



Andreas Lauterbach
Dipl.-Päd., RN
An den Hafergärten 9
D-35410 Hungen
a.lauterbach@printernet.info

Was wir bislang zu sagen hatten – Quantitative und Qualitative Inhalts- analyse von Veröffentlichungen am Beispiel Dienstübergaben

Qualitative Untersuchung serieller Reproduktionen

Andreas Lauterbach

Dienstübergaben zählen mit ihrem wiederkehrend stattfindenden Ritual zu den zeitintensivsten Tätigkeiten im Pflegealltag. Nicht selten wird eine Stunde einer Arbeitsschicht hierfür verwandt. Eine Reihe von Forschungsarbeiten beschäftigen sich mit den formalen und arbeitspraktischen Fragen zur Durchführung von Übergaben. In einer offenen Literaturanalyse lassen sich mehr als 3000 nationale und internationale Beiträge zur Thematik finden – welche sind wirklich wichtig? Diese Arbeit stellt anhand der Thematik eine Methode vor, wie umfangreiche Publikationen mit hoher Qualität und Reliabilität aufgearbeitet werden können.

Literatur – Quantitative und Qualitative Inhaltsanalyse Forschungsmethodik

Eine zentrale Rolle bei qualitativen und insbesondere bei evidenzbasierten Forschungsarbeiten kommt die Fragestellung nach dem aktuellen Stand der Forschung zu. Es gibt zahlreiche Berichte über die bislang noch dünne Literaturlage im deutschsprachigen Raum – was überwiegend mit der Struktur der Wissenschaftsdisziplin Pflege begründet wird. Ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma wird in der Verwendung englischsprachiger Beiträge gesehen. Zum einen wird dadurch ein Forschungsfeld erschlossen, das über eine langjährige Forschungstradition verfügt, zum anderen wird dadurch der Effekt der Verzerrung durch Faktoren wie language bias vermieden.

Auch stellt sich aus verschiedenen Gründen (hinsichtlich der Qualität qualitativer Forschung oder der Qualität der im deutschsprachigen Raum veröffentlichter Beiträge) die Frage nach der Beurteilung der Relevanz hinsichtlich der Evidenz der Beiträge. Die Anwendung eines Konzeptes, das die Evidenz und wissenschaftliche Qualität veröffentlichter Beiträge bereits im Vorfeld der eigentlichen Literaturanalyse beurteilt, bietet einige Vorteile: Einerseits trägt dieses Verfahren zur Qualität qualitativer Forschung bei (vgl. Grunenberg, 2001), andererseits bietet es erweiterte Instrumente zur Beurteilung der Qualität veröffentlichter Beiträge – was insbesondere für Beiträge aus dem deutschsprachigen Raum, in dem noch keine langjährige wissenschaftliche Publikationskultur existiert, eine wichtige Rolle spielt (Burns, 2005). Bereits Panfil (2005) weist zu Recht darauf hin, dass eine evidenzbasierte Forschungsmethodik nicht nur für Interventionen im Pflegebereich, sondern gleichermaßen für alle Aspekte des pflegerischen Forschungsprozesses und alle Forschungsmethodologien geeignet ist. Evidenzbasierung beinhaltet (vgl. Schlömer, 2000) als methodisches Vorgehen fünf Schritte:

- Die Reflexion des eigenen Kompetenz- bzw. Handlungsbereichs
- Die Formulierung einer präzisen Fragestellung
- Literaturrecherche
- systematische, kritische Beurteilung der gefundenen Ergebnisse
- Evaluation des gewählten Vorgehens

Zunächst hat also eine Auseinandersetzung mit dem Kompetenz- und Handlungsbereich Priorität, was die Frage einschließt, inwieweit die Fragestellung ein pflegerisches Problem

Schlüsselwörter

Übergabe

Literatur

Analyse

Qualitative Forschung

Seite 337-349

Eingereicht am: 22.04.2008
Akzeptiert am: 30.04.2008

Title

What We had to Say so far – Quantitative and Qualitative Content Analysis of Publications by the Example of Nursing Handovers

Qualitative Examination of Serial Reproductions

Abstract

With their recurring rituals nursing handovers count among the most time-consuming activities in the daily nursing practice. Quite frequently it takes a whole work shift's hour to complete them. A number of research works deal with the formal and practical questions on the performance of nursing handovers. An open literature analysis results in over 3.000 national and international contributions on this issue – but which of them are of real importance? By the example of nursing handovers this paper introduces a method to analyse ample publications with the assurance of high quality and reliability.

Keywords

Nursing handover
Literature
Analysis
Qualitative research

darstellt, also in den Handlungs- und Kompetenzbereich der Disziplin fällt. Dies schließt die Frage ein, unter welchem Focus die Thematik behandelt und untersucht werden soll. Die Thematik der „Übergabe“ ließe sich beispielsweise unter so verschiedenen Foci wie „Linguistische Analyse der sprachlichen Phänomene von Übergaben“ oder „cineastische Betrachtung von Schichtwechselln in Soap-operas amerikanischer Krankenhausserien“ betrachten. Beides sind (jenseits der Frage nach der wissenschaftlichen Relevanz) aber keine pflegerelevanten Handlungsbereiche, diese erschließen sich erst, wenn Fragestellung und Methodik entsprechend definiert sind.

Der Literaturanalyse kommt – wie eingangs erwähnt – bei evidenzbasierten Arbeiten (aber auch bei qualitativen Forschungsarbeiten im Allgemeinen) eine sehr wichtige Rolle zu. Es existieren eine Reihe von Instrumenten um die wissenschaftliche Qualität von Quellen zu beurteilen (u.a. Evidenzlevel der ÄZQ, 45 Levels of organisation of evidence from research); werden diese Kriterien auf deutschsprachige Publikationen (insbesondere an solche aus der Zeit vor 1995) angelegt, reduziert sich die Zahl verwertbarer Publikationen themenunabhängig auf „null“. Dies ist nicht im Sinne einer qualitativen „grounded“-Forschung, so dass in zahlreichen Arbeiten auch Beiträge, die allenfalls Evidenz im Sinne einer „wissenschaftlichen Belegbarkeit“ (z. B. Standards, Guidelines) aufweisen, herangezogen werden.

Die gefundenen Ergebnisse müssen dann einer systematischen und kritischen Beurteilung unterzogen werden. Abweichend von der üblichen EBN-Methodik des critical appraisal (d.h. der Untersuchung hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit), anschließender Untersuchung hinsichtlich vorhandener Mängel wird in dieser Arbeit ein modifiziertes Verfahren der quantitativen und qualitativen Inhaltsanalyse des Textmaterials vorgenommen. Es bietet den Vorteil, die Landschaft einer Thematik ausführlich kartieren zu können. Gegenüber dem herkömmlichen Verfahren der Literatursichtung bietet das regelgeleitete inhaltsanalytische Verfahren die Vorteile in einem

„(...) Zugewinn an interner Validität, in einer erhöhten Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Analyse“ (Kuckartz, U. 1999, S. 265).

Der Forschungsprozess wird in dieser Arbeit komplett über ein Programm zur qualitativen Datenanalyse (QDA-Software) abgewickelt. Zum Einsatz kommt hier MAXqda (Version 2/2006). Diese Software bietet eine Reihe von Funktionen, die den Forschungsprozess vereinfachen und eine höhere interne Validität garantieren, u.a.: ein komplettes Datenmanagement, kategorienbasierte Erschließung des Textmaterials, Interaktive Entwicklung eines Kategoriensystems, „living documents“ mit Memos und Auswertungsmöglichkeiten, Datenexploration, Retrievals, Schnittstelle zu SPSS und vieles mehr. QDA-Software bietet mit ihren Funktionen mittlerweile ein eigenes Repertoire an Methoden und stellt eine eigene Forschungsmethodik dar (Kuckartz, Grunenberg, Lauterbach, 2004).

Die quantitativen Auswertungen erfolgen mit SPSS 11.0, zu der MAXqda eine Schnittstelle besitzt. Die Auswertungen beschränken sich auf Grund des Materials auf einfache statistische Methoden (wie Häufigkeiten). Korrelative Verfahren bieten sich nicht an. Die Visualisierung des Materials erfolgt mit Excel XP. Diese Daten können von MAXqda als CSV-Dateien importiert werden. Die Visualisierung von Interview-Maps erfolgt mit MAXmaps, einem Zusatzmodul von MAXqda.

Methode

Auf der Basis der beschriebenen Fragestellung fand zunächst eine Literaturrecherche relevanter Literatur statt. Als pflegerelevant werden dabei üblicherweise die Datenbanken CINAHL¹, Cochrane Library², MEDLINE³ sowie deutschsprachige Datenbanken und Recherchedienste⁴ herangezogen. Die Thematik Übergabe ist nicht nur eine Besonderheit der deutschen Pflege, als dass diese Form der Informationsweitergabe in vielen Ländern ohnehin nicht mehr üblich ist, sondern auch dahingehend dass die Form der Übergabe, die in Deutschland üblicherweise praktiziert wird, sich von Übergaben (z. B. in Australien) erheblich unterscheidet. Aus diesem Grund ist eine Literaturrecherche in speziellen Datenbanken, die zusätzlich ausschließlich deutschsprachige Publikationen abdecken, zwingend. Hierzu wurden Recherchen in den Datenbanken CareLit⁵ sowie der Zentralbibliothek Köln (ZB MED)⁶ durchgeführt⁷. Tabelle 1 zeigt die verwendeten Suchbegriffe:

Deutschsprachige Suchbegriffe	Englischsprachige Suchbegriffe
Übergabe AND ⁸ Pflege (46 Hits)	Oral shift AND Nursing (1344 Hits)
Dienstübergabe AND Pflege (16 Hits)	Handover AND Nursing (1538 Hits)
Informationsweitergabe AND Pflege (13 Hits)	Nursing shift (1546 Hits)
Pflegevisite (662 Hits)	Handover (138 Hits)
Kommunikation AND Pflege (1316 Hits)	

Tab.1: Suchstichworte für die Literaturrecherche in Datenbanken

Auf Grund der hohen Trefferzahl erfolgte zunächst eine Vorauswahl der zu verwendenden Literatur auf Basis einer quantitativen Inhaltsanalyse der gefundenen Abstracts. Dieses Verfahren wurde u.a. in der soziologischen Forschung eingesetzt, um Kongressabstracts hinsichtlich Forschungstrends auszuwerten⁹ und bietet die Möglichkeit, große Textmengen rationell hinsichtlich ihrer Trends und quantitativer Rahmenbedingungen zu untersuchen. Das Verfahren erlaubt nur sehr bedingt, inhaltliche Aussagen zu treffen und ersetzt nicht hermeneutische oder inhaltsanalytische Verfahren.

Über das Codiertool maxdictio der Software maxQDA¹⁰ wurden die häufigsten Begriffe ermittelt, die im Zusammenhang mit der Thematik genannt werden. Das Verfahren kann wie folgt beschrieben werden: Nach Entfernung aller nicht-sintragenden Wörter aus den Abstracts werden die verbliebenen Begriffe (Fachtermini) zu Kategorien geclustert. Diese Kategoriecluster benennen in grober Form die zentralen Inhalte der Abstracts. Tabelle 2 zeigt die entsprechenden Kategoriecluster. Der Vorteil dieser Methode liegt u.a. darin, dass sie auf relevante Begriffe hinweist, die bei der bisherigen Datenbankanalyse unberücksichtigt blieben und somit neue – vielleicht unerwartete – Suchstichworte generiert. Das Verfahren läuft halbautomatisch ab und kann in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum realisiert werden.

Auf der Basis dieser Clusterbegriffe erfolgte eine erneute Literaturanalyse in den o.g. Datenbanken¹¹ und die Auswahl der relevanten Literatur zur Thematik „Übergabe“.

Kategorie	Clusterbegriffe
Form der Übergabe	Bedside; Pflegevisite; report; Pflegeübergabe; Dienstbesprechung
Beteiligte Personen	patienten* ¹² ; patient*; staff; pflegende*; pflegepersonen*
Institutionelle Merkmale	Shift; ward; team; work; station*; krankenhaus; arbeit*
Effekte	Störungen; Critical; Qualität*; Zeit; Pflegeplanung; Pflegedokumentation; *zufriedenheit

Tab. 2: Kategoriecluster wichtiger Begriffe. Schlüsselwörter mit hoher Relevanz, die bislang bei der Literatursuche unberücksichtigt blieben sind fett gedruckt

Eine derartige quantitative Inhaltsanalyse quantifiziert also Wortmaterial hinsichtlich bestimmter Aspekte. Sie erfasst einzelne Merkmale von Texten, indem sie Textstellen in Kategorien, die Operationalisierungen der interessanten Merkmale darstellen, einordnet. Die Häufigkeiten in den einzelnen Kategorien geben Auskunft über die Merkmalsausprägungen des untersuchten Textes. Die Methode unterteilt Texte in kleine untersuchbare Einheiten (Wörter, Themen, Codes) und liefert Ergebnisse die wiederholbar und messbar sind (Brown, o. J.). In Anlehnung an die Untersuchungen von Zipf (Zipf, 1935) ist davon auszugehen, dass diejenigen Ausdrücke, die in einem Text häufig vorkommen, auch eine hohe Relevanz für das Thema haben. Das Verfahren bietet damit die Möglichkeit, neue Begriffe zu identifizieren, die eine hohe thematische Relevanz haben und bislang in der Recherche nicht ausreichend berücksichtigt wurden.

In der einfachsten Form der quantitativen Textanalyse wird die Häufigkeit der einzelnen Wörter ermittelt, um daraus Schlussfolgerungen auf den Inhalt zu ziehen. In einer erweiterten Form, die hier zum Einsatz kommt, werden zunächst Begriffscluster gebildet, die für einen übergeordneten Sachzusammenhang stehen. Diesen Clustern werden dann relevante Schlüsselwörter zugeordnet, die den Cluster umfassend beschreiben (vgl. Brown, ebd.). Das Verfahren lehnt sich methodisch an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring an (Mayring, 1990, 2000), indem zunächst Schlüsselkategorien induktiv gebildet und die Kategorien direkt aus dem Material generiert werden. Das Vorgehen ist in zahlreichen Studien beschrieben und angewandt worden (vgl. Kuckartz/Grunenberg/Lauterbach, 2004). Dabei stehen somit folgende Schwerpunkte im Vordergrund der Methodik:

- **Der offenkundige Inhalt des Dokuments.** Dies umfasst Phänomene wie die Häufigkeit von Wörtern oder Frequenzen von Wörtern (z. B. Häufigkeit des Begriffs „Übergabe“)
- **Der „latente Inhalt“ eines Dokuments.** Dies umfasst die Codierung und Auszählung von bestimmten Merkmalen eines Textes (z. B. Häufigkeit des Codes „Qualität“ mit eventuellen Subcodes, z. B. Güte, Qualitätssicherung etc.)
- **Die „inhaltliche Tendenz“ eines Dokumentes.** Dies umfasst die Codierung und Auszählung von inhaltlichen Merkmalen eines Textes (z. B. den Evidenzgrad eines Textes)

Die Subjektivität der Auswertungsmethode nimmt von Punkt 1 nach Punkt 3 stetig zu.

Ergebnisse

Quantitative Inhaltsanalyse

Zunächst wurde untersucht, welchen Verlauf die Beschäftigung mit dem Thema unter dem Aspekt *Methodik/Qualität der wissenschaftlichen Bearbeitung* genommen hat. Diese Fragestellung ist deshalb relevant, weil für das Feld zu erwarten war, dass bislang Literatur mit überwiegend geringem wissenschaftlichen Niveau und hohem Praxisbezug erschienen ist. Die Quantifizierung dieses Phänomens ist deshalb von hohem Interesse.

Es zeigten sich folgende Ergebnisse:

- **Keine erkennbare Methodik:** Bei einem überwiegenden Teil der Beiträge ist (zumindest nicht ohne weitere Recherche) erkennbar, welche Methodik (und ob überhaupt eine wissenschaftliche Methodik) zum Einsatz kam. Dies liegt einerseits daran, dass die Abstracts zum Teil nur sehr allgemein gehaltene Angaben zum Inhalt machen oder dass offensichtlich nach einer Methode vorgegangen wurde, die sich an der Berufspraxis orientiert, nicht aber eine genuin epistemologische ist. Diese Beiträge machen seit Mitte der 90er Jahre den überwiegenden Teil der Beiträge aus
- **Erfahrungsberichte:** Diese Beiträge sind explizite Beiträge aus der Praxis für die Praxis und stellen häufig Projektberichte von Kliniken, Stationen oder Einzelpersonen dar. Nicht immer ist erkennbar, ob Projekte oder Fachartikel einen Bezug zu einem wissenschaftlichen Modell, zu einem Standard/Konzept oder Forschungsprojekt haben. Diese Beiträge leisten aber häufig einen guten Beitrag zur Diskussion – stellen sie doch einen Spiegel der Situation dar, wie sie in der Praxis empfunden wird. Für den qualitativen Forscher sind sie also eine wertvolle Datenquelle
- **Quantitative Forschungsprojekte:** Diese machen nur einen geringen Teil der veröffentlichten Beiträge aus. Erwartungsgemäß nimmt die Zahl dieser Arbeiten erst in jüngster Zeit zu. Interessanterweise ist die Zahl der quantitativen Studien höher als die der qualitativen Arbeiten, was aber im wesentlichen darauf zurückzuführen ist, dass sie mit Zahlen arbeiten, die nicht ausschließlich erhoben wurden, um übergaberelevante Themen zu bearbeiten (z. B. NEXT-Studie).
- **Qualitative Forschungsprojekte:** Bislang sind qualitative Forschungsprojekte zur Übergabethematik eher die Ausnahme. Lediglich ein Forschungsartikel konnte identifiziert werden – insofern erstaunlich, als dass sich qualitative Forschungsmethoden besonders eignen, um ein Forschungsfeld zugänglich zu machen.
- **Meta-Studien/Übersichtsarbeiten:** Arbeiten, die im Stil eines Reviews bisherige Erkenntnisse zusammenfassen, sind bislang nicht erschienen.

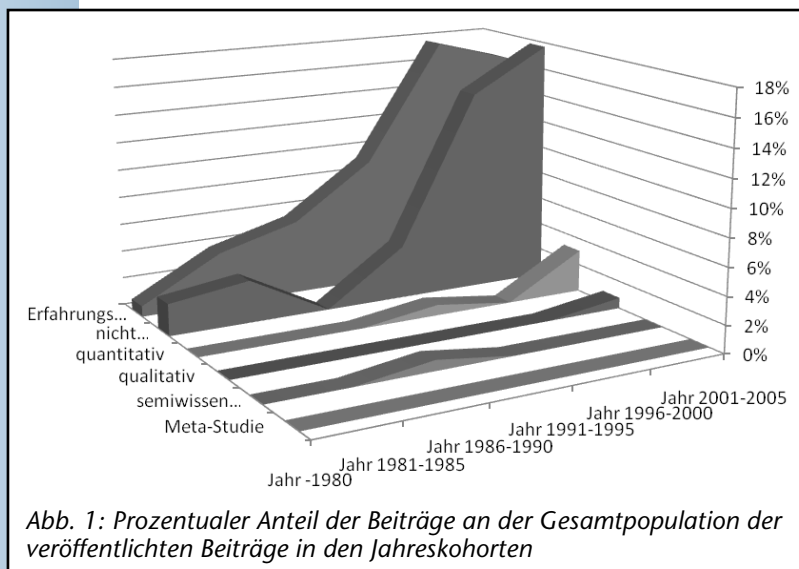


Abb. 1: Prozentualer Anteil der Beiträge an der Gesamtpopulation der veröffentlichten Beiträge in den Jahreskohorten

In den englischen Beiträgen stehen eher die Begriffe im Vordergrund der Publikationen, die das Wesen der Übergabe tatsächlich ausmachen: Pflegende, Patienten, Übergabe, Pflegepraxis und Kommunikation – entsprechend spiegeln die Beiträge die Praxis der täglichen Pflege wieder. Es fällt auf, dass über die Form der Übergabe vergleichsweise wenig publiziert wird – „bedside“ ist ein Begriff, der gerade einmal in 0.1% der Publikationen überhaupt auftaucht, während das Kernelement der Übergabe – die Kommunikation – unter den fünf relevantesten Begriffen auftaucht.

In den deutschen Beiträgen stellt sich die Situation völlig anders dar: Es fällt sofort auf, dass im Zentrum der Diskussion nicht Pflegende, Patienten, Praxis oder Kommunikation stehen, sondern eine besondere Übergabeform, die hier zu Lande nicht einmal 40% der Kliniken überhaupt praktizieren: Die Pflegevisite. Die ersten Beiträge zu dieser Thematik tauchen 1981 im deutschen Sprachraum (noch unter dem Begriff Schwesternvisite) auf und stellen die therapeutischen und menschlichen Beziehungen, die diese Form ermöglicht in den Vordergrund – in einigen Beiträgen wird dieser Übergabeform gar bescheinigt, sie erlaube die Abkehr vom Materialismus und kapitalistischen Strukturen in der Medizin (Weise, 1981). Relativ bald taucht aber die Aussage auf, die Pflegevisite diene der Qualitätssicherung in der Pflege

– eine argumentatorische Grundstruktur, an die sich fortan nahezu alle Beiträge zu dieser Thematik halten. Die quantitative Auswertung der Beiträge weist auf ein Junktim zwischen Pflegevisite und Qualitätssicherung im deutschsprachigen Raum hin – eine Diskussion, die in dieser Form im englischen Sprachraum eher zweitrangig behandelt wird.

Interessanterweise tauchen in den deutschen Abstracts die Begriffe „Information*“ (Platz 399) und „Kommunikation“ (Platz 171) in der Liste der häufigen Begriffe so weit hinten auf, dass man zunächst davon ausgehen muss, dass diese zentralen Anliegen der Übergabe in der deutschsprachigen Literatur so wenig Beachtung finden, dass sie schon kaum mehr eine Rolle spielen.

Englische Fachbeiträge	Deutsche Fachbeiträge
Nurs* (nurses, nursing) – 231	Pflegevisite – 333
Handover – 114	Pflege – 166
Patient – 100	Patient – 100
Practice – 85	Übergabe – 88
Communication – 25	Qualitätssicherung – 70

Tab. 3: Häufigkeit der Nennung von Fachbegriffen. Es wurde eine Gewichtung der Werte vorgenommen – (Patient = 100)

Argumentationslinien

Das Textmaterial wurde daraufhin einer quantitativen Inhaltsanalyse unter der Fragestellung unterzogen, welche leitenden Argumentationslinien sich zu welchem Zeitpunkt finden lassen. Forschung, Publikation und Sichtweise von Autoren unterliegt zu jedem Zeitpunkt (mitunter dem Autor nicht bewussten) Forschungs- oder Denkströmungen. Diese sind die Summe aller bisher zu einer Thematik gemachten Annahmen und bekannten Sachverhalte, womit es sich auf Forschende und Praktiker dahingehend auswirkt, dass sich Wahrnehmung und Annahmen diesen unterordnen. Abweichende Erkenntnisse werden als Ausnahmen oder Fehler definiert. Es gibt also keinen falsifikatorischen Ansatz; die Denkströmung wird erst dann revidiert, wenn sie durch eine andere ersetzt werden kann, die dann mitunter eine völlig neue, widersprüchliche – inkommensurable – Sichtweise hervorbringt¹³ (vgl. Kuhn, 2000).

Die Thematik „Übergabe“ lässt mehrere dieser Brüche erkennen. Bereits bei einer ersten Sichtung des Materials zeigt sich der gesellschaftliche, sozialwissenschaftliche und berufspraktische Einfluss auf die Hauptargumentationslinien. Die Abbildung fasst die zentralen Forschungsparadigmen zusammen. Zunächst wurde ein Kategorienschema der erkennbaren Argumentationslinien gebildet. Die Codes der Paradigmen stehen für die Hauptargumentationslinien, denen sich Beiträge im Allgemeinen unterordnen. Solche Paradigmen erschließen sich häufig bereits nach kurzer hermeneutischer Analyse des Textmaterials, wenn sie nicht ohnehin schon aus Titel/Abstract erkennbar sind:

- In den Veröffentlichungen zwischen 1950 und 1970 wird hinsichtlich der Übergabe vorwiegend die Thematik „Schweigepflicht“ angesprochen. Das zu Grunde liegende Paradigma lässt sich unter dem Leitgedanken „Tue Gutes und rede nicht darüber/Überlasse das Reden dem Arzt“ zusammenfassen. Dieses Paradigma wird weiter unten unter dem Stichwort „an sich selbst zu denken ist schlechte Gewohnheit“ angesprochen. Beiträge aus dieser Zeit sind u.a. titulierte mit „Über die Schweigepflicht“; „Besprechung der Oberin mit dem Arzt“ etc.
- Es wird ab 1970 abgelöst vom Paradigma „Übergaben sind eine zentrale Tätigkeit der Pflege“¹⁴. Im Zentrum der Diskussion steht fast zehn Jahre lang die Frage nach der Durchführung der Übergabe, nach dem Sinn und Zweck von Übergaben sowie dem Verhältnis zu anderen Berufsgruppen, denen bislang ein „Informationsmonopol“ zugeschrieben wurde, vorwiegend den Ärzten. Beiträge aus der Zeit von 1970 bis 1980 beschäftigen sich vorwiegend mit Themen wie „Delegation ärztlicher Tätigkeiten und Informationsweitergabe“ oder „Sinn und Zweck einer Besprechung im Pflegedienst“
- Ab 1985 setzt eine Pluralisierung der Diskussion ein: Erste Beiträge beschäftigen sich mit der Qualität der Übergabe und suchen nach Alternativen zur Übergabe im Dienstzimmer. Die „Schwesternvisite“ wird entdeckt (1981). Rasch an Bedeutung gewinnen die Themen „Inhalte der Übergabe“ sowie „Störungen und Organisation der Übergabe“. Die zu Grunde liegende Denkströmung der Zeit von 1985 bis etwa 1995 lautet: „Klärung von Form, Funktion und Inhalten der Übergabe“. Beiträge aus der Zeit von 1985-1995 befassen sich u.a. mit den Themen „Die Stationsversammlung als Alltagsschule“, „Dienstliche Besprechungen nutzbringender gestalten“ oder „Probleme bei der Übergabe aus dem Krankenhaus“

- Ab 1995 setzt die vierte und bislang letzte Denkströmung ein: Mehr und mehr rücken die Aspekte „Qualitätsdiskussion“, „Pflegevisite“ (unter dem Aspekt eines Instruments zur Sicherung der Pflegequalität) und Kostensenkung ins Blickfeld der Diskussion. 2005 machen diese Beiträge den überwiegenden Teil der Fachartikel aus. Das Paradigma dieses Zeitabschnitts lautet: „Qualität sichern und Kosten sparen“.

Diese paradigmatische Genese von Argumentationslinien ist in Abbildung 1 dargestellt. In ihr wurden mehrere Informationen zusammengefasst:

Die Linie V_N visualisiert die Anzahl der Veröffentlichungen zur Thematik von 1950 bis 2006. Es zeigt sich deutlich, dass mit der beginnenden Professionalisierung und Akademisierung ab 1990 die Anzahl der Beiträge zur Thematik stark zunimmt¹⁵. Während 1950 im Durchschnitt nur ein Beitrag/Jahr erschien, steigt die Zahl 2005 auf zehn Beiträge an, d.h. beinahe monatlich erscheint ein Beitrag zur Thematik. Die Balken zeigen den Zeitraum, in der die entsprechende Thematik schwerpunktmäßig diskutiert wird. Einzelne Ausreißer¹⁶ wurden hierbei nicht berücksichtigt. In die Balken eingeblenet finden sich die relativen Häufigkeiten der Beiträge zur entsprechenden Thematik¹⁷. Folgende Hauptthesen lassen sich isolieren:

1. **Pflegevisite:** Das Thema Pflegevisite taucht in der Diskussion erstmalig 1981 auf und erlebt seinen Höhepunkt 1999. Seitdem ist die Anzahl der Publikationen hierzu wieder leicht rückläufig.
2. **Qualitätsdebatte:** Erste Beiträge zur „Güte“ von Übergaben sind in den 70er Jahren auszumachen. Mit der voranschreitenden Qualitätsdiskussion außerhalb der Disziplin „Pflege“ gewinnt die Thematik auch im Zusammenhang mit Übergaben an Gewicht. Die Relevanz dieses Themas ist noch im Steigen begriffen – kein aktueller Beitrag zu Übergaben oder Pflegevisiten verzichtet heute mehr auf den Bezug zur Qualitätsthematik.
3. **Durchführung der Übergabe:** Diese Thematik steht seit den 80er Jahren immer wieder im Zentrum der Debatte – wenn auch unter verschiedenen Vorzeichen (z. B. mit dem Schwerpunkt Teambildung, Supervision, EDV-basierte Übergabe etc.). Die Anzahl der Veröffentlichungen ist allerdings leicht rückläufig.
4. **Störungen:** Diese Thematik spielte in der Diskussion lange eine wichtige Rolle. Als Auslöser darf hier der Grundlagenbeitrag von Witzemberger/Trill/Fuhrmann (1987) gesehen werden, die sich in einer empirischen Studie (mit hoher Qualität) mit diesem Thema auseinandergesetzt haben. In den letzten Jahren hat das Interesse daran aber wieder abgenommen.
5. **Schweigepflicht:** Noch in den 50er Jahren war diese Thematik das zentrale Paradigma der Übergabeliteratur. Es verliert mit dem „sozialpädagogischen Zeitalter“ ab ca. 1970 komplett seine Bedeutung. Erst in jüngster Zeit wird die Schweigepflichtsproblematik wieder zunehmend diskutiert – im Rahmen der Pflegevisite.
6. **Inhalte der Übergabe:** Im Zeitraum zwischen 1990-2000 stand diese Thematik häufig im Focus der Diskussion. Zentrum der Auseinandersetzung war die Frage, welche Inhalte und Schwerpunkte in der Übergabe gesetzt werden sollten. In jüngster Zeit spielt diese Frage (obwohl nicht abschließend geklärt) keine erkennbare Rolle mehr.
7. **Kostensenkung:** Mit der Einführung der DRGs spielt dieser Aspekt (gemeinsam mit der Qualitätsdebatte) die zentrale Rolle in den Publikationen – Tendenz nach wie vor steigend.

Qualitative Inhaltsanalyse

Für die qualitative Inhaltsanalyse wurden 27 deutschsprachige sowie zwölf englischsprachige Volltexte herangezogen. Die Auswahl erfolgte auf Basis der oben beschriebenen Kategorien und Paradigmen, und hob auf eine möglichst große „Fallkontrastierung“ ab, d.h. jedes der Paradigmen und jede der Kategorien sollte mit einem repräsentativen Beitrag vertreten sein, um die Breite des Feldes abzudecken. Darüber hinaus kamen 383 Abstracts sowie 257 Webseiten im Volltext zur Analyse. Sieben deutsche und vier englische Volltexte konnten in die QDA-Software nicht einbezogen werden, da sie entweder nur in schlechter Qualität vorlagen (insbesondere ältere Texte und Texte, die über Literaturdienste bestellt werden mussten) oder nicht für OCR-Software geeignet waren (z. B. lagen die deutschen Texte aus dem Zeitraum vor 1960 nur in Frakturschrift vor). Diese Beiträge wurden manuell¹⁸ in den Auswertungsprozess eingebunden. Ebenso wurde mit zwei Buchveröffentlichungen verfahren, die sich der Thematik ausführlich widmen.

Überblick

Insbesondere im englischsprachigen Raum hat es zu dieser Thematik in den letzten 15 Jahren umfangreiche Forschungen zur Übergabequalität gegeben (z. B. Mathews 1986, Liukkonen 1993, McKenna, 1997), einschließlich umfangreicher Empfehlungen für die Durchführung und Struktur der Übergaben (Smith 1986, Miller 1998). So wurde unter anderem kritisiert,

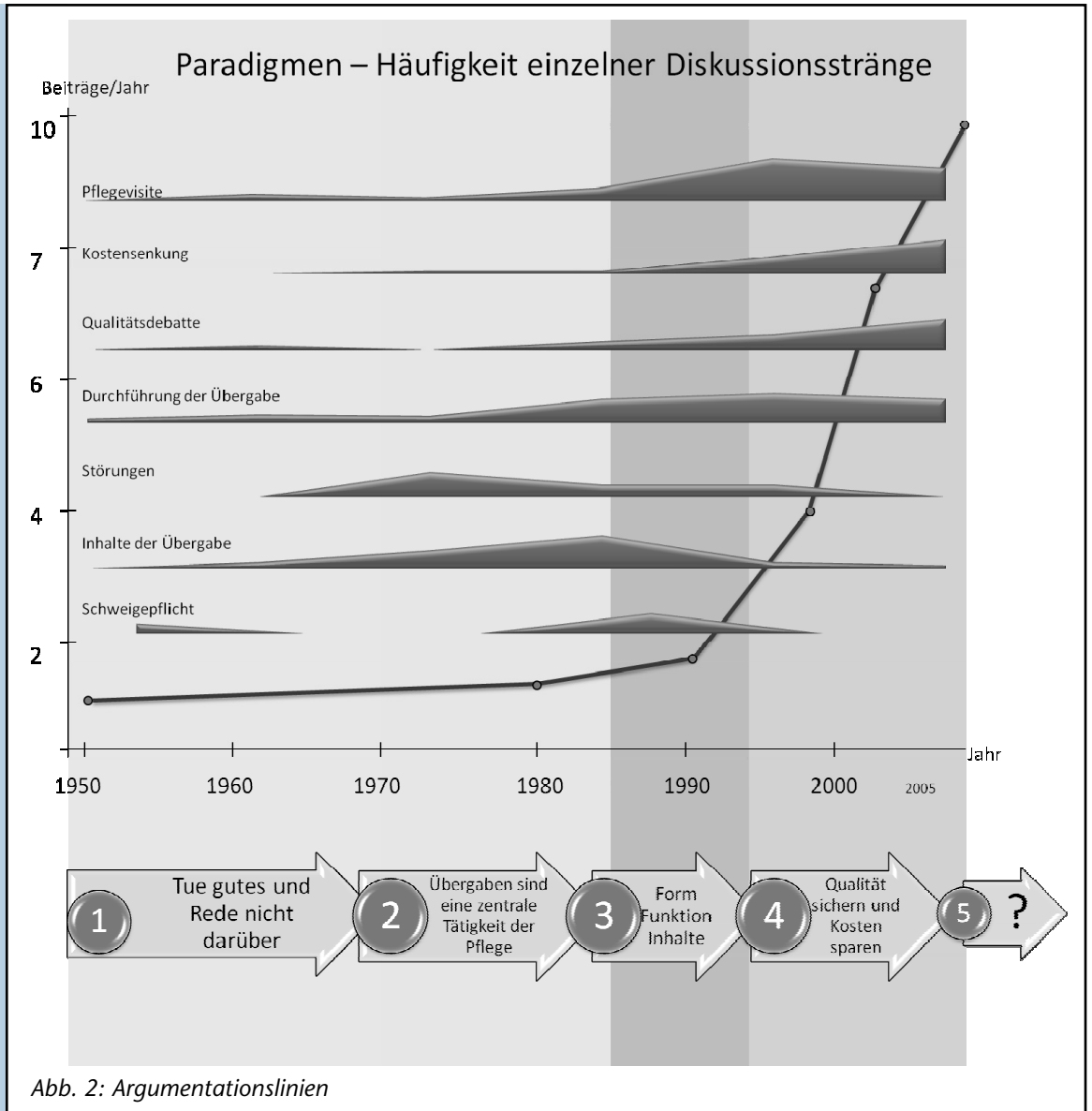


Abb. 2: Argumentationslinien

der Übergabeprozess sei in erster Linie zeitintensiv (McKenna 1997), ohne dass zusätzliche Informationen transportiert würden (Sexton et al. 2004), was unter dem Aspekt, dass während der Übergabe möglicherweise keine ausreichende Betreuung der Patienten stattfindet, besonders problematisch zu werten ist.

Auch im deutschsprachigen Raum beziehen sich eine Reihe von Untersuchungen auf die Frage, welche Inhalte weitergeben werden: Weindel und Trampert (1995) und Kellnhäuser (1995) legen deutlichen Wert auf medizinische Informationen. Demgegenüber legen Lingenberg und Reimann (1995) den Fokus auf pflegerrelevante Informationen. Scholten et al (1995) beispielsweise fordern eine ganzheitliche Information über den Patienten, die die Bereiche Körper, Geist, Seele und soziale Faktoren umfassen sollen.

Jenseits dieser theoretischen Überlegungen zeigen die Untersuchungen von Ekman und Segesten 1995, Scholten et al 1995, Weindel und Trampert 1995, dass medizinische Informationen im Vordergrund der Übergabe stehen, während für pflegerisch relevante Informationen nur sehr wenig Platz bleibt. Hinzu kommt, dass im medizinischen Bereich sehr viele quantitative Daten übermittelt werden, bei denen eine mündliche Übermittlung sehr unsicher und mit hohen Informationsverlusten verbunden ist. Baldwin und McGinnis (1994) berichten davon, dass in Übergaben häufig langatmige (auch private) Berichte eine wichtige Rolle spielen und Sexton et al. (2004) konnten in ihrer qualitativen Studie zeigen, dass lediglich ein Bruchteil der berichteten Informationen (6%) während der mündlichen Übergabe nicht in anderer Form zugänglich gewesen wäre. Ein möglicher Ausweg aus diesem Dilemma wird im deutschsprachigen Raum darin gesehen, Dienstübergaben nicht in einem separaten Raum, sondern am Point-of-Care, dem Pflegebett durchzuführen; entsprechend häufig sind die Veröffentlichungen zum Thema Pflegevisite. McKenna (1997) hat hierzu eine Literaturstudie durchgeführt, konnte allerdings keine Belege dafür finden, dass diese Form (oder eine andere) zu einer qualitativ höherwertigeren Übergabeform führen würde – dies sei nur durch schriftliche Guidelines zur Durchführung einer Übergabe zu erreichen. Letztendlich belegt diese Studie aber auch, dass zusätzliche Forschung dringend notwendig ist. Denn die

Anmerkungen

- ¹ <http://www.cinahl.com>
- ² <http://www.thecochranelibrary.com/>
- ³ <http://www.nlm.nih.gov>
- ⁴ <http://www.dimdi.de>
- ⁵ <http://www.lisk.de>
- ⁶ <http://www.medpilot.de>
- ⁷ Einige Recherchedienste bieten mittlerweile die komfortable Möglichkeit (u.a. CINAHL, CareLit und ZB MED), die gefundenen Fachartikel im Volltext zu bestellen.
- ⁸ Verschiedene Datenbanken nutzen unterschiedliche syntaktische Verfahren, nach denen Stichworte verknüpft werden. Einige Systeme verknüpfen serielle Stichwortketten automatisch mit dem „UND“-Operator, während andere einen „ODER“-Operator verwenden. Diese Tabelle gibt deshalb nur die logische Suchstrategie wider, nicht aber die individuellen Suchalgorithmen.
- ⁹ Vgl. Rational choice theory and quantitative analysis. A comment on Goldthorpe's sociological alliance (im Internet: <http://es.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/16/1/1>)
- ¹⁰ Vgl.: <http://www.maxqda.de>
- ¹¹ Dieses Verfahren ließe sich iterativ fortführen, wurde aber aus forschungspraktischen Gründen nicht mehrfach wiederholt.
- ¹² Der Wildcard * steht für beliebige folgende Zeichenketten. „Patienten*“ findet beispielsweise die Begriffe „Patientenorientierung“ aber auch „Patientenstamm“
- ¹³ Während Kuhns Paradigmenbegriff in der Wissenschaftstheorie allgemein akzeptiert ist, ist die Inkommensurabilitätshypothese umstritten, denn wenn Paradigmen inkommensurabel sind, können sie auch erst gar nicht in einer Konkurrenzsituation miteinander stehen. Der Grundgedanke, nämlich dass aufeinander folgende Paradigmen widersprüchliche Forschung „produzieren“ besitzt dennoch eine hohe Attraktivität und kann durch Indizien im qualitativen Material gestützt werden.
- ¹⁴ Hier zeigt sich eindrucksvoll Kuhns These der Inkommensurabilität: Bislang galten Übergaben als „Verletzung der Schweigepflicht“, jetzt wird der Übergabe eine zentrale Bedeutung als Instrument zur Verbesserung der Pflege beigemessen – eine diametrale These.

Stimmen mehrten sich, die Übergabe sei nur ein „überflüssiges Relikt“ (Zegelin-Abt: 1998), das ohnehin nur noch im deutschsprachigen Raum anzutreffen ist.

Das Thema Übergabe spielt in deutschsprachigen Publikationen vor 1948 keine relevante Rolle. Allenfalls sind vereinzelte Veröffentlichungen zu finden, die vor allzu großer Geschwätzigkeit gegenüber den Patienten warnen – vorherrschende Meinung ist, dass diese bzgl. ihrer Erkrankung besser im Unklaren zu lassen sind. Die zentrale These lautet, dass nicht das Reden, sondern das Schweigen die Kunst der Pflege ausmache. Stellvertretend für eine Reihe von Aussagen aus dieser Zeit können die Ausführungen von Oberin Erika Fitting genannt werden:

„Schweigen ist eine große Kunst und erfordert außer der erziehbaren und erlernbaren Disziplin (Pflege, AL) noch etwas anderes von der Schwester: eine ruhige und liebevolle Gelassenheit, mit der sie an alle pflegerischen und menschlichen Dinge herangeht, die den Kreis ihres Wirkens berühren.“ (Fitting, 1948)

Auch bezüglich der Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und PatientInnen ist ein eindeutiges Bild vorherrschend. So wird empfohlen, dass die Schwester alle Fragen des Patienten „immer an den Arzt verweisen“ wird (Fitting, ebd.). Auch in den 50er Jahren herrscht in Deutschland die Ansicht vor, dass der Austausch von Informationen weniger Vor- als denn Nachteile bringe – so wird in Beiträgen über Gespräche in Kliniken die Übergabe häufig in die Nähe „geistlosen Geschwätzes“ (Fitting, S.13) gebracht¹⁹. Weder die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungen der 60er Jahre, noch die internationale Pflegewissenschaft hinterlassen Spuren in der Diskussion. Erst der pädagogische und gesellschaftliche Paradigmenwechsel der 70er Jahre verändert die Grundstrukturen der Diskussion merklich. In den frühen 80er Jahren kommt Bewegung in die Thematik, wobei zwei Diskussionsstränge die Thematik dominieren: Die Dienstübergabe als kommunikatives Instrument und die Pflegevisite als qualitätssicherndes Element.

Auf vielen Stationen ist es üblich, dass die Übergabe von einer Person geleitet wird – auch wenn diese nicht direkt an der Pflege beteiligt ist (häufig: Stationsleitung oder eine erfahrene, langjährige Stationschwester) (Mason 2000, S. 16), während niedriger qualifizierte MitarbeiterInnen oder SchülerInnen häufig vom Geschehen abgekoppelt werden (ebd.). Diese WortführerInnen teilen den kommenden Pflegenden mit, was diese ihrer Meinung nach wissen sollten. Von den anderen Pflegenden der gehenden Schicht wird häufig erwartet, dass sie (allenfalls) fehlende Informationen ergänzen. Von der kommenden Schicht wird erwartet zuzuhören, statt sich aktiv am Gespräch zu beteiligen. Es herrscht allgemein das Einverständnis vor, dass die kommende Schicht ohnehin nichts Nützliches zur Thematik beitragen kann – obwohl sie den größten Teil der PatientInnen vermutlich bereits vom vergangenen Arbeitstag kennen und so durchaus Beiträge leisten könnten (vgl. Heering, C; Heering, K., 1997). Die gehende Schicht teilt der neuen Schicht häufig mit, welche Tätigkeiten diese noch zu erledigen hat („Frau Müller muss noch gewaschen werden.“) und produziert auf diese Weise ein Machtgefälle. In dieser Form der Übergabe nehmen problematische PatientInnen übermäßig viel Raum ein (Mason 2000, S.17).

Interessanterweise konnte bislang kein Zusammenhang zwischen der Anzahl der Patienten, der Pflegebedürftigkeit dieser und der Dauer der Übergabe festgestellt werden. Übergaben dauern im Allgemeinen immer gleich lang – egal ob es sich um kleine Stationen oder große handelt (Walther 1997, S. 120ff.). Die „verbliebene“ Zeit wird allenfalls mit Problemen gefüllt, die ohnehin nicht für die PatientInnen sondern nur für die Pflegenden existieren (Spiller 2000, S. 136f.) und die Lösung dieser Probleme kommt den PatientInnen auch nicht zu Gute (Mason 2000, S.18f.).

Die von der gehenden Schicht weitergegebenen Informationen sind mit einiger Wahrscheinlichkeit ohnehin in der Akte erfasst. Dies betrifft zumindest die medizinischen Fakten; über die mangelhafte Qualität pflegerischer Dokumentation existieren bereits zahlreiche Untersuchungen. Pflegerische Informationen sind überwiegend auf Handzetteln, die häufig mit Schichtende verworfen werden, überhaupt einmal dokumentiert gewesen. Weiterhin betreffen eine Reihe der weitergegebenen Informationen das „System Krankenhaus“, sind also nicht patientInnen-zentriert und für diese ohnehin nicht von Nutzen.

Nach Hardey/Payne/Coleman gibt es drei „Ebenen“ von Dokumentation, die zur Übergabe herangezogen werden:

Kardex und elektronische Pflegedokumentation: Diese werden als „offizielle“ Dokumente behandelt, deren primäre Aufgabe es ist, einen „legalen Informationsstatus“ herzustellen. Informationen fließen vorwiegend in eine Richtung: In die Kardexmappe hinein. Die Nutzung als Informationsquelle ist eher selten (Hardey /Payne/Coleman, 2000), selbst Pflegepläne, die in der Kardex enthalten sind, werden in weniger als 1% der Fälle genutzt (Kennedy, 1999). So ist zu erklären, dass die Qualität der Dokumentation keinen Einfluss auf die Qualität der Pflege hat (Payne 2000, S. 277).

¹⁵ Hier spielt aber auch wesentlich der Faktor eine Rolle, dass in diesem Zeitraum viele neue Fachzeitschriften am Markt entstanden sind, womit die Zahl der Publikationen zwangsläufig zunimmt.

¹⁶ U.a. existiert ein Beitrag aus dem Jahr 1970, der sich mit der Qualität der Übergabe beschäftigt, wenn auch nicht unter dem erst später geprägten Begriff der *qualitas*.

¹⁷ Die y-Achse der einzelnen Beitragsbalken ist wie folgt skaliert: Pflegevisite: 0-36 Beiträge; Qualitätsdebatte 0-22 Beiträge; Durchführung der Übergabe 0-21 Beiträge; Störungen 0-3 Beiträge; Schweigepflicht 0-2 Beiträge; Inhalte der Übergabe 0-11 Beiträge; Kostensenkung 0-6 Beiträge.

¹⁸ D.h. sie wurden nicht in die Analyse über MAXqda einbezogen, sondern über ein Karteikartensystem.

¹⁹ So findet sich beispielsweise bei einem Artikel zum Schwesterngespräch folgendes Gedicht: „Bedenke Freund, was wir zusammen sprachen. War's wert, daß wir den Bann des Schweigens brachen, um solche Nichtigkeiten auszutauschen? So schwätzen wohl zwei Vögel miteinander (...)“ (Morgenstern, C. in: Fitting, ebd.)

²⁰ In der Analyse der Internetforen finden sich hierzu Beispiele: Schülerin „Sani“ berichtet von einer Übergabe, die sie durchführen sollte: „Ich als Schüler kann doch keine wirklich adäquaten Aussagen machen bezüglich der Visite, der neuen Anordnungen und der Untersuchungen die gelaufen sind, wenn ich doch gar nichts davon mitbekommen hab. Ständig wurde ich unterbrochen, was Fr. X noch an Vorerkrankungen hat, wieviel Infusionen sie noch bekommt, ob Kreuzblut schon gelaufen ist, wer Rekawan wieder ins Programm genommen hat und und und ...“ (MAXqda, Text 1, Code Inhalte der Übergabe, 6-6).

Stationsbücher: Diese enthalten ähnliche Informationen wie die Kardexmappe. Diese Bücher werden als halblegale Dokumente betrachtet, die in „semi-formeller“ Form Informationen weitergeben. Stationsbücher werden beispielsweise als strukturierendes Element (z. B. als Patientenverzeichnis) verwendet (Sexton et al., 2004).

Eigene Aufzeichnungen („Scraps“): Pflegende verwenden Schmierzettel, um eigene, relevante Informationen zu notieren. Diese eigenen Aufzeichnungen sind die umfangreichsten pflegerischen Dokumente, häufig mit einer eigenen, persönlichen Taxonomie und Kategorienbildung. (Payne/Hardey/Coleman, 2000)

Die gehende Schicht ist oft darauf bedacht, möglichst alle Sachinformationen weiterzuleiten. Und verwendet dafür vorwiegend die „Scraps“ als Informationsquelle (Hardey, 2000). Die „Scraps“ werden anschließend verworfen. Für dieses Verhalten, dass bei der kommenden Schicht regelmäßig zum *information overload* führt, gibt es eine Reihe durchaus verständlicher Gründe:

- Der Folgeschicht sollen Schwierigkeiten durch evtl. ausgelassene Informationen erspart werden. Hintergrund ist das Denkmuster: „Wir haben die Info ja weiter gegeben.“
- Eine umfangreiche Übergabe mit vielen Sachinformationen, Fakten und Berichten erweckt den Eindruck, die gehende Schicht sei überaus aktiv gewesen.
- Die kommende Schicht signalisiert durch ihr Verhalten, dass sie sämtliche Informationen auch tatsächlich braucht. (Mason 2000, S. 16ff.)

Häufig wird gleich zu Beginn der Übergabe signalisiert, dass die Faktenorientierung notwendig ist („Jetzt hört mal zu, was heute alles los war.“). Deshalb sind prozess- oder systemorientierte Gesprächssituationen in der Minderzahl. Aber auch relevante Subsysteme, die sich auf die Pflegesituation auswirken (Familie, Gesellschaft, Beruf, Gesundheitswesen) bleiben dann meist unberücksichtigt. Einzelne Pflegeschichten zeigen schichtenspezifische Deutungsmuster, an denen diese Schicht über mehrere Übergaben hinweg festhält. Die gehende Schicht verhält sich dann oft so, als gäbe es nur diese eine Wirklichkeit. Pluralität pflegerischer Probleme und vor allen Dingen pflegerischer Problemlösungen taucht nicht auf. Mason (Mason 2000, S. 18) bezeichnet die gehende Schicht als den „Inhaber der absoluten Wahrheit“.

Payne/Hardey/Coleman stellen fest, dass es als Zeichen der pflegerischen Kompetenz empfunden wird, zahlreiche Fakten schnell „abzuspulen“. Diese Monologe zu unterbrechen gilt als unfein – Unterbrechungen kommen allenfalls von erfahreneren (oder älteren) KollegInnen. Studierende und Schüler trauen sich nicht, korrigierend einzugreifen (Payne/Hardey/Coleman, 2000). Zudem gibt es deutliche Hinweise darauf, dass sich SchülerInnen überfordert fühlen, Dienstübergaben durchzuführen²⁰.

Üblicherweise werden Übergaben dadurch abgeschlossen, dass das Gespräch von „patientennahen“ auf „patientenferne“ Themen überblendet wird. In dieser Phase der Übergabe werden vor allem organisatorische Dinge oder Themen, die die Institution betreffen, besprochen. Häufig sind sie geprägt von allgemeinen Gesprächen über die Arbeitsbelastung auf Station, strukturelle oder berufspolitische Defizite oder Schwierigkeiten mit anderen Berufsgruppen – häufig den Ärzten. Einige Autoren weisen darauf hin, dass zu diesem Zeitpunkt bereits ein Wechsel hin zum Informellen-Privaten zu beobachten ist (Mason, 2000), der seinen Ausdruck darin findet, dass beispielsweise Kaffee und Kuchen verteilt werden, MitarbeiterInnen zum Rauchen den Raum verlassen und Wortbeiträge von allen anwesenden Personen geleistet werden. Das Ende der Übergabe wird dann häufig durch externe Faktoren eingeleitet (z. B. Klingel, eintretende Ärzte).

Diese Form der Übergabe wird sowohl von der gehenden als auch von der kommenden Schicht als unbefriedigend erlebt (Mason, 2000), was auf verschiedene Gründe zurückzuführen ist. Diese Probleme sind kein Phänomen der jüngsten Entwicklung, sondern bestehen bereits seit den 70er Jahren, sowohl in Deutschland, als auch in den englischsprachigen Ländern. Bomba/Prakash (2005) weisen darauf hin, dass eine Reihe von Faktoren dafür verantwortlich sind:

- **Überbetonung der Fakten:** Im Vordergrund der Übergabe stehen langwierige medizinische Abhandlungen (Walther 1997, S. 18ff.) auf Kosten prozessorientierter Zusammenhänge (Bomba/Prakash, S. 68).
- **Verengung:** Die Gespräche verengen das Pflegegeschehen auf tagesaktuelle Entwicklungen, statt Strukturen und Muster zu untersuchen und zu diskutieren, um effektiver arbeiten zu können.
- **Lineare Denkschemata:** In den Gesprächen wird vorwiegend das Denkschema Ursache – Wirkung praktiziert (Mason 2000, S. 15).

Brinker/Sager gehen von einer Dreigliederung professioneller Gespräche aus. Diese lassen sich in eine Eröffnungs- eine Kern- und eine Beendigungsphase gliedern (Brinker/Sager,

Literatur

- AG Krankenpflege (1996): AG Krankenpflege-Standard „Übergabe“. Online im Internet <http://www.hildegardis-mainz.de/abteilungen/pflege/uegabe.htm> (Version vom 1.2.2006)
- Berelson, B. (1952): Content Analysis in Communication Research. Glencoe, Ill.: Free Press
- Bomba, D.T./Prakash, R. (2005): A description of handover process in an Australian public hospital. Australian health Review, (2), S. 68 ff.
- Brinker, K./Sager, S.F. (1989): Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung. Grundlagen der Germanistik, Band 30, Berlin
- Brown, J.D. (o. J.): Quantitative Context Analysis. <http://www.unc.edu/courses/2000fall/jomc245-001/index.html>. online im Internet in der Version vom 12.5.2005
- Bücker, T. (2003): Target Costing – ein mehrdimensionales Controllinginstrument für Clinical. In: PrInterNet – die wissenschaftliche Pflegezeitschrift (3)
- Burns, E. (2005): Über das Verstehen von Entscheidungsfindungsprozessen der Pflegepersonen zu „Evidence based practice“. In: PrInterNet – die wissenschaftliche Pflegezeitschrift (11), S. 624
- Buyer, O. (1990): Erwartungen an die Dienstübergabe. In: Deutsche Krankenpflegezeitschrift (9), S. 674-677
- Cahill, J. (1998): Patients perceptions of bedside handovers. Journal of clinical nursing (7), 351-359
- Chappell, H./Dickey, C. (1993): Decreased rehospitalization costs through intermitted nursing visits to nursing home patients. Journal of nursing Administration (23), S. 49ff.
- Cheong, E. (2002): Beiträge zum Verstehen schwerstbehinderter Menschen: Psychologie und Pädagogik geistig behinderter blindtaubstummer Menschen untersucht mit den Mitteln der materialistischen Behindertenpädagogik. Dissertation, Universität Bremen, 2002
- Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (1994): Handbook of qualitative Research. Thousand Oaks, California; Sage Publications
- Eisenhardt K.M. (1989): Building theories from case study research. Academy of Management Review 14, 532±550.
- Ekman I, Segesten K (1995): Deputed power of medical control. The hidden message in the ritual of oral shift reports. In: Journal of Advanced Nursing 22(5) 1995, 1006-1011
- 1989, S. 94). Walther hat gezeigt, dass diese Dreigliederung im Prinzip auch für Übergabegespräche gilt (vgl. Walther 1997, S. 59ff). Demnach laufen Dienstübergaben im Prinzip immer nach dem gleichen Schema ab. Dieses Grundschema wird in zahlreichen weiteren Untersuchungen beschrieben. Kerr (2002) und Lardner (1992) schlagen ebenfalls vor, von einer Dreiphasigkeit des Übergabegeschehens zu sprechen.
- Der Berufsjargon spielt in der Praxis sowohl in der Übergabe als auch in der Pflegedokumentation eine zentrale Rolle. Weber/Kirsch stellten hierzu fest, dass Pflegenden auf der sprachlichen Ebene nicht sehr erfolgreich sind und unprofessionelle Verhaltensweisen aufweisen – sowohl untereinander als auch im Umgang mit PatientInnen (Weber/Kirsch, 2000) und Weinhold (1997) konnte nachweisen, dass es Pflegenden häufig nicht gelingt, professionelle Gesprächsinhalte von privaten zu trennen. In der Praxis zeigt sich, dass die pflegerische Fachsprache überwiegend naturwissenschaftlich-medizinisch orientiert ist. „Medizinische Inhalte dominieren (z. B. ‚War im Ultraschall‘)“ (Zegelin-Abt, 1998) und von einem Pflegefachgespräch sind die Pflegenden noch weit entfernt, stellt Zegelin-Abt fest. Im Detail zeigen sich deutliche Anzeichen für den Mutismus der Pflege:
- Belege für den Pflegezustand sind häufig nicht erkennbar. Allenfalls werden rudimentäre Informationen weitergegeben („hat Lasix gut vertragen“) (Sherlock 1995).
 - Bezüge zu Ressourcen und ATLS sind ausnahmslos nicht vorhanden. Allenfalls werden laienhafte Erklärungen gegeben („Pat. versorgt sich selbst“) (Spiller, 2000).
 - Beobachtungen sind häufig gut dokumentiert und werden auch weitergegeben, es werden aber keine nennenswerten Pflegehandlungen abgeleitet (Walther, 1997).
 - Es ist keine Kontinuität des Informationsflusses erkennbar bzw. es sind deutliche Brüche in der Kontinuität vorhanden (z. B. aus „hat OP an der **linken** Brust“ wird nach einigen Tagen die Pflegehandlung „**rechter** Arm muss hoch gelagert werden“) (Spiller, 2000) (Miller, 1998).
 - Jargonhafte oder negative Formulierungen herrschen vor (z. B. „Pat. ist ein totaler Pflegefall“) (Walther, 1997).
 - Es zeigen sich deutliche Redundanzen in der Informationsweitergabe und die Häufigkeit einzelner Wiederholungen steht in keinem Verhältnis zur Relevanz der Aussage (Spiller, 2000).
 - Pflegerelevante Aussagen des Nacht- und Spätdienstes fehlen häufig völlig (Spiller, 2000).
- Payne/Harvey/Coleman konnten nachweisen, dass Pflegenden den Zustand des Patienten vorwiegend an medizinischen Fakten verankern. Sie stellen zusammenfassend fest:
- „The language of medicine was used in conjunction with the diagnosis and the treatment. It was noted that the nurses presented a global assessment of patient's condition with a summary statement such as ‚Fine‘, ‚OK‘ or ‚Poorly‘. These assessments did not directly relate to the extent of pathology present in a patient but did appear to describe the amount of nursing input required.“* (Payne/Harvey/Coleman, 2000, S. 281)
- Jordan stellte fest, dass im Schnitt 72% der Informationen von so einfacher Art sind, dass fraglich ist, warum sie überhaupt weiter gegeben werden (z. B. „Patient war in der Krankengymnastik“), da sie keinerlei Relevanz und Konsequenzen haben (Jordan, 1991). Sexton et al. quantifizierten in einer Studie das Verhältnis zwischen wichtigen/brauchbaren und überflüssigen Informationen, mit erstaunlichem Ergebnis: Knapp 70% der gegebenen Informationen war in der Dokumentation bereits enthalten oder konnte aus der Dokumentation erschlossen werden. Dies unterstellt auf den ersten Blick, dass 30% der Informationen neu oder relevant waren, was aber nicht der Fall war. 15% der Informationen waren falsch oder ohne praktische Relevanz. Lediglich knapp 6% der gegebenen Informationen hatte pflegerische Relevanz (für die Patientenkontakte), der Rest bezog sich auf stationsrelevante Informationen, z. B. Organisation (Sexton et al., 2004).
- Jenseits der Frage, welche Inhalte in einer Übergabe vorkommen, bemühen sich viele Autoren um die Frage, welche Inhalte in der Übergabe vorkommen sollten. Beispielhaft seien hier Fuhrmann/Trill/Witzenberger (Fuhrmann/Trill/Witzenberger, 1987) genannt, die 1987 einen Übersichtsbeitrag veröffentlichten, der Inhalte und Funktion der Übergabe genauer definieren sollte. Grundlage dieses Beitrages ist eine empirische Untersuchung von Dienstübergaben in Krankenhäusern. Eine Übergabe hat demnach folgende Ziele:
- Planung individueller Pflege des Patienten bei sehr guter Pflegequalität
 - Sicherheit und Geborgenheit für den Patienten herstellen
 - Informationen über den physischen und psychischen Zustand des Patienten
 - Gewährleistung der ärztlichen Maßnahmen
 - Sicherstellung der Kontinuität der Pflege

Fitting, Erika (1948): Über die Schweigepflicht. Deutsche Krankenpflegezeitschrift (11), S. 12 ff

Flick, U. von Kardorff, E./Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt: 514-524.

Fuhrmann S./Trill R./Witzenberger M. (1987): Ein Element der Kommunikation im Pflegebereich: die Dienstübergabe. In: Krankenpflege, Heft 9/1987. Eschborn, Deutscher Berufsverband für Krankenpflege, 350-354

Hagler, D (2005): Justifying clinical decisions: Nursing shift report as informal argument. Dissertation published at Arizona state University, 5/2005

Hardey, M./Payne, S./Coleman, P. (2000): "Scraps": hidden nursing information and its influence on the delivery of care. J. Adv. Nurs. (32), S. 208-214

Heering C./Heering K. (1994): Theorie und Praxis der Pflegevisite: 1. Folge: Pflegeverständnis. In: Die Schwester / Der Pfleger, 33. Jahrgang, Heft 4/1994, Melsungen: Braun, 372-393

Heering K.(1995): Theorie und Praxis der Pflegevisite: 6. Folge: Erfahrungsbericht. In: Die Schwester/Der Pfleger, 34. Jahrgang, Heft 4/1994, Melsungen: Braun, 302-306

Heering, C./Heering, K./Bode, K. (Hrsg.) (1997): Pflegevisite und Partizipation. Berlin, Wiesbaden

Holsti, O. R. (1969): Content Analysis for the Social Sciences and Humanities. Reading, Mass. 1969

Jordan, P. (1991): Psychiatric ward handovers. Nurs Times (42), S. 40-42

Kennedy (1999): An evaluation of non-verbal handover. Prof. Nurs (14), S. 391-394

Kerr, M.P. (2002): A qualitative study of shift handover practice and function from socio-technical perspective. J Adv. Nurs. (37), S. 123-134

King, P./Kitchener, K.S. (2002): The reflective judgement model: Twenty years of research on epistemic cognition. In: Hofer, B.K./Pintrich, P.R. (Hrsg.): Personal epistemology: the psychology of beliefs about knowledge and knowing. Lawrence Erlbaum Ass., New York

Kloster, W., Augsten, M./Knipfer, E./Selent, K. (1997): Theorie und Praxis der Pflegevisite. In: Die Schwester/Der Pfleger, 33. Jahrgang, Heft 12/1997, S. 1044-1049

Krampe, E.-M. (1995): Sprache und Pflege. Pflege aktuell (9), S. 615

Kuckartz, U./Grunenberg, H./Lauterbach, A. (2004): Qualitative Datenanalyse: computergestützt.

Die Praxis zeigt, dass Dienstübergaben – unabhängig von institutionellen und patientenabhängigen Gegebenheiten immer gleich lang dauern: Übergaben zwischen Nacht- und Frühdienst werden im Durchschnitt in 26 Minuten abgehandelt, die „große“ Mittagsübergabe benötigt ca. 38 Minuten, und die Abendübergabe ist mit 25 Minuten die kürzeste des Tages. Damit liegt die Dauer der Mittagsübergabe um 40% über der der anderen Übergaben, ein Sachverhalt den Fuhrmann/Trill/Witzenberger mit den häufigen Störungen erklären (Fuhrmann/Trill/Witzenberger, 1987), während Walther (1997) deutlich weniger Störungen ausmachen kann und die Länge der Mittagsübergabe eher den umfangreichen medizinischen Fakten zuschreibt, die sich im Laufe des Vormittags angesammelt haben. Es scheint darüber hinaus so zu sein, dass sich die individuelle Übergabedauer für den einzelnen Patienten danach richtet, wie viele Patienten auf der Station liegen. Stationen mit vielen Patienten (n=36) haben im Schnitt kurze Übergabezeiten/Patient (57 Sekunden), während Stationen mit wenigen Patienten (n=14) im Schnitt 124 Sekunden pro Patient benötigen (vgl. Weindel/Trampert, 1995, S. 612).

Dieser Befund unterstützt die erstaunliche Aussage, dass bzgl. der Gesamtübergabedauer Zeitgleichheit trotz unterschiedlicher institutioneller Bedingungen, Arbeitsaufkommen und Pflegebedürftigkeit der PatientInnen herrscht. Wenn keine dieser Variablen mit der Übergabedauer kovariiert – welches ist dann der entscheidende Faktor? Walther (Walther 1997, S. 40) vermutet, dass die Bedingungen der Institution Krankenhaus verantwortlich sind – eine These, die höchstwahrscheinlich zutreffen dürfte, dauern Übergaben doch üblicherweise so lange, wie beide Schichten tarifvertraglich geregelt gleichzeitig anwesend sind. Walther (1997) schließt daraus, dass im Zentrum der Übergabe nicht der Patient steht (wie dies eigentlich sein sollte), sondern die Rituale der Institution Krankenhaus.

Jenseits der Frage, wie lange Übergaben dauern, widmen viele Autoren ihre Aufmerksamkeit der Frage, wie lange sie dauern sollten:

Autoren	Dauer der Übergabe
Lingenberg/Reimann (1991)	30 Minuten für 25 PatientInnen
Fuhrmann/Trill/Witzenberger (1987)	45 Minuten für 31 PatientInnen
Walther (1997)	30-42 Minuten
Rehder (2001)	60 Minuten
Gratias (2002)	25 Minuten
AG Krankenpflege-Standard „Übergabe“ (AG Krankenpflege, 1996)	10 Minuten Nachtdienst zum Frühdienst 35 Minuten Frühdienst zum Spätdienst 25 Minuten Spätdienst zum Nachtdienst

Tab. 4: Zeitempfehlungen für die Übergabedauer

In jüngster Zeit wird deshalb zunehmend die Frage nach der Berechtigung der Dienstübergabe gestellt. Diese Vorstellung des „Auslaufmodells Übergabe“ (Gratias, 2005) beruht auf einer zunehmend durch pflegemanagerielle und wirtschaftliche Vorgaben definierten Pflege. Im Vordergrund dieser Argumentationskette steht der enorme Zeitbedarf durch Übergaben. Gratias gibt ihn mit mehr als 2400 Stunden/Jahr auf einer 30-Betten-Station an. Dies entspricht einem Personaläquivalent von rund 1,5 Vollstellen oder Kosten von rund 61500 Euro/Jahr. Für eine mittelgroße Klinik mit 12 Stationen gehen nach Gratias 18 „Vollstellenmitarbeiter“ durch die Übergabezeit für die Pflege an PatientInnen verloren.

Qualitätsdiskussion

„Qualität“ als Oberbegriff ist in der Übergabeliteratur seit den 80er Jahren eines der Kernthemen. Allein in den Abstracts der Fachartikel taucht der Begriff in 230 von 350 Artikeln auf. Die Nutzung des Begriffes „Qualität“ geschieht fast ausschließlich im Sinne des Allgemeinen Sprachgebrauchs (d.h. im Sinne einer guten oder schlechten Qualität im Sinne eines fertigungsbezogenen oder transzendenten Qualitätsverständnisses), fast nie im Sinne der wissenschaftlichen Definition der Qualität als dem Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale zutrifft, mithin also qualitas einer Dienstleistung und nie hinsichtlich der Güte der Informationen. Warum ist das so?

Allen diesen grundlegenden Definitionen von Übergaben ist gemein, dass sie auf der zentralen These beruhen, ein reibungsloser Informationsfluss habe eine gute Pflegequalität zur Folge, oder trage zumindest erheblich dazu bei. Insbesondere in den 90er Jahren war die Kernthese der Beiträge, die gute Qualität der Übergabe könne erheblich zur guten Qualität und Professionalisierung der Pflege beitragen. Stellvertretend für diese Sichtweise seien hier Lingenberg/Reimann genannt,

Methodische Hintergründe und Beispiele aus der Forschungspraxis. VS-Verlag, Wiesbaden

Kuckartz, U.: (1999): Computergestützte Analyse qualitativer Daten. Eine Einführung in Methoden und Arbeitstechniken. Opladen: Westdeutscher Verlag

Kuhn, T. S./Conant, J./Haugeland, J. (2000): The Road Since Structure: Philosophical Essays, 1970-1993. University of Chicago Press

Kühnel, P.; Heilmann, B. (1985): Die Schwesternvisite als neue Form der therapeutischen Kommunikation. In: Heilberufe (7) Berlin, S. 246-246

Matthews A. (1986): Patient centred handovers. Nursing Times 82

Mayring, P. (2001): Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse [31 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [Online Journal], 2(1). Verfügbar über: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [Datum des Zugriffs: 03.03.04].

McMahon, R. (1990): Communication. what are we saying?... shift handover reports. In: Nursing Times 1990 Jul 25-31; 86(30), 38-40

Oertle Bürki, C. (1997): Pflegegespräche – gibt es sie? In: Zegelin, A. Sprache und Pflege a.a.O. S. 23 ff.

Panfil, E.-M. (2005): Evidence-based nursing: Definitionen, Methoden, Umsetzung. In: PrinterNet – die wissenschaftliche Pflegezeitschrift (9), S.458ff.

Parker J, Gardner G, Wiltshire J (1992): Handover. The collective narrative of nursing practice. In: Australian Journal of Advanced Nursing 1992 Mar-May; 9(3), 31-37

Payne, S./Hardey, M./Coleman, P. (2000): Interactions between nurses during handovers in elderly care. J. Adv. Nurs. 32, S. 277-285

Peck, E./ Secker, J. (1999): Quality Criteria for Qualitative Research: Does Context Make a Difference? Qualitative Health Research, (9), 552-558.

Rehder, P. (2001): Qualitätssicherung – die Übergabe. Die Schwester/Der Pfleger, 1-2001

Schlömer, G. (2000): Evidence-based-nursing. Eine Methode für die Pflege? In: Pflege (1), S. 47-52

Sexton, A et al. (2004): Nursing handovers: do we really need them? Journal of nursing management (12), S. 37-42

Sherlock C (1995): The patient handover: a study of its form, function and efficiency. In: Nursing-Standard (NURS-STAND) 1995 Sep 20-26; 9(52), 33-36

„(Die) Qualität der Dienstübergabe gibt Auskunft über die Pflegequalität eines Krankenhauses und einer Station und über die Qualität der Organisation des Pflegedienstes“ (Lingenberg/Reimann, 1991, S. 49),

wofür es zumindest im deutschsprachigen Raum bislang keine wissenschaftlichen Belege gibt. Bomba/Prakash (2005) stellen für Australien fest, dass die Qualität der Übergabe ein integraler Bestandteil einer guten und sicheren Versorgung ist. Informationsbrüche sind hier die kritischste Komponente bei schlechtem Outcome und Pflegefehlern. Indikatoren für solche Brüche sind:

- fehlende oder falsche Daten
- verspätete oder zu einem falschen Zeitpunkt gelieferte Daten
- „verzettelte“ Daten
- die Einbringung von „Pseudo-Informationen“
- cognitive overload, Information overload (vgl. Beach/Croskerry/Shapiro, 2003)

Jenseits dieser grundlegenden Überlegungen untersuchten Weindel & Trampert 1995 anhand verschiedener Kriterien die Qualität der weitergegebenen Informationen. Ein Qualitätsmerkmal galt dann als erfüllt, wenn das entsprechende Merkmal in der Übergabe genannt wurde. Solche Merkmale waren beispielsweise „Name des Patienten“ oder spezielle Pflegehinweise. Sie stellten erstaunt fest, dass selbst grundlegende Informationen in der Übergabe nicht weiter gegeben wurden.

„Da nur in 45,1% ‚Pflegehinweise‘ gegeben wurden, liegt der Schluss nahe, dass bei über der Hälfte der Patienten im Krankenhaus eigentlich keine Pflege notwendig wäre.“ (Weindel/Trampert, 1995)

Enttäuscht stellen die Autoren fest, dass nur in 28% der Patientenübergaben erkennbar war, ob eine (und welche) Veränderung des Krankheitsbildes und des Pflegezustandes eingetreten ist. Demnach ist es für das pflegerische Handeln wichtiger, die Informationen weiter zu geben, wann welches Medikament in welcher Dosierung zu verabreichen ist, als wie es dem Patienten geht und welche pflegerelevanten Maßnahmen wichtig sind. Auf diese „Selbstlegitimation“ des eigenen Berufsbildes über (technisch-medizinische) Informationsweitergabe weisen zahlreiche AutorInnen hin (vgl. Walther, 1997).

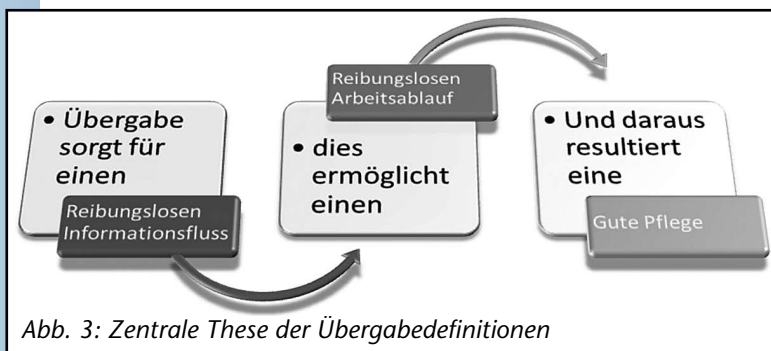


Abb. 3: Zentrale These der Übergabedefinitionen

Ein wichtiger Aspekt ist die Frage nach der Qualität der weitergegebenen Informationen. Diese Frage umfasst zwei Aspekte: Zum einen die Qualität der Informationen, die die gehende Schicht weitergibt, zum anderen die Menge und Qualität der Informationen, die die kommende Schicht in ihre Handlungen einbezieht. Weindel/Trampert untersuchten in ihrer Studie den zweiten Aspekt und stellten fest, dass die durchschnittliche Verlustquote der gegebenen Informationen bei ca. 67% (bei hoher Standardabweichung) lag. Sie konnten zwei Variablen identifizieren, die die Qualität der Informationsweitergabe entscheidend beeinflussten:

Dauer des Dienstes des entsprechenden Mitarbeiters: Je länger der/die MitarbeiterIn im Dienst war, umso höher war das relevante Wissen um den Patienten. Zum Ende eines mehrtägigen Schichtblocks (z. B. sieben Früh- und drei Spätdienste) besaßen diese MitarbeiterInnen einen deutlich höheren Wissensstand über Pflegeverlauf und Behandlung, als MitarbeiterInnen, die erst seit kurzem im Dienst waren. Dieser eigentlich selbstverständliche Sachverhalt ist allerdings unter mehreren Aspekten problematisch: Zum einen geht dieses Wissen für die Dauer der Abwesenheit der entsprechenden MitarbeiterIn verloren. Zum anderen handelt es sich um „flüchtiges“, d.h. in keiner Dokumentation erfasstes Wissen, was vor dem Hintergrund der hohen (u.a. rechtlichen) Relevanz einer lückenlosen Pflegedokumentation problematisch ist. Weindel/Trampert konnten dann auch zeigen, dass dieses personengebundene Wissen alle anderen Informationen, die sich anderweitig in Dokumentationssystemen finden lässt, deutlich übersteigt.

Organisation des Dienstes und der Übergabe: Auf Stationen, die nach dem Bereichspflegekonzept organisiert waren, konnten Pflegende häufig kein einziges Merkmal von Patienten aus einem anderen Pflegebereich nennen, auch dann nicht, wenn eine gemeinsame Übergabe stattfand. Offensichtlich wurden alle für den eigenen Bereich „unwichtigen“ Informationen so erfolgreich ausgeblendet, dass auf diesen Stationen Subsysteme entstanden, die nicht mehr miteinander vernetzt waren (vgl. Weindel/Trampert, 1995, S. 613). Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass Pflege eine Disziplin ist, die in hohem Maße auf Kommuni-

Sitzmann, F. (1997): Mit wachen Sinnen auf Sprachhygiene achten – Elemente einer Sprachkultur in Pflege, Medizin und Gesellschaft. In: Zegelin, A. Sprache und Pflege a.a.O. S. 119 ff.

Spiller, Andreas (2000): Sprache und Pflege. PrInterNet – Zeitschrift für Pflegewissenschaft (12), S. 132f.

Sticker, Anna (Hrsg.) (1960): Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Stuttgart

Strauss, A.L. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen und soziologischen Forschung.

Van Maanen, H. (2002): Die Entwicklung einer Pflegefachsprache. Pflege (15), S. 198ff.

Warren, Judith J. (1999): NANDA and Nursing Diagnoses: Past, Present, and a Vision of the Future. PrInterNet – Zeitschrift für Pflegewissenschaft (11), S. 268

Weber, H., Kirsch, H. (2000): Eine „gemeinsame Wirklichkeit“ herstellen. PrInterNet – Zeitschrift für Pflegewissenschaft (5), S. 115f.

Weindel Johannes, Trampert Stefan (1995): Beeinflusst die Übergabequalität die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses? In: Pflegezeitschrift, 49. Jahrgang, Heft 10/1995. Stuttgart: Kohlhammer, 608-612

Weindel, J./Trampert, S. (1995): Beeinflusst die Übergabequalität die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses?, in: Pflegezeitschrift (10), S. 608-613

Weise, E. (1981): Erfahrungen mit Pflegevisiten im ambulanten Bereich. Heilberufe, Berlin, Jahrgang: 38 Heft: 5

Wikipedia 2005a <http://de.wiktionary.org/wiki/Jargon>. Online im Internet in der Version vom 6.8.2005

Zarefsky, D. A. (1995): Argumentation in the tradition of speech communication studies. In: van Eemeren, F.H./Grutoendorst, R./Blair, J.A./Willard, C.A. (Hrsg.): Perspectives and approaches: Proceeding the third international conference on Argumentation (1), S. 32-52. Amsterdam

Zegelin, A. Hrsg. (1997): Sprache und Pflege. Ullstein Mosby Verlag, Berlin/Wiesbaden

Zegelin-Abt, Angelika (1998): Die Übergabe – ein überflüssiges Relikt? In: Heilberufe, Jg. 50, 1

Zipf, G.K. (1935): Psycho-Biology of Languages, Houghton-Mifflin, MIT Press, 1965

kation und Planung von Pflege unter Einbeziehung der Erfahrungen und des Wissens aller Pflegenden einer Station ist, ist dies eine höchst problematische Erkenntnis.

Miller (1998) kommt zu dem Ergebnis, dass drei Maßnahmen notwendig sind, um die Qualität der Übergabe zu verbessern:

1. regelmäßige Untersuchung und Evaluation des Prozesses
2. schriftliche Leitlinien für die Art der Durchführung (vgl. auch: McKenna, 1997)
3. Nutzung vorbereiteter Übergabeprotokolle

Im englischen Sprachraum kommen deshalb zunehmend Untersuchungen hinsichtlich Fehler-produzierender Konditionen („Error producing Conditions – EPC“) und störungsproduzierendem Verhaltens („Violation producing behaviors VBP“) zum Einsatz (Beach/Croskerry/Shapiro, 2003). Solche Routinen sind in vielen Produktionsbereichen üblich, nicht aber in Medizin und Pflege, natürlich unter anderem auch deshalb, weil beides Bereiche sind, in denen nicht sofort erkennbar ist, welche Wirkungen durch Maßnahmen erzielt wurden (Kuhn, 2002).

Diskussion

Die gewählte Methode konnte exemplarisch demonstrieren, wie QDA-Software zur quantitativen und qualitativen Inhaltsanalyse von Veröffentlichungen zu einer Thematik verwendet werden kann. Üblicherweise kommt QDA-Software in diesem Segment nicht zur Anwendung. Es zeigten sich folgende Vorteile gegenüber einer rein hermeneutischen Vorgehensweise:

- höhere interne Validität und Reliabilität
- Möglichkeit der quantitativen Inhaltsanalyse
- Nutzbarmachung des Textmaterials für mögliche Sekundäranalysen
- Identifizierung von Kategorienclustern und Paradigmen im textmaterial

Das Verfahren kann damit insbesondere dann zur Anwendung kommen, wenn zahlreiche Veröffentlichungen mit niedriger oder keiner erkennbare Evidenz vorliegen, diese aber in eine Literaturanalyse einbezogen werden sollen. Es eignet sich zur systematischen Erstellung von Reviews.

PrInterNet Community

Sie finden weitere Informationen zu diesem Artikel unter

www.printernet.info/detail.asp?id=791