kent B, Patterson D (2011). Communication at the bedside to enhance patient care: A survey of nurses' experience and perspective of handover. *International Journal of Nursing Practice*. 2011; 17 (2): 133-140

#### 9.4 Ausgeschlossene Literatur der Handsuche

**Baker** S J, McGowan N (2010). Bedside shift report improves patient safety and nurse accountability. *Journal of Emergency Nursing*. 2010; 36 (4): 355-358

**National Nursing Research Unit** (2012). What are the benefits and challenges of `bedside` nursing handovers?  
<https://www.kcl.ac.uk/nursing/research/nnru/index.aspx>. 2012; 36

#### 9.5 Ergänzende Literatur

Die in diesem Kapitel aufgeführte ergänzende Literatur dient rein der Klärung und Definition von Hintergrundwissen und Grundlagen in Kapitel zwei dieser Arbeit. Außerdem findet sich hier Literatur, die in die Einleitung, sowie den Diskussionsteil eingeflossen ist, um Ergebnisse in einen aktuellen Bezug zu setzen. Die aufgeführte Literatur wurde nicht im Ergebnisteil dieser Bachelorarbeit verwendet.

**AEROIMPULSE** (2019).

Quelle:<https://www.aeroimpulse.de/wissenswertes/human-factors-definition/> (letzte Einsicht: 13.04.2019)

**AEZQ** Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2019). [www.patientensicherheit-online.de](http://www.patientensicherheit-online.de), übersetzt aus: Reason J. Human Error. Cambridge: Cambridge Univ. Pr.; 1990

Quelle: <https://www.aeqz.de/patientensicherheit/fehlertheorie> (letzte Einsicht: 13.04.2019)

**Aktionsbündnis Patientensicherheit** (2018).

Quelle: <https://www.aps-ev.de/glossar/> (letzte Einsicht: 02.04.2019)

**Baua** Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016) (Hrsg.). Gute Stationsorganisation Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen. 2016 (1. Auflage). Bonifatius Druckerei, Paderborn

**Behrens J, Langer G** (Hrsg.) (2010). Evidence-based nursing. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 2010 (3. Auflage). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

**BGW** Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2019). Quelle: <https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPRMedientypen/Wissenschaft-Forschung/Evidenzkategorien-Empfehlungen-Umgebungsuntersuchungen-TB.html> (letzte Einsicht: 09.04.2019)

**Blank A, Zittlau N** (Hrsg.) (2017). Dienstübergabe in der Pflege Einführung und Umsetzung im Team. 2017 (1. Auflage). Springer- Verlag GmbH Deutschland

**Brandenburg H, Panfil E-M, Mayer H, Schrems B** (Hrsg.) (2018). Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung. 2018 (3. Auflage). Hogrefe Verlag Bern

**Braun J** (2017). Schichtwechsel in der Pflege: Neue Prozesse erfolgreich etablieren. Management & Krankenhaus 2017; 6: 8-9

**CareLit**. Quelle: <http://80.151.2.246/extranet/frame.asp> (letzte Einsicht: 04.04.2019)

**DBfK** Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e.V. (2007). ICN Pflegebezogene Patientenergebnisse\_2007. Original 2001, Übersetzung 2007 (letzte Einsicht: 17.04.2019)

**Elm von E, Altmann D G, Egger M, Pocock S J, Gøtzsche P C, Vanderbroucke J P** (2008). Das Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE-) Statement. Leitlinien für das Berichten von Beobachtungsstudien. Internist. 2008, 49:688-693 (letzte Einsicht: 09.04.2019)

**Gutsche S** (2001). Qualitätssicherung. Übergabe am Patientenbett. Die Schwester/ Der Pfleger. 2001; 40 (7):578

**Hannawa A F, Postel S** (Hrsg.) (2018). SACCIA- Sichere Kommunikation. Fünf Kernkompetenzen mit Fallbeispielen aus der Pflegepraxis. 2018. Walter de Gruyter GmbH Berlin/ Boston

**Hessisches Ministerium für Soziales und Integration** (2017). Aktionstag zur Patientensicherheit am 17.09.2017, Thema: Gesundheit. Quelle: <https://soziales.hessen.de/pressearchiv/pressemitteilung/aktionstag-zur-patientensicherheit> (letzte Einsicht: 19.05.2019)

**Hofinger G** (2015). Sichere Kommunikation im Krankenhaus. In: Beiträge zu Patientensicherheit im Krankenhaus. Becker A (Hrsg.). 2015 (1. Auflage). Mediengruppe Oberfranken- Fachverlage GmbH & Co KG, Kulmbach



**Hofinger G** (2012). Sichere Kommunikation im Krankenhaus. In: Klinisches Risikomanagement. Beiträge zur Patientensicherheit. Becker A, Glaser A, Kröll W, Schweppe P, Neuper O (Hrsg.). 2012 (1. Auflage). Neuer Wissenschaftlicher Verlag GmbH Nfg KG, Graz

**Kelm R** (Hrsg.) (2003). Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung in der Pflege. 2003 (2. Auflage). Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

**Koch A** (2003). Die Zufriedenheit aller Beteiligten wird gesteigert: Übergabe am Patientenbett. Pflegezeitschrift. 2003; 56 (2): 117-118

**LIVIVO** Quelle: <https://www.livivo.de/app/misc/help/about> (letzte Einsicht 01.04.2019)

**Ludwig C** (2013). Zufriedene Mitarbeiter gleich zufriedene Patienten. Quelle:<https://www.bibliomed-pflege.de/alle-news/detailansicht/22765-zufriedene-mitarbeiter-gleich-zufriedene-patienten/> (letzte Einsicht 19.05.2019)

**Menche N** (Hrsg.) (2015). Repetitorium Pflege Heute. Kapitel 3.6 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. 2015 (6. Auflage). Urban & Fischer Verlag, Elsevier GmbH München

**Panfil E-M** (2004). Quantitative Methoden–Grundlage für komplexes Handeln? PFLEGE & GESELLSCHAFT. 2004; 9 (2): 47-51

**Panfil E-M** (Hrsg.) (2013). Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende. 2013 (2. Auflage). Verlag Hans Huber, Hogrefe AG Bern

**Pons**

[https://de.pons.com/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign](https://de.pons.com/?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign)

gn=brand\_de&gclid=EAlaIQobChMljK\_ZuYa74QIVC853Ch0-  
dQmZEAAAYASAAEgLy\_PD\_BwE (letzte Einsicht: 17.04.2019)

**Rat der Europäischen Union** (2009). Empfehlung des Rates vom 9. Juni 2009 zur Sicherheit der Patienten unter Einschluss der Prävention und Eindämmung von therapieassoziierten Infektionen  
Quelle: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32009H0703\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32009H0703(01)) (letzte Einsicht: 02.04.2019)

**Rößmann E** (2006). Übergabe am Patientenbett: Ein Praxisprojekt zur Qualitätssicherung. Die Schwester/ der Pfleger. 2006; 45 (2): 108-111

**Rößmann E** (2007). Schwerpunktthema. Praxisbericht. Übergabe am Patientenbett. Pflegen. 2007; (1): 11-14

**Schlenker- Ferth C** (Hrsg.) (1998). Pflegethema: Übergabe mit dem Patienten. 1998. Georg Thieme Verlag, Stuttgart

**SGB V** (2018). Das Fünfte Sozialgesetzbuch- Gesetzliche Krankenversicherung- (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 11.12.2018 (BGBl. I S. 2387) des geändert worden ist

**Stenzel C, Birke M, Thätner K, Wittrock M** (2000). Patientenübergabe am Bett. Die Schwester/ Der Pfleger. 2000; 39 (11): 940-944

**WHO** (World Health Organisation) (2016). Human Factors. Technical Series on Safer Primary Care. 2016. Department of Service Delivery and Safety World Health Organization Geneva Switzerland

**Zacherl V, Smoliner A** (2005). Dienstübergabe. Wichtiges Instrument der Patienten- orientierten Pflege. Procare. 2005 (9): 26-27

## Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

### Abbildungen:

Abbildung 1: Swiss Cheese Model of System Accidents (nach Reason)..22  
AEZQ Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (2019).  
www.patientensicherheit-online.de, übersetzt aus: Reason J.  
Human Error. Cambridge: Cambridge Univ. Pr.; 1990  
Quelle: <https://www.aezq.de/patientensicherheit/fehlertheorie>

Abbildung 2: Evidenzklassen der BGW .....27  
BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und  
Wohlfahrtspflege(2019).Quelle:<https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Grundlagen-Forschung/GPRMedientypen/WissenschaftForschung/Evidenzkategorien-EmpfehlungenUmgebungsuntersuchungen-TB.html>

Abbildung 3: Fließdiagramm zur Ergebnisübersicht.....40  
Eigene Darstellung der Verfasserin

### Tabellen:

Tabelle 1: Suchbegriffe für die Literaturrecherche.....31  
Eigene Darstellung der Verfasserin

Tabelle 2: Darstellung der Suche und Anwendung der Suchbegriffe...36  
Eigene Darstellung der Verfasserin

Tabelle 3: Checkliste angelehnt an das STROBE-Statement.....38  
Eigene Darstellung der Verfasserin

Tabelle 4: Ergebnismatrix.....76-78  
Eigene Darstellung der Verfasserin

**Abkürzungsverzeichnis**

AEZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
AHCPR	Agency for Healthcare Research and Quality
ANOVA	Analysis of Variance
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BHAB	Bedside Handover Attitudes and Behaviors
bzw	beziehungsweise
CINAHL	Recherchetool, Datenbank
CVI	Core Values Index
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DCE	Discrete Choice Experiment
d.h.	das heißt
Dr	Doktor
EBN	Evidence Based Nursing
EBSCO	Name eines Datenbankanbieters
Email	electronic mail
engl.	englisch
et al.	et alii (männlich), et aliae (weiblich) oder et alia (neutral) ist Latein, entspricht deutschem Kürzel u. a. (und andere)
etc	et cetera
EQUATOR	Enhancing the Quality and Transparency Of health Research
HCAPS	Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems
Hrsg.	Herausgeber
IBM	International Business Machines Corporation
ICC	intraclass correlation coefficient
Inc	incorporated
lat.	latein
LIVIVO	The Search Portal for Life Sciences
Matr.-Nr.	Matrikelnummer

---

MedCal	Statistik- und Analyse-Software
MeSH	Medical Subject Headings
Mio.	Million
MMNL	Multinomial-Logit-Modell-Regression
n	Größe der Grundgesamtheit
NHS	National Institute for Health Research
NRW	Nordrhein Westfalen
Nurs	Nursing, Nurses
OP	Operation
OPAC	Online Public Access Catalogue (öffentlich zugänglicher Online-Katalog)
p	Wahrscheinlichkeitswert
Pat	Patient
PCH	person-centered handover
PG	Patient group
PhD	Doctor of Philosophy
Prof.	Professor
PubMed	Meta- Datenbank
RCTs	Randomisierte kontrollierte Studien
S.	Seite
SBAR	Situation, Background, Assessment, Recommendation
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistik- und Analyse-Software
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology
u.a.	und andere
usw	und so weiter
USA	United States of America= Vereinigte Staaten von Amerika
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation= Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel
ZBMed	Zentralbibliothek für Medizin

## **Anhang**

Anhang 1: E-Mail AEZQ

Anhang 2: E-Mail BGW



Sehr geehrte Frau Dörken- Anhuth,  
wir genehmigen Ihnen die Nutzung der Grafik für Ihre Bachelorarbeit, unter korrekter  
Angabe der Quelle (Autor: ÄZQ, [www.patientensicherheit-online.de](http://www.patientensicherheit-online.de), übersetzt aus: Reason  
J. Human Error. Cambridge: Cambridge Univ. Pr.; 1990). Die Genehmigung erfolgt ohne  
Rücksicht auf die Originalrechte. Das Abdruckrecht ist nicht übertragbar. Wir würden uns  
freuen, wenn Sie uns eine elektronische Version Ihrer Arbeit zukommen ließen.  
Für Rückfragen stehen wir Ihnen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen  
i.A.

-----  
Mitarbeiterin Abteilung 2  
Sekretariat

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)  
Gemeinsames Institut von BÄK und KBV  
TiergartenTower, Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin



Sehr geehrte Frau Dörken-Anhuth,

eine Verwendung der Evidenzklassen in Ihrer Bachelorarbeit stellt kein Problem dar. Gerne dürfen Sie die Abbildung für diesen Anlass nutzen.

Mit freundlichen Grüßen

---

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege  
Abteilung Arbeitsmedizin, Gefahrstoffe und Gesundheitswissenschaften  
Bereich Gesundheitswissenschaften  
Pappelallee 33/35/37, 22089 Hamburg

[www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)

## **Erklärung**

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Köln, den 03.06.2019

Nicole Dörken-Anhuth