

hochschule für angewandte wissenschaften hamburg

Fakultät für Soziale Arbeit und Pflege
Studiengang Pflege

**Möglichkeiten und Grenzen in der Anwendung von Clinical Pathways
am Beispiel der Erkrankung Coxarthrose und des Expertenstandards
Entlassungsmanagement in der Pflege**

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 15.06.2006

Vorgelegt von: Uwe Westhues
Matrikelnummer: 1556487
Tischbeinstrasse 25
22307 Hamburg

Betreuender Prüfer: Prof. Dr. phil. Peter Stratmeyer

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. med. Jürgen Volker Wening

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis - III -

Abbildungsverzeichnis..... - IV -

Tabellenverzeichnis..... - V -

1 Einleitung - 1 -

2 Die Erkrankung Coxarthrose - 4 -

2.1 Krankheitsbild und Krankheitsaufkommen..... - 4 -

2.2 Diagnostik, Therapie und Pflege..... - 6 -

2.3 Rehabilitation - 12 -

2.4 Die Coxarthrose und Diagnosis Related Groups..... - 13 -

3 Grundlagen von Clinical Pathways - 14 -

3.1 Begriffsklärung Clinical Pathways..... - 15 -

3.2 Ursprung, Ziele und Nutzen - 16 -

3.3 Anforderungen an Clinical Pathways - 17 -

3.3.1 Prozessorientierung - 17 -

3.3.2 Evidenzbasierte Medizin als wissenschaftlicher Bezugsrahmen..... - 19 -

3.3.3 Medizinische Leitlinien der Erkrankung Coxarthrose..... - 22 -

3.3.4 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit - 26 -

3.3.5 Die Berücksichtigung von Patientenerwartungen - 31 -

3.4 Co-Pathways für die Berücksichtigung von Begleiterkrankungen - 32 -

4 Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege - 33 -

- 4.1 Entwicklung.....- 33 -
- 4.2 Konsentierung.....- 37 -
- 4.3 Implementierung.....- 39 -
- 4.4 Nutzen für die Pflegepraxis- 41 -

5 Ansätze der pflegerischen Arbeit im Clinical Pathway bei der Erkrankung Coxarthrose..... - 41 -

- 5.1 Entlassungsmanagement.....- 42 -
 - 5.1.1 Assessment- 42 -
 - 5.1.2 Entlassungsplanung und Durchführung- 47 -
 - 5.1.2.1 Pädagogische Unterstützungsleistungen.....- 49 -
 - 5.1.2.2 Koordination.....- 53 -
 - 5.1.3 Evaluation.....- 54 -
- 5.2 Management des medizinischen Behandlungsprozesses.....- 55 -

6 Konzeptionen von Clinical Pathways - 57 -

- 6.1 Darstellungsmöglichkeiten- 57 -
- 6.2 Pathwaykonstruktion am Beispiel der Prozedur Hüft-Totalendoprothese- 59 -
- 6.3 Co-Pathways für die Integration des Entlassungsmanagements- 61 -
- 6.4 Probleme des Algorithmus bei der Pathwaykonstruktion- 63 -

7 Zusammenfassung und Fazit - 65 -

Literaturverzeichnis..... - 70 -

Anhang

- Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege.....- A1 -

Eidesstattliche Erklärung

Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
AHB	Anschlussheilbehandlung
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BÄK	Bundesärztekammer
CPW	Clinical Pathway
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DGOOC	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V.
DGU	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.
DRGs	Diagnosis Related Groups
EBM	Evidenzbasierte Medizin
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
NRS	Numerische Rating Skala
SGB V	Sozialgesetzbuch-Fünftes Buch-Gesetzliche Krankenversicherung
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
TEP	Total-Endoprothese
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schwere Coxarthrose mit nahezu kompletter Zerstörung des Hüftkopfes, bei implantierter Hüftendoprothese auf der gegenüberliegenden Seite.....	- 7 -
Abbildung 2: Modell einer Varianzanalyse.....	- 28 -
Abbildung 3: Numerische Rating-Skala.....	- 46 -
Abbildung 4: Die Phasen eines Schulungsprozesses.....	- 49 -
Abbildung 5: Ausschnitt eines CaseMap am Beispiel einer Hernien-Operation.	- 58 -
Abbildung 6: Beispiel eines Algorithmus mit Komponentenübersicht bei Hüft- Totalendoprothese	- 61 -

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Wertung der wissenschaftlichen Absicherung für klinische Leitlinien.....	- 21 -
Tabelle 2: Qualitätskriterien von Leitlinien.....	- 25 -
Tabelle 3: Klinische Scores zur Outcomemessung bei Coxarthrose.....	- 30 -
Tabelle 4: Ausschnitt einer Kategorie aus dem Barthel-Index.....	- 45 -

1 Einleitung

Mit der Einführung des neuen Entgeltsystems - den Diagnosis Related Groups (DRGs) - in deutschen Krankenhäusern, werden zunehmend auch Clinical Pathways (CPWs) diskutiert. Hintergrund sind die finanziellen Risiken, die sich für die Krankenhäuser aus dem neuen Entgeltsystem ergeben. Unabhängig von der Verweildauer des Patienten wird in diesem System ein Festpreis pro Behandlungsfall von den Krankenkassen vergütet. In bestimmten Fällen ist mit Zu- oder Abschlägen zu rechnen. Aufgrund dieser neuen ökonomischen Gegebenheiten sind die Krankenhäuser gezwungen, ihre Prozesse effizienter zu gestalten. Die Krankenhäuser müssen versuchen unter Zeit-, Qualitäts- und Kostengesichtspunkten den Behandlungsprozess so zu gestalten, dass der festgelegte Festpreis der individuellen Behandlung nicht überschritten wird. Für Krankenhäuser entsteht dadurch der Anreiz, die Patienten frühzeitig zu entlassen, wodurch es zu Versorgungsbrüchen kommen kann mit negativen Folgen für die Patienten.

Neben der Änderung der ökonomischen Rahmenbedingungen wird zudem seit Jahren in Fachkreisen kritisiert, dass die einzelnen Berufsgruppen und Abteilungen mehr neben- als miteinander arbeiten. Der Leistungsprozess ist durch mangelnde Koordination und Kommunikation wenig aufeinander abgestimmt. In Folge dessen können Doppelarbeiten, Wartezeiten, längere Verweildauern und nicht selten Behandlungsfehler entstehen.

In diesem Kontext wird auf den Bedarf an CPWs hingewiesen. Der CPW soll von einer Diagnose oder Prozedur ausgehend, von der Aufnahme bis zur Entlassung, die einzelnen Gesundheitsleistungen abbilden. Dazu sollen die Leistungen möglichst transparent, aufeinander abgestimmt und auf hohem qualitativem Niveau erbracht werden. Der CPW ist als Steuerungsinstrument einsetzbar und bietet die Möglichkeit, den medizinischen Behandlungsablauf zu koordinieren.

Für chronisch Kranke ist die Versorgung im Akutkrankenhaus häufig nur von kurzer Dauer. Bei kürzer werdenden Verweilzeiten sind die Akteure gefordert, durchgängige Versorgungsketten zu gewährleisten, um Versorgungsbrüche zu vermeiden. Pflegende können dabei unter Anwendung des Expertenstandards Entlassungsmanagement einen wichtigen Beitrag leisten und diesen Anforderungen in Abstimmung mit den Patienten und deren Angehörigen, anderen Berufsgruppen und Einrichtungen zu begegnen.

Bei der nachfolgenden Analyse von CPWs fokussiert diese Arbeit die Patienten, die an Coxarthrose erkrankt sind und elektiv mit einer Hüft-Totalendoprothese (TEP) versorgt

werden. Ausgewählt wurde die Coxarthrose, weil die Erkrankung zu den häufigsten chronischen Krankheiten im Alter zählt. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Erkrankung in der Bevölkerung noch weiter zunehmen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist einerseits grundlegende Anforderungen an CPWs im Krankenhaus darzulegen und andererseits eine Verbindung zwischen CPWs, der Erkrankung Coxarthrose und des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege herzustellen. Durch die Verbindung des medizinischen Behandlungsablaufs, der in Form von CPWs dargestellt wird und des Expertenstandards können durch einer komplementären Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege, die Versorgungserfordernisse auf Coxarthrosepatienten ausgerichtet werden. Der pflegerische Beitrag zur Gesundheitsversorgung soll durch die Verknüpfung mit dem Expertenstandard stärker konturiert werden und somit zur interdisziplinären Patientenversorgung beitragen.

Im zweiten Kapitel werden das Krankheitsbild der Coxarthrose und das Krankheitsaufkommen dargestellt.

Des Weiteren wird die Diagnostik, Therapie und Pflege bei der Erkrankung Coxarthrose erläutert und auf den Rehabilitationsprozess des Coxarthrosepatienten eingegangen. Im Anschluss daran werden die ökonomischen Zwänge unter dem neuen Entgelt bei der Erkrankung dargestellt.

Das dritte Kapitel behandelt die Grundlagen von CPWs. Es wird eine Begriffsklärung und Definition zum Clinical Pathway gegeben und zudem Ziele und Nutzen erläutert. Auf Basis der Definition werden die Anforderungen unter den Kriterien Prozessorientierung, Evidenzbasierte Medizin, Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit an CPWs diskutiert. Der Entlassungsplan ist ein parallel verlaufender Prozess zum medizinischen Behandlungsablauf. Deshalb stellen Co-Pathways für Begleiterkrankungen und für das Entlassungsmanagement eine wichtige Grundlage dar und werden daher auch im dritten Kapitel behandelt.

Im vierten Kapitel wird die Entwicklung, Konsentierung und Implementierung des Expertenstandards Entlassungsmanagement in der Pflege vorgestellt.

Im fünften Abschnitt werden Ansatzpunkte der pflegerischen Arbeit im CPW bei der Erkrankung Coxarthrose dargelegt. Im Vordergrund steht das Management des Entlassungsprozesses unter Berücksichtigung der Krankheitsbewältigung. Es werden geeignete Assessmentinstrumente untersucht, die bei Coxarthrosepatienten angewendet werden können. Darauf aufbauend folgt die Gestaltung des Entlassungsplans. Neben dem Entlassungsmanagement werden mögliche pflegerische Aufgaben im Management des medizinischen Behandlungsablaufs beschrieben.

Der sechste Abschnitt beleuchtet Konzeptionen von CPWs. Zu unterscheiden sind Clinical Pathways und Co-Pathways. Am Beispiel der Prozedur Hüft-Totalendoprothese bei Coxarthrose wird auf eine Konzeption des CPW näher eingegangen. Das Entlassungsmanagement wird mit einem Co-Pathway dargestellt und die anzustrebenden Entlassungsergebnisse exemplarisch benannt. Des Weiteren werden Probleme hinsichtlich der Konstruktion und Anwendung von CPWs aufgezeigt.

Im siebten und letzten Abschnitt folgt eine Zusammenfassung und die Arbeit schließt mit einem Fazit.

2 Die Erkrankung Coxarthrose

Im folgenden Kapitel wird eine Übersicht über die Erkrankung Coxarthrose gegeben. Dazu werden das Krankheitsbild und das Krankheitsaufkommen beschrieben. Im Weiteren werden die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie pflegerische Ansätze hinsichtlich der Unterstützung der Krankheitsbewältigung im Akutkrankenhaus benannt. Außerdem werden die nachstationären Versorgungsmöglichkeiten aufgezeigt. Im Anschluss werden Versorgungsrisiken der Coxarthrosepatienten unter den DRG-Bedingungen dargestellt.

2.1 Krankheitsbild und Krankheitsaufkommen

Nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie sowie dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie e.V. (DGOOC) werden unter Coxarthrose alle degenerativen Erkrankungen des Hüftgelenkes, „...die zu einer progressiven Zerstörung des Gelenkknorpels unter Mitbeteiligung der Gelenkstrukturen wie Knochen, synovialer und fibröser Gelenkkapsel sowie periartikulärer Muskulatur führen“ verstanden (DGOOC 2002, S.121).

Die Coxarthrose ist eine häufige Erkrankung im Erwachsenenalter. Nach Daten des Statistischen Bundesamtes sind allein im Jahr 2004 in Deutschland 149.842 Patienten mit dieser Hauptdiagnose im Krankenhaus vollstationär behandelt worden. Unter der weiblichen Bevölkerung zählt die Coxarthrose mit 91.693 Fällen zu den fünfzehn häufigsten Erkrankungen (Statistisches Bundesamt 2006). Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und den natürlichen körperlichen Abbauprozessen wird die Erkrankung noch weiter zunehmen. Betrachtet man Hüftgelenkserkrankungen einschließlich Schenkelhalsfrakturen, werden in Deutschland nach Heisel jährlich etwa 160.000 Hüftendoprothesen implantiert (Heisel 2005, S.138).

Üblicherweise manifestiert sich klinisch die Erkrankung nach dem 50. bis 60. Lebensjahr überwiegend an beiden Hüftgelenken (DGOOC 2002, S.121). Es wird unterschieden zwischen den primären (idiopathische) und sekundären Coxarthrosen. Bei den primären Coxarthrosen sind die Ätiologie (Krankheitsursache) und die Pathogenese (Krankheitsverlauf bis zum Krankheitsausbruch) unbekannt, im Gegensatz zu den sekundären Coxarthrosen. Hier ist die Ätiologie und Pathogenese bekannt (DGU 1999, DGOOC

2002)¹. Zu den häufigsten Ursachen zählen neben der angeborenen Hüftdysplasie/-Luxation eine Reihe von Erkrankungen wie beispielsweise Hüftkopfnekrosen, Rheumatische Erkrankungen, Entzündungen oder nach Unfällen Verletzungen des Hüftgelenkes. Hinzu kommen noch weitere Einflussfaktoren wie Übergewicht, Fehlbelastung sowie Stoffwechselerkrankungen (DGU 1999, DGOOC 2002).

Die Arthroseentwicklung kann über einen langen Zeitraum als latente Coxarthrose klinisch stumm bleiben. Das bedeutet, dass der Patient allenfalls das Binden der Schnürsenkel als störend empfindet (Rössler/Rüther 2005, S. 290-292). Im weiteren Verlauf sind mit der Arthrose des Hüftgelenkes oftmals zunehmende körperliche und psychosoziale Einschränkungen verbunden. Dazu gehören Störungen im Bewegungsablauf (Gangbild), Beeinträchtigungen in der Mobilität (Gehstrecke) oder in der Belastbarkeit. Die Erkrankung wird von Schmerzen begleitet (ebenda).

Eingeschränkte Mobilität kann das Bedürfnis nach Unabhängigkeit und Produktivität wie auch das Selbstwertgefühl und soziale Wertigkeit des Patienten stark beeinträchtigen (Lubkin 2002, S.211ff.). Selbst die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben oder Arbeitsleben ist gefährdet, wenn der Betroffene dauerhaft an den möglichen Folgen der Coxarthrose leidet (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006).

Aufgrund des schleichenden Verlaufs kann die Erkrankung zum sozialen Rückzug führen, der oft nicht wahrgenommen wird. Diese weitreichenden Beeinträchtigungen können zum Hilfebedarf durch Familie und Umfeld oder professionellen Dienstleistern führen (Lubkin 2002, S.212).

Abhängig vom weiteren Verlauf der Erkrankung (Krankheitsstadium) spielt der Allgemeinzustand des Patienten, der Leidensdruck als auch die Einschränkung in der Lebensqualität für das diagnostische und therapeutische Vorgehen eine wesentliche Rolle.

¹ DGU= Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

2.2 Diagnostik, Therapie und Pflege

Die medizinische Diagnostik bei der Coxarthrose gliedert sich in die klinische Untersuchung und die apparative Untersuchung. Bei den notwendigen klinischen Untersuchungen wird beispielsweise das Gangbild, das Bewegungsausmaß, der Rotationsschmerz, die Beinlänge und die Beinlängendifferenz bewertet. Zudem kommt noch die Beurteilung benachbarter Gelenke, die Beurteilung von Durchblutung, Motorik und Sensibilität, sowie die Beurteilung von Infektzeichen hinzu (DGU 1999, S.111-113, DGOOC 2002, S.122-123).

Zu der notwendigen apparativen Untersuchung zählt das Röntgen, insbesondere die Beckenübersichtsaufnahme (Abb.1). Im Einzelfall werden eine axiale Röntgenaufnahme der Hüfte oder auch weitere spezielle radiologische Untersuchungen wie beispielsweise die Computertomographie oder die Magnet-Resonanz-Tomographie durchgeführt (ebenda). Zudem können noch Laboruntersuchungen notwendig werden, insbesondere, wenn eine operative Therapie vorgesehen ist (ebenda).

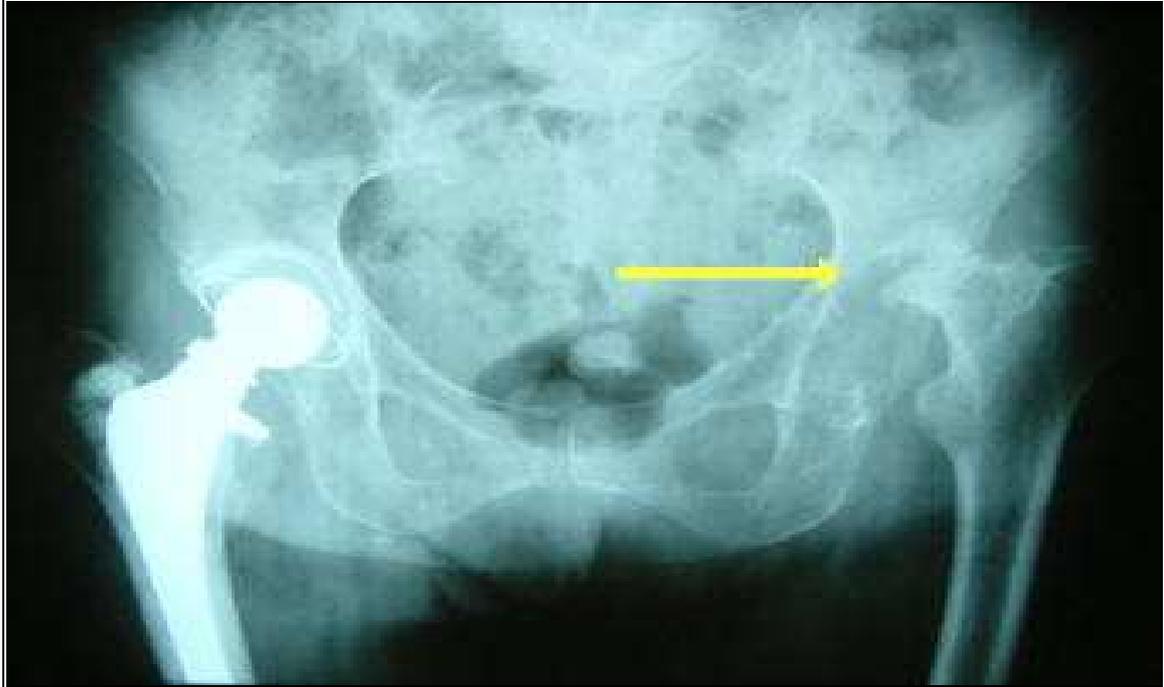
In Abbildung 1 wird eine Beckenübersichtsaufnahme dargestellt. Der gelbe Pfeil deutet auf eine schwere Coxarthrose bei einer 70-jährigen Frau, die bereits auf der gegenüberliegenden Seite mit einer Hüfttotalendoprothese versorgt worden ist. Deutlich zu erkennen ist der fast vollständig zerstörte und zum Teil resorbierte Hüftkopf.

Die Therapieziele sind Schmerzlinderung und die Verbesserung der Lebensqualität, Beweglichkeit, Gehleistung sowie die Verzögerung des Fortschreitens der Coxarthrose (DGOOC 2002, S.123).

Zu unterscheiden sind grundsätzlich zwei Therapieoptionen: die konservative und die operative Therapie. Im Rahmen der konservativen Therapie stehen die Therapieformen im Vordergrund, bei denen nicht operiert wird (ebenda). Ein Bestandteil der konservativen Therapie sind Beratungsleistungen. Hierbei geht es um die Aufklärung des Patienten über die Erkrankung und deren natürlichen Verlauf sowie das Aufzeigen der Möglichkeiten der konservativen Therapie. Nach der DGOOC umfassen diese Beratungsleistungen unter anderem die Aufklärung über das Verhalten im Alltag und über das Maß der körperlichen Belastung im Beruf und Sport. Außerdem sollte auch über die Folgen von Adipositas und Bewegungsmangel sowie auch über die Notwendigkeit von regelmäßigen Übungen zur

Beseitigung von Muskeldefiziten mit Hilfe von Eigenübungen beraten werden (DGOOC, S.123).

Abbildung 1: Schwere Coxarthrose mit nahezu kompletter Zerstörung des Hüftkopfes, bei implantierter Hüftendoprothese auf der gegenüberliegenden Seite



Quelle: St. Josefshospital Krefeld Uerdingen (2005)

Üblicherweise erstreckt sich die medizinisch-konservative Therapie auf eine medikamentöse Behandlung zur Schmerzreduktion und Entzündungshemmung. Medikamente die verabreicht werden sind beispielsweise Analgetika, Antiphlogistika und Steroide. Weiterhin gehört zu der konservativen Behandlung die physikalische Therapie wie beispielsweise die Thermo- beziehungsweise Hydrotherapie, physiotherapeutische Maßnahmen (Mobilisierung, Koordinationsschulung) als auch die Verordnung von orthopädischen Hilfsmitteln zum Beispiel Gehhilfen, Sitzerrhöhungen und Pufferabsätze (DGOOC 2002, S.123).

Für das Krankenhaus steht die operative Therapie im Mittelpunkt, da die konservative Therapie in der Regel ambulant durchgeführt wird (DGU 1999, S. 113, DGOOC 2002, S.125).

Zu den häufigsten operativen Behandlungsverfahren bei der Erkrankung Coxarthrose zählt die Implantation eines künstlichen Hüftgelenkes (Rössler/Rüther 2005, S.292). Alternativ können Osteotomien zur Korrektur von Fehlstellungen der Knochen oder die sogenannte

Arthrodesen (Versteifung des Gelenkes) durchgeführt werden. Die Indikation ist jeweils anhand der Einzelfallkonstellation wie therapeutisch nicht beherrschbare Schmerzzustände, deutlich eingeschränkte Gehfähigkeit oder hohen Leidensdruck zustellen (DGU 1999, S.113).

Die postoperativen Maßnahmen beinhalten Röntgen und Laborkontrollen und die frühzeitige Mobilisierung des Patienten zur Wiederherstellung der Funktionalität des Gelenkes. Die Mobilisierung dient auch zur Vermeidung von Sekundärschäden wie beispielsweise Thrombose (DGOOC 2002, S.125). Im Anschluss der Akutbehandlung beginnt in der Regel eine Anschlussheilbehandlung in einer Rehabilitationseinrichtung (ebenda).

Die Entscheidung über einen Krankenhausaufenthalt wird durch die medizinische Diagnose bestimmt. Aus diesem Grund steht der „medizinische Hauptarbeitsgang“ im Vordergrund. Eigenständige pflegerische Leistungen sind deshalb den diagnostischen und den therapeutischen Maßnahmen nachgeordnet. Ausnahmen ergeben sich in der palliativen Versorgung oder in der Sterbebegleitung (Dahlgaard/Stratmeyer 2004, S.635).

Während die medizinischen Aufgaben im Versorgungsprozess prinzipiell auf das Erkennen, Verhüten, Heilen und Lindern von Krankheiten gerichtet ist, beziehen sich die pflegerischen Aufgaben auf die Reaktionen des Patienten und seines sozialen Umfeldes auf dessen Gesundheitsprobleme. Neben Aufgaben der ärztlichen Assistenz übernehmen Pflegende zudem Aufgaben in der Rehabilitation, der palliativen Versorgung und in der fürsorglichen Begleitung chronisch Kranker und Sterbender (Dahlgaard/Stratmeyer 2004, S.635).

Als Bezugsrahmen für die Krankheitsbewältigung von Coxarthrosepatienten soll das Modell der Krankheitsverlaufskurve von Corbin/Strauss und Mitarbeitern dienen. Dieses interdisziplinär nutzbare Modell stellt die Krankheitsbewältigung als zentralen Ausgangspunkt für die Versorgung dar. Es ist aus zahlreichen Interviews im stationären und ambulanten Sektor entstanden, basierend auf der Methode der Grounded Theory, einem interpretativen Paradigma (Corbin/Strauss 2004, S.31). Die Krankenhausbehandlung des Coxarthrosepatienten stellt in der Regel nur einen kleinen Teil des Versorgungsprozesses dar. Vor dem Krankenhausaufenthalt sind oftmals schon ambulante Behandlungen durchgeführt worden. Poststationär kann sich die Erkrankung noch über Monate hinziehen (Jerosch/Heisel 2005, S.187).

Der Begriff Krankheitsverlaufskurve (Illness Trajectory) von Corbin/Strauss ist nicht gleichzusetzen mit der medizinischen Sicht des Krankheitsverlaufs, der sich auf den physiologischen Ablauf einer Krankheit bezieht, sondern „... auf die Gesamtorganisation der Arbeit, die in diesem Verlauf geleistet wird, und auf die Belastung derjenigen, die an dieser Arbeit und ihrer Organisation beteiligt sind“ (Corbin/Strauss 2004, S.49f.). In Folge dessen ist der physiologische Krankheitsverlauf bei der Erkrankung Coxarthrose zwar ein zentrales Merkmal, bildet aber nur ein Teil der Verlaufskurve. Insgesamt verweist der Begriff Verlaufskurve auf eine aktive Rolle von den Menschen, die bei der Gestaltung des Krankheitsverlaufs mitarbeiten (ebenda, S.50). Dabei wird dieser Verlauf nicht nur von der Art der Krankheit und die daraus resultierenden Reaktionen bestimmt, sondern auch von den Handlungen der Professionellen, des Kranken und seinem persönlichem Umfeld, die bei der Krankheitsbewältigung mitwirken (ebenda). Das Ziel der Pflege bei Chronizität ist, den Patienten im Krankheitsverlauf zu unterstützen und darüber hinaus die Lebensqualität zu erhalten. Diese begleitende Pflege beinhaltet die Prävention von Krankheiten und bei chronischer Krankheit, die biographischen Bedürfnisse des Patienten zu berücksichtigen. Damit eine Reihe von Alltagsaktivitäten wieder ausgeführt werden können, sorgen Pflegende für eine entsprechende Behandlung (Woog 1998, S.19).

Die Forschungsgruppe um Corbin/Strauss ist zu der Erkenntnis gekommen, dass Krankheitsbewältigung Arbeit bedeutet. Dieser Prozess setzt sich aus drei Hauptarbeitslinien zusammen, die wechselseitig miteinander verschränkt sind und bei der Bewältigung berücksichtigt werden müssen (Corbin/Strauss 2004, S.110):

- Krankheitsbezogene Arbeit
- Biographische Arbeit
- Alltagsarbeit

Jede dieser Arbeitslinien besteht aus verschiedenen Arbeitstypen. Bei der krankheitsbezogenen Arbeit geht es um Dinge, die im Zusammenhang mit der Behandlung stehen wie Prävention, Umgang mit Krisen, Symptommanagement und diagnosebezogene Arbeit. Zu den präventiven Aufgaben bei Coxarthrose kann beispielsweise die Vermeidung von Sekundärschäden gehören wie Dekubitus und Thrombose. Hierbei unterstützen Pflegende den Patienten im Rahmen der postoperativen Frühmobilisation. Eine Krisensituation kann beispielsweise bei einer unverträglichen Bluttransfusion auftreten oder bei der

postoperativen Überwachung von Vitalzeichen. Symptommanagement kann die Kontrolle von Schmerzen bedeuten, in dem Pflegende die Schmerzen von Coxarthrosepatienten wahrnehmen, dem Arzt rückmelden und angeordnete Medikamente dem Patienten verabreichen oder den Patienten die richtige Medikamenteneinnahme vermitteln. Dazu gehören auch Anregungen und Unterstützung beim Aufbau schmerzlindernder Verhaltensweisen. Pflegende nutzen hierfür Konzepte der Patientenschulung und Beratung (DNQP 2004b, Petermann 1997).

Zu der diagnosebezogenen Arbeit kann beispielsweise die Assistenz im Diagnostikprozess gehören wie die Koordination von Untersuchungsterminen oder auf ärztliche Anordnung Blutentnahmen durchzuführen.

Bei der biographischen Arbeit geht es darum, dass der chronisch Kranke sein Leben wieder zu einem „Ganzen“ zusammensetzen muss. Die veränderten Fähigkeiten, die der Kranke hat, müssen in sein Leben integriert werden. Die biographische Arbeit enthält drei Dimensionen (Corbin/Strauss 2004, S.70):

- Die biographische Zeit

Erfahrungen, die in der Vergangenheit gemacht wurden, wirken sich in der Gegenwart und der Zukunft aus. Die Krankheit macht das Zeitliche bewusst, sie teilt das Leben in das, was vor der Krankheit an Aktivitäten möglich war und das, was zukünftig möglich ist.

Beispiel: Vor der Erkrankung konnte der Coxarthrosepatient noch aktiv Segeln. Für ihn bedeutete das Segeln Freiheit. Nun bestehen Unsicherheiten, ob er dieses Lebensgefühl jemals wiedererlangen kann.

- Die Selbstkonzeption

Die Konzeption des Selbst ist eng mit der biographischen Zeit verknüpft und komplex. Mit der Erkrankung wird sie in Frage gestellt und gegebenenfalls neu entworfen (Corbin/Strauss 2004, S.70)

- Den Körper

Der Körper ist das Medium, durch das Selbstkonzeptionen gebildet werden. Der Mensch nimmt darüber sich und seine Umwelt wahr. Kommunikation und Handeln wird über den Körper transferiert. Gleichzeitig wird von anderen Menschen der Körper wahrgenommen und gespiegelt, beispielsweise die Reaktion des Gegenüber, wenn der Coxarthrosepatient das Bein nach sich zieht oder durch etwaige Einschränkungen in der Sexualität aufgrund von Funktionseinschränkungen in der

Rotation, Abduktion und Flexion (DGU 1999, S.111). Bei einer chronischen Krankheit verändert sich der Körper in seinen Funktionen und seiner Wahrnehmung durch andere, was wiederum Rückwirkungen auf das Selbstkonzept haben kann (Corbin/Strauss 2004, S.71f.).

Es wird deutlich, dass neben den Coxarthrosepatienten auch seine Angehörigen Bewältigungsarbeit leisten müssen. Eine Möglichkeit der Pflegenden die Betroffenen dabei zu unterstützen ist die humanistisch-altruistische Pflegebegleitung. Hier geht es darum, Anteil zu nehmen an den besonderen psychosozialen Belastungen der Betroffenen, die gekennzeichnet sind von Leiderfahrung, Perspektiv- und Hoffnungslosigkeit (Stratmeyer 2005a, S.45f.).

Hinsichtlich der Alltagsarbeit geht es für den Coxarthrosepatienten darum, seine Aufgaben im Alltagsleben unter den Bedingungen des Krankseins wieder auszuüben (Corbin/Strauss 2004, S.110). Beispielsweise gehören Aufgaben dazu, die es dem Patienten ermöglichen, mit seinen meist eingeschränkten Ressourcen in seiner Häuslichkeit zurechtzukommen. Pflegende unterstützen den Patienten dabei, in dem sie den poststationären Versorgungsbedarf in ihrer Planung berücksichtigen. Für Coxarthrosepatienten sind unter anderem die Schmerzbewältigung und eine angemessene Hilfsmittelversorgung von Bedeutung.

Mit jedem Arbeitstypus sind Interaktionen verbunden. Diese können mit den Angehörigen stattfinden oder auch mit professionellen Helfern. In diesen Interaktionen geht es für den Kranken oftmals darum Informationen zu gewinnen und diese weiterzugeben, seine Anliegen, seine Fürsorge, seinen Ärger auszudrücken oder auch Aufgaben zu verteilen. (Corbin/Strauss 2004, S.110).

Für die Patienten bedeutet eine chronische Erkrankung Krankheitsanpassung. Pflegende sind dabei behilflich, diese mit dem Krankheitseinbruch einhergehenden Verunsicherungen und Probleme zu lösen oder geben Möglichkeiten der Gestaltung des Lebens mit einer chronischen Erkrankung (Schaeffer 1995, S.146).

Eine Aufgabe der Pflege besteht in der Wissensvermittlung und Aufklärung über Krankheit, über Möglichkeiten der Alltagsbewältigung mit Krankheit und über Erleichterungsmöglichkeiten. Diese Aufklärungsarbeit kann einem Balanceakt

gleichkommen, weil diese Anforderungen an den Patienten in Einklang mit seinem Alltagsleben und seinen Vorstellungen von Lebensqualität zu bringen sind (Schaeffer 1995, S.146). Pflegende sind Ansprechpartner für die Probleme des Patienten bei der Krankheitsanpassung und bieten ihm die notwendige soziale Unterstützung und Bekräftigung bei den von ihm abgeforderten Umstellungsprozessen hinsichtlich einer krankheits- wie gesundheits- angemessenen Lebensweise (ebenda). Eine bedeutende Rolle nimmt dabei das Entlassungsmanagement ein. Hier geht es darum, Versorgungskontinuität zu gewährleisten und den Patienten durch die Vermittlung von poststationären Versorgungsangeboten auf den nachstationären Aufenthalt vorzubereiten. Zudem geht es um die Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen, die ihn bei seiner Krankheitsbewältigung unterstützen sollen (DNQP 2004a).

2.3 Rehabilitation

Wie oben angesprochen, handelt es sich bei Coxarthrosepatienten um Krankheitsverläufe, die sich poststationär über Monate hinziehen können. Der Rehabilitationsprozess verläuft entsprechend krankheitsbegleitend und erfordert neue Anpassungen insbesondere dann, wenn die Krankheit mit ihren funktionalen und psychischen Folgen in ein neues Stadium eintritt oder wenn Wandlungsprozesse in der Arbeitswelt den chronisch Kranken in der Leistungsfähigkeit überfordern (Best/Gerdes 2005, S.299). Daher kann die Rehabilitation nicht als ein einmaliger Akt verstanden werden, sondern erfordert fortlaufende Anstrengungen (ebenda).

Idealtypischerweise beginnt der Rehabilitationsprozess des Coxarthrosepatienten auf wenige Wochen institutionell begrenzt in einer stationären, teilstationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung. Dabei ist die ambulante Rehabilitation eher eine Ausnahme (Lüke/Herrström 2001, S.1086). Danach folgt die Phase der langfristigen Rehabilitation, welche als Nachsorge verstanden werden kann (Best/Gerdes 2005, S.299).

Von der Diagnose Coxarthrose ausgehend und der damit einhergehenden häufigen Prozedur Implantation einer Hüft-Totalendoprothese beginnt der rehabilitative Prozess bereits in der Akutklinik, da gesetzlich vorgeschrieben ist, dass das erstversorgende Krankenhaus die komplette Akutversorgung, einschließlich Leistungen zur Frührehabilitation gesetzlich zu erbringen hat (SGB V, § 39, Abs.1). Im Anschluss daran haben Coxarthrosepatienten Anspruch auf eine Anschlussheilbehandlung (SGB V, § 40).

Konkretisiert wird dieser im Indikationskatalog für Anschlussheilbehandlungen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2005).

Sozialversicherungsrechtlich soll die Anschlussheilbehandlung (AHB) dazu beitragen, krankheitsbedingt verloren gegangene Funktionen und Fähigkeiten der Patienten wieder zu erlangen und damit Ihre körperliche und psychische Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. Falls dies nicht machbar ist, sollen Verluste so gut wie möglich kompensiert werden. Ziel ist es, die Patienten auf die Belastungen des Alltags- und Berufslebens gut vorzubereiten. Die AHB muss möglichst nahtlos innerhalb von 14 Tagen nach dem Krankenhausaufenthalt beginnen und dauert ca. drei Wochen (ebenda).

Bevor die AHB beginnt, muss in der Akutklinik die Rehabilitationsfähigkeit erreicht werden (Deutsche Rentenversicherung 2005). Hierzu zählt:

- Die Wundheilung muss abgeschlossen sein.
- Die Frühmobilisation muss im Akutkrankenhaus stattfinden.
- Der Patient muss die wesentlichen Aktivitäten des täglichen Lebens selbst übernehmen können. Hierzu zählen die eigenständige Körperpflege, sowie die Mobilisation (ggf. mit Hilfsmitteln) auf stationärer Ebene.

Werden diese Kriterien zur Rehabilitationsfähigkeit erfüllt, ist eine AHB- Maßnahme in der Regel unproblematisch. Vom Krankenhaus und vom Patienten sind diesbezüglich unterschiedliche Anmeldeformulare auszufüllen, die relativ einfach gehalten sind und somit zum reibungslosen Funktionieren der Schnittstelle führen soll (Best/Gerdes 2005, S. 297).

2.4 Die Coxarthrose und Diagnosis Related Groups

Die Selbstverwaltung für German Refined- Diagnosis Related Groups² ist hauptsächlich nach §17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) zuständig für die DRG-Einführung. Um den zu frühen Krankenhausesentlassungen durch dieses monetäre Anreizsystem vorzubeugen, haben die Selbstverwaltungspartner mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK gGmbH) einen Fallpauschalen-Katalog herausgegeben, in dem die untere- und obere Grenzverweildauer prozedurenorientiert geregelt ist (InEK gGmbH 2006, S.24).

² Zusammenschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen, Verband der privaten Krankenversicherung sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft.

Bei der Implantation einer Hüftgelenksprothese ist die untere Grenzverweildauer mit fünf Tagen und die obere Grenzverweildauer mit 30 Tagen kalkuliert.³ Die mittlere Verweildauer wird mit 17,3 Tagen angegeben (ebenda). Wer die Grenzverweildauern unter- oder überschreitet, hat bei Krankenhausentlassungen nach §1 der Fallpauschalenverordnung von 2004 mit monetären Ab- oder Zuschlägen zu rechnen.

Allerdings drohen unter den DRG Bedingungen einige Gefahren. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) weist in seinem Gutachten von 2003 darauf hin, dass für die Akutkliniken der Anreiz besteht, die Patienten in einem nicht rehabilitationsfähigen Zustand zu verlegen. Dadurch würde die durchschnittliche medizinische Fallschwere der Patienten steigen. Das heißt, dass Rehabilitationseinrichtungen vermehrt akutstationäre Aufgaben übernehmen müssen. Das würde im Ergebnis bei Beibehaltung der bisherigen gesetzlichen Befristungsregelungen hinsichtlich der Dauer (drei Wochen) von Rehabilitationsmaßnahmen zu Lasten der originären rehabilitativen Versorgung der Patienten gehen (SVR-Gutachten, Band II 2003b, S.76f.). Demnach ist unter dem neuen Entgeltsystem nicht auszuschließen, dass die Wundheilung der Patienten bei Antritt der AHB- Maßnahme noch nicht abgeschlossen ist und die Patienten noch nicht selbständig mobil sind. Das würde bedeuten, dass eine poststationäre Phase, die als Frührehabilitation bezeichnet werden kann, in der Rehabilitationsklinik - zu Lasten des Kostenträgers der AHB-Maßnahme absolviert wird, mit der Folge, dass die eigentliche AHB-Maßnahme verlängert oder zu früh abgebrochen werden muss (Best/Gerdes 2005, S.297). Folglich bestehen potentielle Versorgungsbrüche. Allerdings liegen hierzu noch keine umfangreichen Daten vor.

3 Grundlagen von Clinical Pathways

Im nächsten Abschnitt erfolgt eine Begriffsklärung des Clinical Pathway. Ursprung, Ziele und Nutzen von CPWs werden dargestellt. Darauf aufbauend werden die zentralen Anforderungen an CPWs erläutert. Diese umfassen eine prozessorientierte Sichtweise der Patientenversorgung auf evidenzbasierter Grundlage und orientieren sich an den nationalen und klinikinternen medizinischen Leitlinien der Erkrankung Coxarthrose. Die CPWs müssen ebenso qualitätssichernde Maßnahmen enthalten und Patientenerwartungen

³ Die Verweildauer bei der Implantation einer einseitigen Hüftgelenksprothese wird in dem Katalog nicht gesondert aufgeführt. Der 5.Tag ist der erste mit Abschlag.

berücksichtigen. Es wird die Notwendigkeit von Co-Pathways beschrieben, die für Begleiterkrankungen oder komplexe Gesundheitsprobleme von Bedeutung sind.

3.1 Begriffsklärung Clinical Pathways

Der Begriff Clinical Pathways (CPWs) stammt aus dem angloamerikanischen Sprachraum. In der Literatur finden sich eine Vielzahl von Begrifflichkeiten, die oftmals synonym verwendet werden. Im englischen Sprachraum werden die Begriffe Critical Pathways, Care maps, Pathways of care, Clinical practice guidelines oder Interdisciplinary care plans verwendet (Zander 2000, Johnson 2002, Biniash/Dülberg 2004, S.295). Übersetzungen aus dem deutschen Sprachraum tragen noch zur weiteren Unübersichtlichkeit bei.

In der deutschsprachigen Fachliteratur findet man Begriffe wie Geplante Behandlungsabläufe, Patientenpfade oder Klinische Pfade (Hellmann 2002). Ebenso vielfältig wie die Begriffe sind die Definitionen (ebenda, S.15). Im Rahmen dieser Arbeit wird die vorgeschlagene Definition von Hellmann zugrunde gelegt.

„Ein Klinischer Pfad ist ein netzartiger, Berufsgruppen übergreifender Behandlungsablauf auf evidenzbasierter Grundlage (Leitlinien), der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt. Die Begriffe Clinical Pathway, Geplanter Behandlungsablauf und Patientenpfad können synonym verwendet werden, sofern diese die genannten Kriterien beinhalten. Der Begriff Patientenpfad kann allerdings missverstanden werden, wenn man berücksichtigt, dass der amerikanische Begriff „Patient Pathway“ etwas völlig anderes meint: nämlich einen Leitfaden zur Orientierung für den Patienten!“ (ebenda, S.16). Das bedeutet, dass sowohl eine Expertenversion erstellt werden kann als auch eine Version für den Patienten zur Information über den Behandlungsprozess. Diese Arbeit konzentriert sich jedoch aus Komplexitätsgründen auf die Expertenversion.

Erkenntnisleitend erscheint für diese Arbeit die oben genannte Definition sinnvoll, weil im Gegensatz zu anderen Definitionen diese einen berufsgruppenübergreifenden Ansatz berücksichtigt, der die Behandlung und Komplexität von chronischen Krankheiten geschuldet ist (Corbin/Strauss 2004). Somit können die Teilqualitäten einzelner Disziplinen bei der Gesundheitsversorgung einfließen. Außerdem wird bei einigen Pathwaydefinitionen der fehlende Bezug zur Evidenzbasierung kritisiert und somit die fehlende wissenschaftliche Fundierung (Hellige 2004, S.86).

3.2 Ursprung, Ziele und Nutzen

Seinen Ursprung findet die Methode der CPWs im industriellen Projektmanagement. Seit den fünfziger Jahren werden in diesem Bereich Critical Pathways mit Erfolg eingesetzt (Thiemann 1996, S.454). Hier wurde das Instrument benutzt, um eine integrative Wegbeschreibung zur Koordination einer Vielzahl paralleler Aktivitäten in einem engen Zeitablauf darzustellen. Erst Mitte der achtziger Jahre wurde die Methode im Gesundheitswesen der USA im Zuge von Reorganisationsmaßnahmen eingesetzt und erwies sich dort als eine der effektivsten Methoden im Qualitätsmanagement (ebenda). Im Laufe der Zeit wurde diese Methode immer weiter entwickelt und in abgewandelter Form als Care Mapping oder Practice Guidelines eingeführt (ebenda).

Allgemein verfolgen CPWs den Zweck, die Unterschiede der Behandlung zu reduzieren, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Behandlungskosten zu senken (Hellmann 2002, Johnson 2002, Dykes/Wheeler 2002).

Als Orientierung dienen jeweils die fachlichen Standards/Leitlinien der Berufsgruppen auf dessen Basis CPWs entwickelt werden (Roeder 2002, S.464, Fischer 2002, S.218). Mit den Standards soll zum einen eine hohe qualitative Patientenversorgung gewährleistet und andererseits eine Therapie der Beliebigkeit verhindert werden.

Der CPW wird in der Regel berufsgruppen- und abteilungsübergreifend entwickelt von der prästationären bis hin zur poststationären Phase. Ziel ist es dabei, die notwendige prozessorientierte Sichtweise der Leistungserbringer zu fördern (Johnsen 2002, Paeger et al. 2002).

Außerdem bietet der CPW für die Mitarbeiter eine bessere Steuerungsmöglichkeit des Behandlungsprozesses (Paeger et al. 2002, S.133). Paeger sieht die eigentliche Herausforderung der Zukunft darin, die organisatorische Bewältigung der medizinischen Leistungen aufgrund der Verweildauerreduzierungen durch die DRG Einführung ohne Qualitätseinbußen zu erbringen (Paeger et al. 2002, S.133). Hierbei geht er von einer Verweildauerreduzierung von ca. 30 Prozent aus (ebenda). Für dieses Ziel muss die tägliche Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden neu organisiert werden, wozu gemeinsam entwickelte CPWs einen entscheidenden Beitrag leisten sollen. Sie sind eine gute Grundlage, um die erhöhte Leistungsdichte des stationären Alltags besser zu managen (ebenda).

In Deutschland werden die CPWs erst mit Einführung der neuen Krankenhausfinanzierung diskutiert und sind vereinzelt in deutschen Krankenhäusern eingeführt. Derzeit liegen nur Erfahrungsberichte vor, wissenschaftlich evaluierte CPWs in Deutschland sind somit noch nicht existent (Hellmann 2002).

3.3 Anforderungen an Clinical Pathways

3.3.1 Prozessorientierung

Die Patientenversorgung im Krankenhaus ist ein hocharbeitsteiliges Geschehen. Einzelne Leistungen werden von unterschiedlichen Berufsgruppen, Bereichen und Abteilungen mit einer Vielzahl von handelnden Personen erbracht.

Allerdings steht das Krankenhaus seit Jahren in der Kritik, dass die einzelnen Leistungen zu wenig auf den Patienten abgestimmt seien: „Planung und Organisation sind nahezu ausschließlich auf einzelne Arbeitsabläufe (z.B. pflegerische Grundversorgung, Laboratoriumsdiagnostik, Operationen, Medikamentenversorgung, Speisenversorgung ... ausgerichtet, nicht dagegen auf den patientenbezogenen Versorgungsprozess“ (Eichhorn 1993, S.246f.). Als Folge muss den Krankenhäusern eine erhöhte Ressourcenverschwendung durch ein nicht abgestimmtes Leistungsgeschehen (zum Beispiel durch mangelnde Koordination und Kommunikation von Gesundheitsleistungen) vorgeworfen werden. Dies führt zu Doppelarbeiten, verlängerten Wartezeiten und Verweildauern. Nicht selten entstehen daraus Behandlungsfehler (SVR-Gutachten, Band I 2003a, S.59).⁴

CPWs verfolgen einen interdisziplinären Ansatz mit dem Ziel, die einzelnen Leistungen wieder zusammenzufügen. Sie sollen transparent und somit koordinierbar sein, das bedeutet, dass der Behandlungs- und Pflegeprozess als Ganzes betrachtet werden muss und zudem als ein berufsgruppenübergreifender und durchgängiger Ablauf zu sehen ist, der von den Anforderungen des Patienten ausgeht. (Dahlgaard/Stratmeyer 2004, S.634).

Der Begriff Prozess stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Vorgang mit Bewegung. Umgangssprachlich als auch im wissenschaftlichen Sprachgebrauch steht der Begriff für ein Geschehen mit einer zeitlichen Dimension (Greiling/Hofstetter 2002, S.15). Prozesse sind allgemein gekennzeichnet durch Zeit beanspruchende, logisch zusammengehörende

⁴ SVR= Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

und steuerbare Aktivitäten (ebenda, S.16). Dabei ist das betriebliche Geschehen als Ganzes und in seinen Teilbereichen als Prozess zu sehen (Greiling/Hofstetter 2002, S.15).

Begriffe aus der Industrie werden zunehmend auf den Klinikbereich übertragen.

Die Produktionstheorie aus der Betriebswirtschaft befasst sich schon seit langem mit Realgüterprozessen. Dabei werden Einsatzgüter Inputs (= z.B. Patienten Aufnahmezustand) in Ausbringungsgüter Outputs (= z.B. Patienten Entlassungsstatus) umgewandelt (Vahs 1999, S.196). Dieser Umwandlungsprozess wird als Transformationsprozess bezeichnet und erfolgt durch eine Reihe von Verrichtungen, Vorgängen oder Operationen, die nach bestimmten Regeln miteinander verbunden sind (Vahs 1999, S.196). Demzufolge wird ein Prozess als eine Verkettung, also als eine sachliche, zeitliche und räumliche Abfolge von Tätigkeiten verstanden (ebenda). Prozesse umfassen inhaltlich abgeschlossene Vorgänge, haben einen definierten In- und Output und müssen von einem bestimmten Ereignis angestoßen werden (ebenda). Arbeitsteilige Prozesse gelten als inhaltlich abgeschlossen, wenn sie isoliert von vor-, neben- oder nachgeordneten Vorgängen betrachtet werden können (ebenda). Verdeutlicht werden soll dies am folgenden Beispiel:

Ein Patient wird aufgrund der Erkrankung Coxarthrose ins Krankenhaus eingewiesen (Ereignis). Als Eingangsgröße wird der Aufnahmezustand des Patienten definiert (Input). Hieraus ergibt sich bei einer Krankenhausbehandlung nun ein Bündel von Tätigkeiten, die im Sinne der Prozessaufgabe im Clinical Pathway bearbeitet werden müssen. Zu nennen ist beispielsweise der Aufnahmeprozess, der wiederum sowohl den Prozess der stationären Behandlung und Pflege als auch den Entlassungsprozess anstößt. Als Output wird der Entlassungsstatus definiert. Da Prozesse im Allgemeinen einen wertschöpfenden Charakter besitzen, also für den Patient ein Ergebnis von Wert erzeugt wird, steht nach der spezifischen Aufgabenstellung des Krankenhauses der Kernprozess im Mittelpunkt (Patientenversorgung). Die Wertschöpfung ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Wert des Output und dem Wert des Input (Vahs, 1999, S.196f.).

Kernprozesse sind die Prozesse, die direkt mit dem Patienten in Verbindung stehen (Greiling/Hofstetter 2002, S.20). Hierzu zählen diagnostische- und therapeutische Maßnahmen sowie die pflegerische Versorgung. Neben dem Kernprozess gibt es sogenannte Supportprozesse wie Laboruntersuchungen, Leistungserfassung und -abrechnung, wobei diese nicht immer trennscharf vom Kernprozess abzugrenzen sind (ebenda). Von

Prozessmanagement wird gesprochen, wenn die Entscheidungsträger im Unternehmen die Prozesssicht in organisatorische Maßnahmen umsetzen (Vahs 1999, S.193).

3.3.2 Evidenzbasierte Medizin als wissenschaftlicher Bezugsrahmen

Im Zusammenhang mit der Konzeption von CPWs erhält die Evidenzbasierte Medizin (EBM) eine besondere Bedeutung und kann als ein wesentliches Element für die Optimierung von Behandlungsabläufen gesehen werden (Fischer 2002, S.206, Hellige, 2004, S. 89). Die EBM ist die wissenschaftliche Basis der CPWs. Sie unterstützt die klinische Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung des korrekten, wissenschaftlichen Erkenntnisstandes (Schrappe/Lauterbach 2004, S. 60). Lauterbach zitiert Sackett, der EBM wie folgt definiert:

„Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung“ (Lauterbach 2001, S.100).

Diese Definition bezieht sich auf den Einzelfall und stellt in der Patientenversorgung eine effektive Methode dar, um das beste verfügbare wissenschaftliche Wissen in der Behandlungssituation auf die Therapie des Individuums abzubilden (Schrappe/Lauterbach 2004, S.62). Die Kerngedanken des EBM- Modells stammen aus der naturwissenschaftlichen Wirkungsforschung und haben für die Pflege als konstitutiv zu gelten, weil sonst die Problematik besteht, in internationalen Diskussionen nicht mehr über das Gleiche zu sprechen, wenn ein alternatives Paradigma dem entgegengesetzt wird (Wingenfeld 2004, S.79).

Es gibt unterschiedliche Gründe, die für die Gestaltung von CPWs auf der Grundlage von EBM sprechen. Die wichtigste Verbindungslinie zwischen CPWs und EBM sieht Fischer in der systematischen Betrachtung einer besten externen Evidenz bezüglich der getroffenen Behandlungsempfehlungen sowie der hohe Patienten- und Fallbezug der Entscheidungsfindung (Fischer 2002, S.220). Bei der Entwicklung von CPWs, die dem Ansatz der EBM folgen, vermutet er zudem eine höhere Akzeptanz bei den Akteuren. (ebenda). Die

Divergenz zwischen der eigenen Erfahrung und dem empfundenen normativen Druck, der von extern induzierter Standardisierung ausgeht, führen mitunter zu einer gewissen Abwehrhaltung von Therapeuten. Andererseits befindet sich der Arzt in einem permanenten Dilemma einer wissenschaftlichen Informationsasymmetrie, wenn er die externe Evidenz bei der Strukturierung von CPWs ausblendet (ebenda). So gesehen bietet EBM eine Möglichkeit des reflektierten Handelns bezüglich den eigenen Erfahrungen und der besten verfügbaren externen Evidenz für die Gestaltung der CPWs.

Ein weiterer Grund für EBM ist die Beschleunigung des Wissens, welches nicht zuletzt über die elektronischen Medien schnell verbreitet wird (Schrappe/Lauterbach 2004, S.60). Aus gesundheitspolitischer Sicht besteht das Interesse, Kriterien vorzugeben für die Entwicklung von Leitlinien und Richtlinien, die auf wissenschaftlichem Konsens basieren, insbesondere in Bereichen, in denen eine Über-, Unter- und Fehlversorgung⁵ vermutet wird (ebenda, S.64).

Die EBM hat eine Methodik erarbeitet um Studien im Hinblick auf ihrer Aussagekraft zu bewerten (Tabelle 1). Diese Systematik gliedert sich in den Evidenzstufen I bis IV.

In der Hierarchie werden randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) als der „Goldstandard“ angesehen, hingegen wird publizierten Ergebnissen aus Konsensuskonferenzen, Expertenmeinungen und/oder klinischen Erfahrungen von angesehenen Persönlichkeiten ein niedriger Evidenzgrad zugeschrieben.

⁵ Zur Über-, Unter-, und Fehlversorgung ausführlich im SVR-Gutachten , Band III, 2000/2001c.

Tabelle 1: Wertung der wissenschaftlichen Absicherung für klinische Leitlinien

Ia	Evidenz basiert auf einer Meta-Analyse oder mehreren randomisierten, kontrollierten Studien.
Ib	Evidenz basiert auf mindestens einer kontrollierten, randomisierten Studie.
IIa	Evidenz basiert auf mindestens einer kontrollierten oder randomisierten Studie mit gutem Studiendesign.
IIb	Evidenz basiert auf mindestens einer quasi-experimentellen Studie mit gutem Studiendesign.
III	Evidenz basiert auf einer nichtexperimentellen (Vergleichs-, Korrelations- oder Fall- Kontroll-) Studie mit gutem Studiendesign.
IV	Evidenz basiert auf publizierten Ergebnissen von Konsensuskonferenzen mit erfahrenen Experten, oder Meinungen und/oder klinischer Erfahrung von angesehenen Persönlichkeiten.

Quelle: (Bollschweiler 2004, S. 494)

Die unterschiedlichen Evidenzgrade aus der Tabelle zeigen die Bewertungskriterien von klinischen Studien. Sie entspringen im Wesentlichen aus den Ansätzen der klinischen Epidemiologie (SVR-Gutachten, Band II 2001b, S.74). Allerdings erlaubt die Evidenzstufe der Studie mit der ein Verfahren evaluiert wurde, keine Aussage über die Behandlungsnotwendigkeit und die Bedeutung der zur Disposition stehenden therapeutischen Optionen. Besonders in den Bereichen der Akut- und Notfallmedizin, beispielsweise in der Traumatologie können diese unstrittig wichtigen, weil auch unter Umständen lebensrettenden Optionen oftmals aus methodischen oder ethischen Gründen nicht ausreichend evaluiert werden (ebenda 2001, S.74). Andererseits dokumentieren Studien besonders in den Bereichen der medikamentösen Versorgung, hierunter auch RTCs, ihren wirkungsvollen Nutzen. Die Frage nach dem sinnvollen Einsatz in der individuellen Behandlungssituation bleibt aber dennoch weiterhin offen (ebenda). Die Klinische Entscheidungsfindung ist jedoch nicht nur geprägt von den Ergebnissen der externen Evidenz, sondern (wenn vorhanden) durch die Verbindung dieser mit den berufspraktischen Erfahrungen des Arztes und den Präferenzen des zu betreuenden Patienten (SVR-Gutachten, Band II 2001b, S.72).

3.3.3 Medizinische Leitlinien der Erkrankung Coxarthrose

Wie bereits im Kapitel 2.2 erwähnt, haben sich CPWs auch an medizinischen Leitlinien zu orientieren. Dabei sind zwei Arten zu unterscheiden: Nationale Leitlinien von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und klinik-interne Leitlinien (Bollschweiler 2004, S.493-500). Nach Definition der AWMF sind Leitlinien „systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen medizinischen Umständen zu unterstützen“ (AWMF online 2005). In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass Leitlinien „Handlungskorridore“ und Entscheidungsspielräume zulassen, von denen im begründeten Einzelfall auch abgewichen werden kann beziehungsweise muss. Anders ist es bei Richtlinien, die meistens als veröffentlichte Regeln von Institutionen herausgegeben werden und bei Nichtbefolgung Sanktionen in Form von juristischen Konsequenzen nach sich ziehen können (Bundesärztekammer 1998).⁶

Im Folgenden werden die Ziele von Leitlinien im System der AWMF dargestellt (Kopp et al. 2004, S.506) diese sind:

- „Verbesserung der Qualität ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen
- Verbesserung der klinischen Forschung
- Verhaltensänderung von medizinischem Personal und Patienten durch Empfehlungen, nicht Richtlinien
- Stringentere Versorgung bei Erhalt der ärztlichen Entscheidungsfreiheit innerhalb von Korridoren
- Kostenersparnis durch Vermeidung unnötiger diagnostischer und therapeutischer Verfahren
- Verbesserung der Wissensvermittlung für alle im Gesundheitssystem Tätigen und Patienten“

In Deutschland ist für die Koordination der Entwicklung von Leitlinien die AWMF zuständig. Initiiert wurde die Leitlinienentwicklung auf Empfehlung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen von 1995 (ebenda). Für die Behandlung der Coxarthrose gibt es derzeit zwei Leitlinien. Zum einen

⁶ Beispielfhaft seien hier Richtlinien zur Gabe von Bluttransfusionen genannt.

von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (1999) und zum anderen von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (2002). Es stellt sich die Frage, warum zwei Leitlinien zu ein und demselben Thema existieren. Beide Leitlinien beschreiben ein ärztliches Vorgehen entweder konservativer oder operativer Art, allerdings mit teilweise unterschiedlichen Handlungsempfehlungen. Nach Aussage der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie tendiert man in der AWMF inzwischen dahin, nicht nur mehrere Leitlinien von verschiedenen Fachgesellschaften zum selben Thema zu tolerieren, sondern sogar zu befürworten vor dem Hintergrund, dass Medizin eine im Fluss befindliche Wissenschaft und ein lebendiges Regelwerk ist. Dabei richten sich die Fachgebiete mit ihren spezifischen Aufgabenstellungen an den jeweiligen Leitlinien aus, die einer fortlaufenden Aktualisierung bedürfen (Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie 1999, S. VI).

Leitliniengese

Die Leitlinien der Medizinischen Fachgesellschaften werden in einem drei-stufigen Prozess entwickelt (ausführlich AWMF online 2005):

- Entwicklungsstufe 1 (S1-Leitlinie, von Expertengruppe erstellt)
- Entwicklungsstufe 2 (S2e- Leitlinie = Formale evidenz- Recherche oder S2k- Leitlinie = formale Konsensusfindung)
- Entwicklungsstufe 3 (S3-Leitlinie, systematische Erstellung)

Allerdings befinden sich die Coxarthrose-Leitlinien der beiden oben genannten Fachgesellschaften derzeit in der ersten Entwicklungsstufe, wobei die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie seit März 2004 entweder nicht mehr für aktuell erklärt oder zum angekündigten Datum nicht überprüft worden ist (AWMF online 2005). Bewertet man nun die Leitlinien der Entwicklungsstufe 1 nach der wissenschaftlichen Absicherung, so weisen sie einen niedrigen Evidenzgrad auf. Ein möglicher Grund hierfür ist nach Aussage der AWMF die Finanzierung der Leitlinien aus Eigenmitteln der jeweiligen Fachgesellschaften, also ohne Drittmittelfinanzierung (ebenda).⁷ Die Genese von Evidenzbasierten Leitlinien bedeutet ein nicht zu unterschätzender Ressourcenverbrauch. So ist neben dem hohen personellen und zeitlichen Aufwand der monetäre Faktor beachtlich. Redaelli und Stock verweisen auf Burgers et al. (2001), die die Kosten für die Leitliniengese von 19 Leitlinienprogrammen von acht europäischen

⁷ Unabhängige Finanzierung

Staaten schätzten. Hierbei reichte die Spannweite in Europa von 10.000 EUR bis zu 200.000 EUR. In Deutschland bewegen sich die Kosten zwischen 30.000 EUR und 200.000 EUR (Redaelli/Stock 2004, S.504). Die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (koordiniert durch die Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung) halten eine Verbesserung der Leitlinienqualität für unwahrscheinlich, solange die Finanzierung für die Autoren und Herausgeber der Leitlinien nicht hinreichend gesichert ist (Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung 2001, S.6).

Abzugrenzen von den nationalen Leitlinien sind die klinikinternen Leitlinien. Diese beziehen sich in erster Linie auf die spezifischen Anforderungen der Patientenversorgung eines Krankenhauses beziehungsweise einer Abteilung. Sie fokussieren besonders die Schnittstellen der jeweiligen Organisationseinheit, regeln das Zusammenspiel der beteiligten Berufsgruppen und geben Auskunft über Abläufe medizinischer und/oder organisatorischer Art für eine Behandlung (Bollschweiler 2004, S.495). Beispiele sind hierfür interne Leitlinien zur Schmerztherapie, zur elektiven Patientenaufnahme oder zur operativen Behandlung (zum Beispiel der Coxarthrose). Wenn nationale Leitlinien überhaupt zum tragen kommen sollen, müssen sie sich in den Krankenhausleitlinien widerspiegeln (ebenda, S.496).

Zu Beginn der Leitlinienentwicklung, Mitte der 90er Jahre, wurden zahlreiche Entwürfe produziert, sie fanden jedoch in der Praxis wenig Eingang, weil sie häufig nicht internationalen Qualitätskriterien genügten (AWMF 2005). In der Zwischenzeit fanden hierzulande Anpassungsmaßnahmen statt, um die Entwicklung qualitativ hochwertiger Leitlinien zu fördern.

Um eine hohe Akzeptanz bei der Implementierung von Evidenz basierten Leitlinien bei Coxarthrose zu erreichen, sollten möglichst viele Qualitätskriterien erfüllt werden. Diese Kriterien sind von der AWMF (2005) herausgegeben. Dabei orientiert sich die AWMF an internationalen Leitlinienmethodikern wie Field und Lohr (1992).

Tabelle 2: Qualitätskriterien von Leitlinien

Eigenschaft	Definition / Bedeutung
Validität/Gültigkeit	Die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen müssen korrekt interpretiert werden, so dass die Nutzung der Leitlinie als Hilfe zur Entscheidungsfindung zu der beabsichtigten Verbesserung in Diagnostik und/oder Therapie führt.
Reliabilität/Zuverlässigkeit	Unter gleichen klinischen Umständen sollte jeder Arzt die Leitlinie gleich oder sehr ähnlich als Hilfe zur Entscheidungsfindung nutzen.
Reproduzierbarkeit	Bei gleichen verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen sollte eine weitere unabhängige Expertengruppe zu gleichen Empfehlungen kommen.
Repräsentative Entwicklung	Alle Schlüsseldisziplinen sollten ihren Beitrag zur Entwicklung der Leitlinie geleistet haben.
Klinische Anwendbarkeit	Die Zielgruppe, für die wissenschaftliche Erkenntnisse und Erfahrungen verfügbar sind, ist definiert.
Klinische Flexibilität	Die Leitlinie nennt Ausnahmefälle und zeigt auf, wie die Bedürfnisse der Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen sind.
Klarheit	Leitlinien benutzen präzise Definitionen, eine eindeutige Sprache und benutzerfreundliche Formate.
Genauere Dokumentation	Die Leitlinien machen Angaben über die Teilnehmer an der Entwicklung, die Annahmen und Methoden und verknüpfen die ausgesprochenen Empfehlungen mit den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen und Erfahrungen.
Planmäßige Überprüfung	Die Leitlinien enthalten Angaben darüber, wann und wie sie überprüft werden.
Überprüfung der Anwendung	Die Leitlinien zeigen Verfahren auf, mit denen die Akzeptanz der Empfehlungen in der Praxis ermittelt werden kann.
Kosten-Nutzen-Verhältnis	Leitlinien sollen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung bei akzeptablen Kosten führen.

Quelle: AWMF online (2005), Field/Lohr (1992) In: Bollschweiler (2004, S. 501)

Probleme bei der Implementierung von Evidenz basierten Leitlinien

Wie oben dargestellt, beziehen sich die Coxarthrose-Leitlinien der AWMF derzeit auf Expertenmeinungen (Evidenzgrad IV). Daher können sie wegen ihrer methodischen Inhalte kritisiert werden. Sie sind nicht geschützt gegen den Einfluss wissenschaftlich beziehungsweise fachlich tradierter Vorurteile. Zudem stoßen Leitlinien besonders aus den Reihen der Ärzteschaft mitunter auf Kritik. Leitlinien würden den Erfahrungen und Präferenzen von Ärzten und Patienten nicht genügend Handlungsfreiheit lassen (Bassler 2003, S.45). Dieses Argument ist im Sinne der EBM dann nicht mehr haltbar, wenn die Erfahrung und Intuition des behandelnden Arztes mit validen, externen Informationen auf die Behandlung des individuellen Patienten abgestimmt sind (ebenda).

3.3.4 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

CPWs sollen einen wesentlichen Beitrag zu einer hohen qualitativen Versorgung leisten. Nach § 135a SGB V sind die Leistungserbringer für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität ihrer erbrachten Leistungen verpflichtet. Letztere müssen dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. In §135 Abs.2, SGB V wird gefordert, sich an einrichtungsübergreifenden Qualitätsmaßnahmen zu beteiligen mit dem Ziel, die Ergebnisqualität zu verbessern. In §137 Abs.1, SGB V wird darauf hingewiesen, dass die sektor- und berufsgruppenübergreifende Versorgung angemessenen zu berücksichtigen ist. Der aktuelle wissenschaftliche Stand kommt dabei in den Leitlinien und Standards der Berufsgruppen zum Ausdruck.

Der Begriff „Qualität“ oder was darunter zu verstehen ist, bereitet jedoch noch Schwierigkeiten, da es noch keine allgemeingültige akzeptierte Definition gibt (Kaltenbach 1993, S.59). Unzweifelhaft ist jedoch der Ursprung des Wortes aus dem lateinischen „qualitas“, das mit Eigenschaft oder Beschaffenheit übersetzt werden kann (ebenda). Nach der Definition der DIN EN ISO 8402 ist Qualität die „Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgelegter oder vorausgesetzter Erfordernisse beziehen.“ (Schwarte/Oberste-Ufer 2001, S.64).

Qualität ist also keine Eigenschaft die ein Produkt hat oder nicht hat, sondern kommt in der Relation zwischen dem geforderten Soll-Zustand und dem realistisch erreichten Ist-Zustand zum Ausdruck (ebenda).

Die Qualität von CPWs lässt sich demzufolge beurteilen durch die Messung des Outcomes (Output) und den Vergleich mit den zuvor definierten medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Zielen beziehungsweise den Patientenzielen. Für eine Qualitätsbeurteilung und Qualitätssicherung sind die Festlegung von Zielen und die Messung der Zielerreichung also zwingend erforderlich.

Qualitätssicherung ist nach der DIN EN ISO 9000 als ein Teil des Qualitätsmanagements zu verstehen, das Vertrauen darin schafft, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden. Dies lässt sich vor allem durch Darlegung der Erfüllung der Qualitätsanforderungen in der Vergangenheit und der Vorsorgemaßnahmen für die Zukunft erreichen (Selbmann 2004, S.277).

Für die Qualität in der medizinischen Versorgung wird oft Donabedian herangezogen, der eine Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität vorschlägt (Schrappe 2004, S.272). Bei der Anwendung von CPWs sind diese Kriterien notwendig, wobei der Schwerpunkt aus prozessorientierter Sicht entsprechend auf die Prozessqualität liegt.

Strukturqualität

Die Strukturqualität beschreibt für die CPWs die notwendigen Ressourcen. Dazu gehört die Ausstattung eines Krankenhauses wie beispielsweise Geräte, räumliche Ausstattung, Personal (Anzahl, Qualifikation, Ausbildung), die Organisationsstruktur (Aufbau, Ablauf, Kommunikationsstruktur), der Sachmittelbedarf etc.

Prozessqualität

Die Prozessqualität richtet den Fokus auf den Behandlungsablauf. Hier wird gemessen, inwieweit der durchgeführte Behandlungsprozess mit dem vorher definierten Behandlungsprozess übereinstimmt. In diesem Zusammenhang wird bei den CPWs auf die Durchführung von Varianzanalysen (Abbildung 2) hingewiesen (Dykes/Wheeler 2002, S.76 f., Johnson 2002, S.51 f.). Varianzen beschreiben in der Patientenversorgung die Differenz zwischen dem Ist und Soll, d.h. Varianzen sind Maß für Abweichungen im Versorgungsprozess.

Die Abweichungen von dem Clinical Patway werden dokumentiert und geben über mögliche Schwachstellen im Versorgungsprozess Aufschluss. Durch die rechtzeitige Wahrnehmung von Abweichungen soll der Erfolg sichergestellt und eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden (ebenda).

Abweichungen treten durch 3 Faktoren auf (Dykes/Wheeler 2002, S.77):

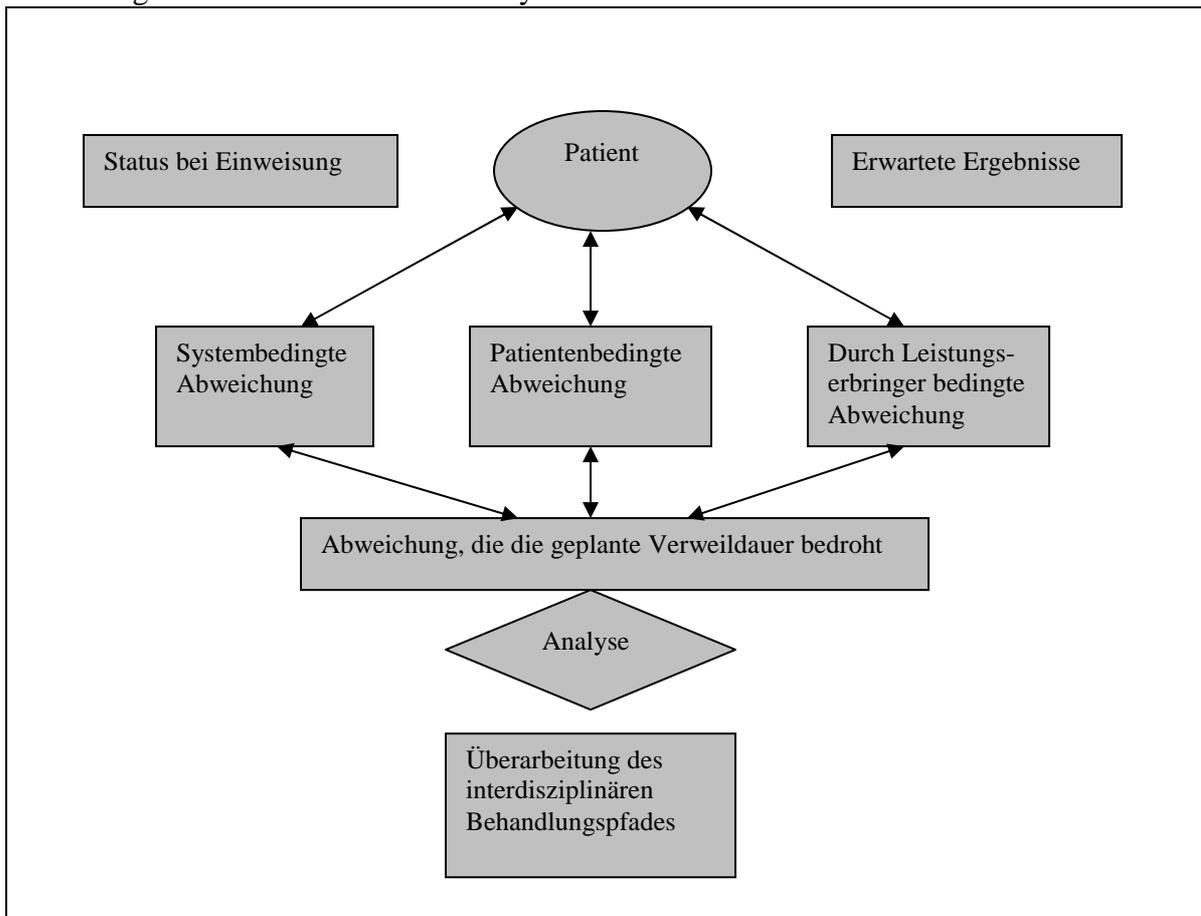
- durch den Patienten
- durch die Organisation oder das System des Krankenhauses
- durch den Leistungserbringer

Abweichungen, die sich auf den Patienten oder wichtige Bezugspersonen zurückführen lassen sind beispielsweise Entscheidungen des Patienten oder seiner Familie gegen eine Behandlung, der Zustand des Patienten ist so instabil, dass das Risiko einer OP zu groß ist oder es liegt keine angemessene Mitarbeit des Patienten bei der Therapie vor.

Systembedingte Abweichungen, die eine Verlegung verzögern sind zum Beispiel Termenschwierigkeiten, das Fehlen von Geräten, mangelnde OP- oder Bettenkapazitäten, oder fehlende Konsiliarärzte.

Beispiele für Abweichungen der Leistungserbringer sind fehlende oder unzureichende Dokumentation, Irrtum oder das Vergessen der Medikamentengabe (Dykes/Wheeler 2002, S.78).

Abbildung 2: Modell einer Varianzanalyse



Quelle: (Dykes/Wheeler 2002, S.79)

Dykes/Wheeler gehen davon aus, dass bei ca. 80 Prozent der Patienten der Versorgungsprozess normal verläuft (ebenda, S.76).

In der Literatur werden vier Methoden beschrieben um Abweichungen zu dokumentieren (Datenerfassung):

1. Eine nachträgliche Analyse der Krankenakten,
2. Die Dokumentation von Abweichungen auf einem separaten System der Qualitätssicherung,
3. Die Benutzung eines EDV-Systems und schließlich
4. Durch Eintragungen der Abweichungen direkt in den Clinical Pathway (Dykes/Wheeler 2002, S.79).

Dykes/Wheeler bezeichnen die beiden ersten Methoden als ineffektiv und zeitaufwändig (ebenda). Als eine ideale Lösung sehen sie die Erfassung von Abweichungen in einem EDV-System, welches optimaler Weise mit anderen Dokumentationssystemen und Datenbanken des Krankenhauses vernetzt ist. Die Abweichungen können dann direkt aus dem System entnommen und einer Datenanalyse hinsichtlich klinischer und finanzieller Ressourcen unterzogen werden. Die Vorteile eines EDV-Systems ergeben sich aus der Zusammenfassung von Daten und die schnelle Berechnung durch das System. Bei Eintragungen der Abweichungen in Formulare und entsprechende Dokumentationssysteme für den Clinical Pathway besteht der Nachteil, eines hohen Dokumentations- und Analyseaufwands beim Personal (Dykes/Wheeler 2002, S.80). Unabhängig davon, ob der Pathway im EDV-System oder mit Formularen abgebildet wird, entscheidend ist, dass die Informationen über die Einhaltung des Pathways von Beginn der Implementierung erfasst werden, ansonsten ist die Effektivität des Pathway nicht nachweisbar (ebenda).

Ergebnisqualität

Bei der Ergebnisqualität (Outcome) wird das Behandlungsergebnis gemessen und stellt in der medizinischen Versorgung die eindeutigste Bezugsbasis zur Ergebnisbeurteilung dar (Kaltenbach 1993, S.92, Schrappe 2004, S.272).

Zu berücksichtigen ist bei der Festlegung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, dass nicht ohne weiteres davon ausgegangen werden kann, dass sich eindeutige Zusammenhänge zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität herleiten lassen und eine klare Abgrenzung zwischen den Kategorien mitunter schwierig ist (Kaltenbach 1993, S.91). Eine hohe Strukturqualität führt nicht automatisch zu einer hohen Ergebnisqualität (Kaltenbach 1993, S.83). Weiterhin bestehen bei Anwendung der Trias von Donabedian

messtheoretische Probleme im psychosozialen Bereich. Bei dieser Anwendung besteht die Schwierigkeit den Outcome von Gesundheitsleistungen zu objektivieren und messbar zu machen (Metzler/Wacker 2001, S.59).

Die Ergebnisqualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung unterliegt außerdem einer Vielzahl von Faktoren. So ist die Ergebnisqualität abhängig vom Zeitpunkt der Messung. Bei lang zurückliegenden Messpunkten kann kaum noch ein Bezug zum Behandlungsprozess hergestellt werden (Kaltenbach 1993, S.93, zit. n. Lohr 1988, S.43). Dem entgegen sind andere Ergebnisse erst einige Zeit nach der Behandlung wirksam und messbar (Kaltenbach 1993, S.93). Folglich kann bei lang andauernden Krankheitsprozessen wie sie bei chronisch Kranken üblich sind, die Ergebnisqualität im Akutkrankenhaus als ein Zwischenergebnis gewertet werden.

Kaltenbach bezieht sich auf Eichhorn und resümiert, dass bei allen Widersprüchen auf die Ergebnisqualität nicht verzichtet werden sollte, da die Krankenhausbehandlung kein Selbstzweck sein kann. „Letztlich ist das Ergebnis des Transformationsprozesses, der sich zwischen Aufnahme und Entlassung vollzieht, die Verbesserung, Erhaltung oder Wiederherstellung bzw. allgemein die Veränderung der Gesundheit des Patienten“ (Kaltenbach 1993, S.93).

Mit den in Tabelle 3 aufgeführten Erhebungsinstrumenten besteht die Möglichkeit das Outcome des medizinischen Behandlungsverlaufs (Aufnahme und Entlassung) bei Coxarthrose im Clinical Pathway zu messen.

Tabelle 3: Klinische Scores zur Outcomemessung bei Coxarthrose

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie
<ul style="list-style-type: none"> • Score nach Lequesne et al. (1987) • Larson (1963) • Score nach Harris I-IV (1969) • Danielsson (1964) • Endler (1979) 	<ul style="list-style-type: none"> • Score nach Lequesne et al. (1987) • Score nach Larson (IOWA Hip Score 1963) • Score nach Harris (1969) • Western Ontario MacMaster Arthritis Center (WOMAC) • Arthrose-Index, Belamy und Buchanan (1986)

Eigene Darstellung: Quelle (DGU 1999, S.110, DGOOC 2002, S.123)

Auf den Lequesne-Index wird im Kapitel 5.1.1 eingegangen.

Die Frage welches Instrument aus wissenschaftlicher Sicht am sinnvollsten ist bezüglich der Fragestellung und den Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Validität, Sensitivität) soll hier nicht beantwortet werden.

3.3.5 Die Berücksichtigung von Patientenerwartungen

Seit Jahren wird gefordert, dass die Patienten in den Versorgungsprozess intensiver einbezogen werden als bisher. Allerdings sei die Stärkung der Rolle des Patienten im Gesundheitswesen oft vorgetragen aber bislang kaum angemessen entwickelt worden (SVR-Gutachten, Band I 2001a, S. 40).

Auf dem ersten gemeinsamen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin 2005, stellte Kirschner in einem Vortrag die Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung über „Patientenerwartungen vor elektiver Hüftendoprothesenimplantation“ vor. Hierzu wurden 51 Patienten befragt: 85 Prozent der Patienten erhofften eine starke oder sehr starke Linderung der Beschwerden. Im Bereich der konkreten Behandlungsmaßnahmen erwarten Patienten ausführliche Gespräche über den voraussichtlichen Behandlungsverlauf sowie eine sorgfältige ärztliche Untersuchung. In den perspektivischen Behandlungszielen standen die Schmerzreduktion und die Wiedererlangung der körperlichen Fitness im Vordergrund. Dabei weisen Patienten mit einer hohen Motivation einen besseren funktionalen Zustand auf (Kirschner et al. 2005). Ergebnisse aus anderen Patientenbefragungen zeigen, dass oftmals die Transparenz und Information über den Behandlungsablauf als unzureichend bewertet wird (Deutsche Krebshilfe⁸ 2003, Seyfarth-Metzger/Vogel 2002, S.22).⁹ Das generelle Bedürfnis der Patienten nach Aufklärung und Beratung sowie Information über den Behandlungsprozess kann als hoch eingestuft werden und kommt auch in den Patientenrechten zum Ausdruck.

Verankert im Krankenversicherungsrecht besteht die Verpflichtung der Krankenkassen den Patienten bei der gesundheitsbewussten Lebensführung durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und der aktiven Mitwirkung an der Rehabilitation durch Aufklärung und Beratung zu unterstützen. Dabei sind die Patienten für die Gesundheitserhaltung und Wiederherstellung mitverantwortlich (SGB V, §1). Weiterhin haben Patienten Anspruch

⁸ Hierbei handelt es sich um fragebogengestützte Interviews von 400 an Brustkrebs erkrankten Frauen im Zeitraum von 2000 und 2003 im Auftrag der Deutschen Krebshilfe.

⁹ Zugrunde lagen zwei umfassende Befragungen mit jeweils über 1000 ausgewerteten Fragebögen 1996 und 2001 im Krankenhaus München-Schwabing.

auf soziale Betreuung und Beratung im Krankenhaus. Diese leitet sich aus den Verträgen zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Landeskrankenhausesellschaften ab (SGB V, §112).

Das Einbeziehen von Patientenerwartungen, Bedürfnissen und Wünschen in den Versorgungsprozess muss als generelles Ziel verstanden werden. Kontinuierliche Patientenbefragungen bieten dazu ein gutes Mittel (Seyfahrt-Metzger/Vogel 2002, S. 22). Mittlerweile ist Beratung, Anleitung und Unterstützung von zu pflegenden Menschen und ihrer Bezugspersonen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit Bestandteil des pflegerischen Berufsrechts und könnte für die oben genannte Problematik einen wirkungsvollen Beitrag leisten.

3.4 Co-Pathways für die Berücksichtigung von Begleiterkrankungen

Bei komplexen Krankheiten oder Gesundheitsproblemen eines Patienten ist es erforderlich, dass diese neben der Hauptdiagnose beachtet werden. Ein Instrument um die Begleiterkrankungen oder Gesundheitsprobleme bei der Versorgung in den Griff zu bekommen, sind Co-Pathways (Dykes/Wheeler 2002, S.57). Die Co-Pathways sind „strukturierte Pläne, um die wesentlichen Ergebnisse beim Patienten anzugehen, die bei einer bestimmten Begleiterkrankung oder einem zusätzlichem Problem in einer festgelegten Zeitspanne beachtet werden müssen“ (ebenda). Sie sind mit dem Ziel konzipiert, Begleiterkrankungen oder Abweichungen fokussiert zu behandeln. Weiter können die Co-Pathways je nach Art der Erfassung als interdisziplinäres Instrument eingesetzt werden oder einen Teil des Pflegeplans ersetzen (ebenda). Dykes und Wheeler weisen darauf hin, dass einige Institutionen daran scheiterten, als sie mehrere CPWs für einen Patienten einsetzten, um seine Begleiterkrankungen zu bearbeiten. Dies führte zu Doppelarbeiten und zu zusätzlicher Belastung des Personals (ebenda, S.58). Der Vorteil von Co-Pathways besteht darin, dass sie von verschiedenen Abteilungen nutzbar sind, weil Begleiterkrankungen in jedem Bereich existent sind. Im Gegensatz zu den CPWs legen die Co-Pathways nicht jede einzelne Intervention fest, sondern konzentrieren sich auf die Ergebnisse, die beispielsweise vor der Entlassung erreicht werden müssen (ebenda). Die erzielten Ergebnisse werden direkt in den Co-Pathway eingetragen und die bei der Entlassung noch nicht erreichten Ergebnisse müssen in die Entlassungsdokumentation eingetragen werden. Abweichungen von den Co-Pathways werden in die Varianzanalyse

aufgenommen (ebenda).¹⁰ Die Co-Pathways können in Form von Checklisten dargestellt werden (ebenda, S.59).

4 Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) mit Sitz an der Fachhochschule Osnabrück arbeitet seit 1999 in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat und Fördermitteln des Bundesministeriums für Gesundheit an der Entwicklung von evidenzbasierten Expertenstandards in der Pflege. Das DNQP greift damit die internationale Qualitätsdiskussion in den Pflegeberufen auf, neben den betrieblich entwickelten Pflegestandards und Ablaufbeschreibungen auch von Pflegeexperten entwickelte und von der Berufsgruppe konsentierete Qualitätsinstrumente in die Pflegepraxis zu implementieren (DNQP 2006). Das DNQP ist somit verantwortlich für die Standardentwicklung der Pflege auf nationaler Ebene.

Ziel ist es, das Qualitätsniveau in den Gesundheitseinrichtungen sowie für die Patienten und Betroffene deutlich zu verbessern (ebenda). Die Themenauswahl erfolgt durch den Lenkungsausschuss des DNQP und sind pflegeepidemiologisch begründet. Neben dem Expertenstandard Entlassungsmanagement sind bislang vier weitere Standards zu den Themen Dekubitusprophylaxe, Schmerzmanagement bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen, Sturzprophylaxe und Förderung der Harnkontinenz erschienen (ebenda). Im Fokus dieser Arbeit steht jedoch der Expertenstandard Entlassungsmanagement vor dem Hintergrund drohende Versorgungsbrüche unter den DRG-Bedingungen für Coxarthrosepatienten zu vermeiden. Der Anspruch von CPWs ist eine Konstruktion auf evidenzbasierter Grundlage. Mit den Expertenstandards können evidenzbasierte Ergebnisse in CPWs einfließen.

Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung des Expertenstandards beschrieben. Es folgt der Prozess der Konsentierung und im Anschluss werden die Herausforderungen für die Krankenhäuser hinsichtlich einer Implementierung dargestellt. Im Weiteren wird der Nutzen für die Pflegepraxis erläutert.

4.1 Entwicklung

Der vorliegende Expertenstandard Entlassungsmanagement ist das Ergebnis aus einer umfassenden Literaturrecherche aus den Jahren 1990 bis 2001 und das Wissen von

¹⁰ vergleiche hierzu Kapitel 3.3.5 Abbildung 3.

anerkannten Experten aus Wissenschaft und Praxis. Insgesamt wurden bei der Literaturanalyse 253 Artikel berücksichtigt. Ziel der Literaturanalyse war es nationales und internationales verfügbares Wissen über Bedingungsfaktoren, Formen und Folgen eines qualitativ hochwertigen Entlassungsmanagements zusammen zu stellen (DNQP 2004a, S.27f.). Das primäre Interesse galt dabei den Arbeiten mit einem hohen Evidenzgrad (vgl. hierzu Kapitel 3.3.2, Tabelle1). Einbezogen wurden noch deskriptive Studien und zum Teil qualifizierte Erfahrungsberichte die mindestens den niedrigsten Evidenzgrad aufweisen (DNQP 2004a, S. 28).

Der Gegenstandsbereich des Expertenstandards bezieht sich in erster Linie auf die Entlassung aus stationären Einrichtungen. Es ist zu erwarten, dass von diesen Einrichtungen, insbesondere dem Krankenhaus, aufgrund des DRG-Systems am häufigsten Versorgungsbrüche ausgelöst werden (ebenda 2004, S.29, auch Kapitel 2.4). Die Krankenhäuser stehen unter enormen finanziellen Druck und sind bestrebt, Patienten frühzeitig zu entlassen. Umso wichtiger ist eine professionell gesteuerte Entlassungsplanung für die Erschließung von Effizienzreserven zu nutzen. Allerdings ist dabei die Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Hierzu ist es notwendig den Patienten und eventuell seine Angehörigen auf die Zeit nach dem stationären Aufenthalt entsprechend vorzubereiten (ebenda).

Nicht jeder Patient braucht eine intensive Entlassungsplanung, es wurden jedoch drei Problemgruppen identifiziert, von denen ein steigender Bedarf nach einer qualitativen Entlassungsplanung ausgeht:

- Die Patientengruppe, die nach kurzer Zeit die Klinik wieder verlassen (z.B. nach minimalinvasiven Eingriffen) und weiteren medizinischen und pflegerischen Betreuungsbedarf benötigen. 1998 waren es ca. 27 Prozent aller Klinikpatienten.
- Die zweite Patientengruppe betrifft die zahlenmäßig zunehmenden multimorbiden alten Menschen, die eine dauerhafte medizinisch-pflegerische Dauerbetreuung brauchen. Davon gelten aktuell ca. 10 Prozent als potenzielle „Drehtürpatienten“.
- Die dritte Patientengruppe bezieht sich auf die Patienten, die einen koordinierten Entlassungsbedarf benötigen, ohne zahlenmäßig erfasst zu sein. Aufgrund eines mangelhaften Entlassungsmanagements besteht die Gefahr für

diese Patientengruppe Rehabilitations- und gesundheitsfördernde Potentiale zu verlieren und die damit dauerhaft eingeschränkt sind in ihrer Lebensqualität (ebenda, S.30).

Die zuletzt genannte Gruppe kann aus zwei Gründen auf Coxarthrosepatienten zutreffen: Erstens wenn der Patient in einem nicht rehabilitationsfähigen Zustand verlegt wird und dadurch die Rehabilitationsmaßnahme vorzeitig abgebrochen werden muss (Kapitel 2.3 und 2.4). Zweitens durch die Verlegung in eine Rehabilitationseinrichtung, die für alte chronisch-moribunde Menschen wenig geeignet ist. Gemeint sind Einrichtungen, die die speziellen Betreuungsangebote einer geriatrischen Rehabilitation nicht vorhalten und dadurch wichtige Begleiterkrankungen wie beispielsweise Demenz nicht mitbehandeln können (Görres 1992).

In Anlehnung an nationale und internationale Erkenntnisse der Versorgungsforschung steht beim Entlassungsmanagement die Versorgungskontinuität sowie die Förderung von abgestimmten Handlungsweisen im Mittelpunkt. Die Gesamtsituation des Patienten ist im Blick zu behalten um institutionelle, zeitliche und berufskonzeptionelle Versorgungsbrüche zu vermeiden (DNQP 2004a, S.31).

Das Entlassungsmanagement verfolgt zwei zentrale Aufgabenbereiche:

1. Abstimmung und Koordination der im poststationären Bereich erforderlichen Unterstützungs- und Versorgungsleistungen mit den Einschätzungen der Betroffenen,
2. Die Stärkung der Selbststeuerungs- und Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten und Angehörigen (ebenda).

In diesem Zusammenhang wird besonders auf Informations-, Schulungs- und Beratungsleistungen hingewiesen, die im Vorfeld der Entlassung angeboten werden müssen, gegebenenfalls auch über dem Entlassungsprozess hinaus (DNQP 2004a, S.31).

Das hohe Ziel der Versorgungskontinuität mit Hilfe eines guten Entlassungsmanagements zu gewährleisten, stößt jedoch auf Grenzen. Die nachstationären Einrichtungen können nicht dazu verpflichtet werden, die getroffenen Vereinbarungen im Entlassungsmanagement oder die Handlungsempfehlungen bei der Übernahme von Patienten einzuhalten. Dazu sind ergänzende politische Regelungen notwendig, die über Sektoren und Budgetgrenzen hinausreichen und somit eine abgestimmte Versorgungspraxis

gewährleisten können. Gegenwärtig ist das Problem nur mit formalisierten Aufnahmestandards zwischen den Einrichtungen zu lösen (ebenda, S.30).

Die Expertengruppe für die Standardentwicklung ist für die Festlegung des nachstationären Versorgungsbedarfs überwiegend von dem Modell der Krankheitsverlaufskurve von Corbin/Strauss ausgegangen (Kapitel 2.2). Für die Analyse des poststationären Versorgungs- und Unterstützungsbedarf sind für ein Entlassungsmanagement folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- „den weiterhin erforderlichen Unterstützungsbedarf bei krankheits- und pflegebezogenen Bewältigungsarbeiten der Patienten (u. U. Angehörigen),
- den weiterhin erforderlichen Unterstützungsbedarf bei Bewältigungsarbeiten der Patienten (u. U. Angehörigen) zur Aufrechterhaltung des Alltags,
- den weiterhin erforderlichen Unterstützungsbedarf der Patienten (u. U. Angehörigen) bei nun erforderlichen biographischen Rekonstruktions- und psychosozialen Bewältigungsarbeiten zur Anpassung an die meist neuen Situationen.
- den weiterhin erforderlichen Unterstützungsbedarf der Patienten (u. U. Angehörigen) beim Erwerb neuer Selbstmanagementkompetenzen und zur Koordination und Auswahl angemessener Hilfeleistungen“ (DNQP 2004a, S.32).

Diese Bewältigungsaufgaben sind als integraler Bestandteil von allen am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen wie Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Physiotherapie zu verstehen und nicht der Berufsgruppe Pflege vorbehalten. Die Berufsgruppen leisten jeweils aus ihrer eigenen fallspezifischen Sicht einen Beitrag zur Bewältigung. Der pflegerische Aufgabenbereich mit dem Ziel der Kontinuitätssicherung wird dabei mit den beteiligten Berufsgruppen und Patienten sowie deren Angehörigen abgestimmt (ebenda).

Im pflegerischen Entlassungsmanagement ist weiter zu beachten, dass Assessment-Instrumente zu berücksichtigen sind, die an den jeweiligen Besonderheiten der Patientengruppe ausgerichtet sind (ebenda). Bei der Weitergabe von Informationen in nachstationäre Einrichtungen ist zudem auf die Besonderheiten des Datenschutzes zu achten (ebenda, S.33).

Bei der Frage, auf welcher organisatorischen Ebene das Entlassungsmanagement angesiedelt ist sind zwei Modelle denkbar: Zum einen Entlassungsmanagement durch

Pflegeexperten und zum anderen Entlassungsmanagement durch Bezugspfleger. Im ersten Modell sind spezialisierte Pfleger Inhaber einer eigens dafür eingerichteten Stelle. In Deutschland sind diese bekannt als sogenannte „Pflegerüberleitungsstellen“. Spezialisiert meint, der Stelleninhaber verfügt über eine besondere fachliche Qualifikation auf dem Gebiet des Entlassungsmanagements und übt diese Tätigkeit hauptberuflich aus (DNQP 2004a, S.69f.). Im zweiten Modell übernimmt die Bezugspfleger auf den Krankenhausstationen die Aufgaben des Entlassungsmanagements. Im Zuge der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit übernimmt sie in Abstimmung mit den anderen Berufsgruppen den Entlassungsprozess (ebenda, S.73). In dieser Arbeit wird der Bezugspfleger das Entlassungsmanagement zugeschrieben. Dies geschieht vor allem vor dem Hintergrund, dass keine weitere Schnittstelle dem System hinzugeführt wird und dadurch die Gefahr von weiteren Abstimmungs- und Koordinationsproblemen vermieden wird. Zudem laufen die Informationen über den Patienten auf der Station bei der Bezugspfleger zusammen, so dass diese von ihr zeitlich besser gemanagt werden können.

Die Expertengruppe orientierte sich in der Abfolge der Standarditems (Anhang A1) an dem Managementkreislauf wie er auch im Pflegeprozessmodell zum Ausdruck kommt. Damit soll ein ziel- und ergebnisorientiertes Vorgehen sichergestellt werden (DNQP 2004a, S. 34).¹¹

4.2 Konsentierung

Das Konsentierungs-Verfahren des DNQP für den Expertenstandard setzt sich aus den nachfolgenden wesentlichen Schritten zusammen (DNQP 2004a, S.38-43):

Einbeziehung der Fachöffentlichkeit

Zunächst wurde über die einschlägigen Medien die Fachöffentlichkeit frühzeitig über die Konsensus-Konferenz informiert. Zudem wurden ausgewiesene Personen mit Fachexpertise auf dem Gebiet Entlassungsmanagement aus Pflegewissenschaft und -praxis gezielt eingeladen. Dadurch sollte eine fundierte und kritische Auseinandersetzung beschleunigt werden. Zudem sollten diese Fachvertreter als Multiplikatoren für die Disseminierung des konsentierten Standards dienen. Außerdem nahmen so genannte

¹¹ Die einzelnen Schritte im Pflegeprozess umfassen: Assessment, Zielsetzung, Durchführung und Evaluation der Maßnahmen.

Konferenz-Beobachter an der Konsensus Konferenz teil. Sie wurden nach dem Fachdiskurs der Pflege um inhaltliche Stellungnahmen gebeten. Darüber hinaus wurden Vertreter aus Gesundheitspolitik, Spitzenorganisationen und Verbänden im Gesundheitswesen eingeladen. Insgesamt nahmen 430 Personen an der Konferenz teil. Etwas über 90 Prozent der Personen waren Vertreter aus den Pflegefachberufen.

Vorbereitung der Konferenzteilnehmer

Die Fachvertreter konnten sich vier Wochen vor der Konsensus-Konferenz anhand von Arbeitstexten wie den Expertenstandardentwurf, Präambel und gesundheitspolitische Ausführungen zum Thema (Relevanz) vorbereiten.

Konferenzverlauf und Konsentierung des Expertenstandards

Zunächst wurde die Konsensuskonferenz mit einführenden Referaten eröffnet. Inhaltlich wurde die Entwicklung des Standards, die gesundheitspolitische und pflege-epidemiologische Relevanz der Thematik dargestellt.

Schwerpunkt der Veranstaltung war jedoch die Vorstellung und Erörterung des Expertenstandard-Entwurfs. In der Annahme, dass die meisten Teilnehmer sich inhaltlich mit dem Entwurf vorher bereits befasst hatten, wurde die Vorstellung des Entwurfs zugunsten einer ausführlichen Fachdiskussion kurz gehalten.

Der Expertenstandard besteht aus messbaren Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien (Anhang A1). Ein Mitglied der Expertengruppe stellte jedes Kriterium in einem Zeitrahmen von ca. fünf Minuten den Teilnehmern vor. Im Anschluss wurde jedes Kriterium etwa 15 Minuten in einem moderierten Fachdiskurs auf bestätigende oder abweichende Auffassungen der Diskutanten überprüft, um abschließend den Übereinstimmungsgrad zu den einzelnen Standardaussagen feststellen zu können. Der Fachdiskurs wurde auf Tonband aufgezeichnet sowie parallel schriftlich protokolliert. Zudem haben einige Teilnehmer im Anschluss an die Konferenz schriftliche Stellungnahmen zum Standard-Entwurf abgegeben. Weitere Stellungnahmen erfolgten zum Verlauf und den Ergebnissen der Konferenz von den Spitzenverbänden und Organisationen des Gesundheitswesens.

Ergebnisauswertung der Konsensuskonferenz

Die schriftlichen Stellungnahmen, Protokolle und die Tonbandaufzeichnungen wurden von der Expertengruppe ausgewertet. Die Ergebnisse sind in die Standardkriterien

eingeflossen. Die überarbeiteten Kriterien wurden mit dem Lenkungsausschuss des DNQP abgestimmt und bilden nunmehr die abschließende Version des Expertenstandards, der mit Kommentierung der einzelnen Kriterien veröffentlicht wurde.

4.3 Implementierung

Der Expertenstand Entlassungsmanagement ist bereits in 18 Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen modellhaft implementiert worden. Vom DNQP wurde die Implementierung wissenschaftlich begleitet. Ziel war es, die Praxistauglichkeit des Standards zu überprüfen. Darüber hinaus sollten Erkenntnisse darüber gewonnen werden, welche Voraussetzungen für die Einführung des Standards und Verstetigung für die Pflegepraxis von Bedeutung sind (DNQP 2004a, S.116).

Dabei konnte auf Erfahrungen hinsichtlich der Einführungsphasen aus dem ersten Expertenstandard Dekubitusprophylaxe zurückgegriffen werden (ebenda, S.116).

Insgesamt betrug der Zeitraum der Implementierung sechs Monate und verlief in vier Phasen (ebenda, S.117). Für die Einführung eines pflegerischen Entlassungsmanagements geben diese Phasen eine erste Orientierung.

Phase1: Fortbildungen zu den Themen „Qualitätsentwicklung in der Pflege“ und „Entlassungsmanagement“ (vier Wochen)

Empfohlen wird eine Auftaktveranstaltung (Kickoff). Hierzu werden die Pflegeleitungen und das Pflgeteam, der jeweiligen Pflegeeinheiten als auch Pflegeleitungen von der Betriebs- und Abteilungsebene eingeladen, sowie interessierte Angehörige anderer Berufsgruppen. Eine Arbeitsgruppe von drei bis sechs Personen aus einem Pflgeteam sollte schon während der Fortbildungsphase die einzelnen Schritte der Standardeinführung vor- und nachbereiten. Das Fortbildungsangebot wird dem vorher ermittelten Fortbildungsbedarf des Pflgeteams angepasst (DNQP 2004a, S.117). Ergebnisse zeigen, dass in den Bereichen „Assessment(instrumente)“, „Schulung/Beratung“, „Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen“, „Gesetzliche Grundlagen“, „Poststationäre Versorgungseinrichtungen“, „Ablauf und Koordination der Entlassung“, „Aufgabenprofile angrenzender Dienste/Berufsgruppen“ ein hoher Fortbildungsbedarf besteht (ebenda, S.123f.). Hier wird deutlich, dass Pflegende im Entlassungsmanagement neben Kenntnisse über das Versorgungssystem auch über hinreichende

Managementfähigkeiten sowie edukative und kommunikative Kompetenzen verfügen müssen, die nicht per Krankenpflegeausbildung einfach vorausgesetzt werden dürfen.

Phase 2: Anpassung des Standards an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe der Modellpflegeeinheit (acht Wochen)

In dieser Phase erfolgt eine Anpassung der einzelnen Standardkriterien an die spezifischen Bedingungen einer Organisation. Dabei darf das angestrebte Qualitätsniveau in den Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien nicht unterschritten werden. Das heißt, die Kernaussagen im Standard müssen unverändert bleiben. Die Anpassungen beziehen sich gegebenenfalls auf weitere Operationalisierungen der Standardkriterien oder eine Anpassung des Sprachgebrauchs in der Organisationseinheit. Beispielsweise können auch Ablaufdiagramme oder die Veränderung der Dokumentation unterstützend wirken (DNQP 2004a, S.126).

Phase 3: Einführung und Anwendung des Expertenstandards (acht Wochen)

Der Beginn der Einführung des Expertenstandards muss den beteiligten Berufsgruppen bekannt sein. Dazu wird der genaue Starttermin der Einführung benannt. Dafür sind eine weitere Kickoff-Veranstaltung sinnvoll oder eigens dafür vorgesehene Besprechungen. Außerdem können die interne Version des Expertenstandards als auch die spezifischen Assessment-, Planungs- und Evaluationsinstrumente in dieser Veranstaltung den Berufsgruppen vorgestellt werden. Aufgrund des hohen Anleitungs- und Unterstützungsbedarfs der Pflegenden ist es sinnvoll fortbildungsbegleitende Maßnahmen wie „Face to Face-Anleitungen“ durchzuführen (DNQP 2004a, S.126f.).

Phase 4: Das Audit

Die Einführung des Expertenstandards Entlassungsmanagement wird mit einem Qualitäts-Audit überprüft. Dazu stellt das DNQP ein Audit-Instrument zur Verfügung (DNQP 2004a, S.106-115). Beim Audit wird auf drei Datenquellen zurückgegriffen. Diese sind die Dokumentation, die Befragung von Patienten und die Befragung von Pflegenden (ebenda, S.106). Es werden alle Kriterienebenen des Standards überprüft und anschließend eine Analyse der Schwächen vorgenommen. Diese werden in einen Änderungsplan aufgenommen. Es folgt ein weiteres Audit mit dem Ziel, den Expertenstandard auf einem zufriedenstellenden Qualitätsniveau eingeführt zu haben.

Es wird empfohlen, dass der Auditor nicht am Entlassungsmanagement beteiligt ist, um eine Selbstbewertung auszuschließen. Das Audit kann beispielsweise von einem Projektverantwortlichen durchgeführt werden. Die Stichprobengröße sollte vierzig Patienten umfassen, um aussagekräftige Daten zu erhalten (ebenda, S.114-115).

4.4 Nutzen für die Pflegepraxis

Mit den Expertenstandards werden von der Pflegewissenschaft und -praxis gesundheitspolitische Themen aufgegriffen und somit verdeutlicht, dass sie sich der Verpflichtung einer angemessenen Versorgung der Patienten stellen. (Moers/Schiemann2004, S.78). Die Inhalte werden vom Beruf selbst definiert und dienen auch der Professionalisierung.

Zudem leistet der Expertenstandard einen Beitrag zur internen Qualitätsentwicklung in Gesundheitseinrichtungen und damit zur Qualitätssicherung. Mit dem Standard wird der Praxis evidenzbasiertes und handlungsrelevantes Wissen der Pflege zur Verfügung gestellt und fördert zugleich den Theorie-Praxis-Transfer (ebenda). Die Implementierung des Standards ermöglicht den Pflegenden weiterhin praxisrelevante Fortbildungen vor Ort. Ein wesentlicher Nutzen des Standards ist die Ausstrahlung auf andere Themen wie die Anwendung von Assessmentverfahren und Patientenschulung und Beratung (ebenda).

Durch das Qualitäts-Audit wird pflegerisches Handeln sichtbar und fördert Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung (ebenda).

5 Ansätze der pflegerischen Arbeit im Clinical Pathway bei der Erkrankung Coxarthrose

Neben der „eigentlichen“ Patientenversorgung kommen auf die Bezugspflegenden weitere Aufgaben hinzu. Aufgrund ihrer Nähe zum Patienten und ihren genauen Kenntnissen im Versorgungsprozess, lassen sich neue pflegerische Handlungsfelder in der Pathwayarbeit erschließen. Diese beziehen sich auf den Bereich Management auf der direkten Patientenebene. Zunächst wird im folgenden Kapitel einleitend auf die praktische Umsetzung des Entlassungsmanagements verwiesen. Weiter werden mögliche Assessmentinstrumente bei der Coxarthrose vorgestellt und diskutiert. Danach wird die Entlassungsplanung erläutert. Des Weiteren werden bei Coxarthrose pädagogische Unterstützungsleistungen und Koordinationsaufgaben beschrieben. Im Anschluss daran, werden Evaluationsmöglichkeiten dargestellt. Zudem werden Managementaufgaben der Bezugspflegenden im Behandlungsprozess benannt.

5.1 Entlassungsmanagement

5.1.1 Assessment

Der erste Schritt im Entlassungsmanagement besteht aus dem Assessment zur systematischen Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs. Ein initiales Assessment wird von der Pflegenden¹² nach Empfehlung des Expertenstandards innerhalb 24 Stunden mit jedem Patienten beziehungsweise Angehörigen durchgeführt (Anhang A 1). Ziel ist es, die Patientengruppe zu ermitteln, die ein erhöhtes Risiko für Versorgungsdefizite aufweist. Dazu können übergeordnete Kriterien herangezogen werden zum Beispiel Alter, häufige Krankenhausaufenthalte, sozialer Status und Wohnsituation oder besondere Diagnosen (DNQP 2004a, S.51). Ist bei Patienten ein erhöhter Unterstützungs- und Versorgungsbedarf zu erwarten, kann zu einem späteren Zeitpunkt, abhängig von der individuellen Patientensituation, ein differenziertes Assessment durchgeführt werden (ebenda). Für die Einleitung von weiteren Schritten (zum Beispiel Rehabilitationsmaßnahmen für Coxarthrosepatienten) sollte das differenzierte Assessment jedoch frühzeitig durchgeführt werden (ebenda, S.52).

Ein bestimmtes Assessmentinstrument wird in diesem Kriterium nicht empfohlen, weil Instrumente wie der „Barthel-Index“ oder der „FIM“ (Functional Independence Measure) ursprünglich nicht für das Entlassungsmanagement konzipiert wurden. Darüber hinaus können derzeit keine wissenschaftlich gesicherten Aussagen über die Wertigkeit eines bestimmten Instruments aufgrund des unzureichenden Forschungsstands nach evidenzbasierten Kriterien getroffen werden (DNQP 2004a, S.79).

Für das Outcome des medizinischen Behandlungsprozesses bei der Erkrankung Coxarthrose bieten sich die im Kapitel 3.3.4, Tabelle 3 genannten Instrumente an. Allerdings wird von den medizinischen Fachgesellschaften keines von den aufgeführten Instrumenten explizit favorisiert. Nach Bork wird der Lequesne-Index neben den medizinischen Fachgesellschaften auch von der WHO für die Bewertung von Behandlungsergebnissen bei Hüftgelenkserkrankungen empfohlen (Bork 2005, S.317). Im Sinne einer komplementären Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege wird in dieser Arbeit exemplarisch auch auf dem Lequesne-Index zurückgegriffen. Die deutsche Version liegt von Ludwig et al. 2005 validiert vor. Optimal wäre es, wenn zwischen dem

¹² Im Expertenstandard werden unter dem Begriff „Pflegefachkraft“ die Mitglieder der verschiedenen Pflegeberufe bezeichnet. In dieser Arbeit wird der Begriff Pflegenden/n synonym verwendet.

akutstationären und dem poststationären Bereich die jeweiligen Assessmentinstrumente abgestimmt würden, um relevante Aussagen über die Ergebnisqualität zu bekommen.

Vorstellung des Lexquesne-Index

Der Lequesne-Index ist ein patientenzentriertes Assessmentverfahren, das dem Patienten eine Selbstbeurteilung ermöglicht. Es liegen zwei eng verwandte Versionen (Hüftgelenkserkrankung und Kniegelenkserkrankungen) vor (Ludwig et al. 2005). Berücksichtigung findet hier der Hüftfragebogen. Er erfasst Schmerz, Geheleistung und Alltagsbewältigung. Insgesamt besteht er aus elf Items. Einfach formulierte Fragen sind mit Antwortmöglichkeiten unterschiedlich skaliert.

Die ersten fünf Items fragen nach Schmerzen in der Nacht, beim Aufstehen, beim Stehen und beim Gehen.

Beispiel:

Haben Sie nachts Beschwerden?

- Nein, ich habe nachts keine oder nur unwesentliche Beschwerden
- Nur bei Bewegung oder in bestimmten Liegepositionen
- Ich habe Ruhebeschwerden

Im nächsten Abschnitt behandeln zwei Items die Geheleistung.

Eine differenzierte Antwort mit Selbsteinschätzung der zu ermittelten Distanz ist möglich. Die Beurteilung liegt zwischen „0“ (freie Gehstrecke) und „6“ (Gehstrecke weniger als 100 Meter). Eine Frage aus diesem Abschnitt bezieht sich auf den Gebrauch eines Stockes oder von Gehstützen.

Im letzten Abschnitt erfassen vier Items Fragen zur Alltagsbewältigung. Es wird gefragt, ob es gelingt das Bein so weit anzubeugen, dass man selbständig Stümpfe anziehen kann. Des Weiteren, ob ein Gegenstand vom Boden aufgehoben werden kann, oder ob Treppen hinauf- oder hinunter gestiegen werden können und zuletzt, ob in ein Auto einbeziehungsweise ausgestiegen werden kann.

Das Graduierungsschema ist:

- Ja, ohne Schwierigkeiten
- Ja, mit geringer Anstrengung
- Ja, ich muss mich schon Anstrengen
- Nur mit erheblichen Schwierigkeiten
- Nein, das schaffe ich nicht

Der Gesamtscore aller elf Items reicht bis maximal 24 Punkte. Eine hohe Punktzahl weist auf starke funktionelle Einschränkungen hin. Ein Vorteil des Lequesne-Index liegt in der schnellen Erhebungs- und Auswertungszeit von ca. 1 bis 3 Minuten. Ein weiterer Vorteil ist, dass der Lequesne-Index als Selbstbewertungsinstrument eine „Untersucher-Bias“ ausschließt. Dies bedeutet, dass die Ergebnisse nicht von dem Untersucher durch eine Fremdbewertung verfälscht werden (Ludwig 2005).

Hinsichtlich der Überprüfung der Rehabilitationsfähigkeit (Kapitel 2.3) ist dieses Assessmentinstrument jedoch nicht ausreichend, weil es aufgrund seiner Spezifikation nur Teile von Lebensaktivitäten berücksichtigt, wie zum Beispiel ausreichende Mobilität. Deshalb muss dieses Instrument ergänzt werden durch andere Assessmentverfahren. Für die Messung der Lebensaktivitäten (ATL`s) oder je nach Autor (ADL`s) eignet sich in den Bereichen Körperpflege, Anziehen, Ausscheidung, Mobilität und Nahrungsaufnahme der „Katz-Index“. (Dash 2000, S.64). Ebenso der Barthel-Index, der häufig auch bei geriatrischen Patienten angewendet wird (DIMDI 2006).¹³ Aufgrund seiner Verbreitung in Deutschland wird dieser näher beschrieben.

Vorstellung des Barthel-Index

Der Barthel-Index wurde in den sechziger Jahren entwickelt und erfasst funktionelle Einschränkungen des täglichen Lebens. Insgesamt beinhaltet der Barthel-Index¹⁴

zehn Kategorien in den Bereichen:

- Essen und Trinken
- Aufsetzen und Umsetzen
- Sich Waschen
- Toilettenbenutzung
- Baden/Duschen
- Aufstehen und Gehen
- Treppensteigen
- An-, Auskleiden
- Stuhlkontinenz

¹³ DIMDI= Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

¹⁴ Hierbei handelt es sich um das Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. Die Aussagen des Barthel-Index sind in diesem Manual sprachlich gegenüber der Original Version modifiziert worden. Die Grundaussagen bleiben jedoch gleich.

- Harnkontinenz

Für jede Kategorie werden Punkte vergeben. Insgesamt können 100 Punkte erreicht werden. Eine hohe Punktzahl in den Verrichtungen weist auf eine weitgehende Unabhängigkeit hin und je niedriger die Punktzahl, desto höher die Abhängigkeit. Die Bewertung erfolgt in fünfer Schritten: 0-5-10-15 (Tabelle 4).

Je nach Kategorie sind zwei bis vier Bewertungsschritte vorgesehen. Bekommt der Patient in einer Kategorie keinen Punkt, weist dies auf die Unfähigkeit hin, etwas durchzuführen beziehungsweise auf die Abhängigkeit von anderen Personen (Dangel 2004, S.114). Pflegende können mit Hilfe des Assessments die Selbstpflegetherfordernisse des Patienten einschätzen und mit dem Patienten geeignete Maßnahmen im Pflegeplan vereinbaren.

Tabelle 4: Ausschnitt einer Kategorie aus dem Barthel-Index

Aufstehen & Gehen	
15	ohne Aufsicht oder personeller Hilfe von dem Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
10	ohne Aufsicht oder personeller Hilfe von dem Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
5	<u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen von dem Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. Alternativ im Wohnbereich komplett Selbständig im Rollstuhl
0	erfüllt „5“ nicht

Quelle: (DIMDI 2006, o. S.)

Die Lebensqualität von Coxarthrosepatienten ist wesentlich eingeschränkt durch krankheitsbegleitende Schmerzen. Deshalb ist ein adäquates Schmerzmanagement wichtig. Hinsichtlich des Symptommanagements von Schmerzen werden standardisierte Skalen verwendet. Die Skalen sind eine wichtige strukturelle Voraussetzung für ein systematisches Schmerzmanagement (DNQP 2004b, S.18). Es gibt unterschiedliche Skalen. Zu nennen sind beispielsweise die Numerische Rang Skala (Abbildung 3), die Visuelle Analog Skala, die Verbale Rang Skala oder verschiedene Gesichtsskalen (ebenda). Das Prinzip der Skalen beruht vorrangig auf eine Selbsteinschätzung der Patienten, da Schmerz immer subjektiv ist und eine Fremdeinschätzung von Pflegenden selten mit den Angaben des Patienten übereinstimmen (DNQP 2004b, S.34). Gemessen wird die Schmerzintensität in unterschiedlichen Abstufungen, wobei 0 = Schmerzfremheit und 10 = stärkste vorstellbare Schmerzen bedeutet.

Abbildung 3: Numerische Rating-Skala

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
schmerzfrei					stärkste vorstellbare Schmerzen					

Eigene Darstellung in Anlehnung an „Brief Pain Inventory“ (BPI), Klinik für Anästhesiologie, Universität Köln. In: (DNQP 2004b, Anlage B, o.S.)

Eingesetzt wird die Skala häufig in einer Papierversion und als Schmerzlineal. Beim Schmerzlineal stellt der Patient einen Schieber auf die entsprechende Zahl ein (DNQP 2004b, S.39). Die Ersteinschätzung erfolgt bei Aufnahme. Im Weiteren werden Verlaufskontrollen durchgeführt zur Messung des Erfolges der Schmerztherapie. Die Verlaufskontrollen können je nach Patientenzustand in Ruhe, bei Belastung und/oder Bewegung durchgeführt werden. Die Einschätzung sollte bei akuten Schmerzen mindestens alle acht Stunden, einschließlich nachts vorgenommen werden. Angestrebt wird ein sogenannter „Cut-Off-Punkt“ von 3/10 der Numerischen Rating Skala, da es bereits bei einem Skalenwert von über 4/10 NRS zu Mobilitätseinbußen, Stimmungsschwankungen und Schlafstörungen kommen kann (DNQP 2004b, S.22). Grundsätzlich ist das Maß ein allgemeiner Richtwert. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten ist dabei zu berücksichtigen und ein angemessener Wert ist mit dem Patienten auszuhandeln. Es sollte eine frühzeitige Beratung des Patienten über Möglichkeiten des Schmerzmanagements erfolgen (ebenda, S.23).

Der Arzt hat damit die Möglichkeit, eine individuelle medikamentöse Therapie festzulegen (DNQP 2004b, S.20). Hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit ist effektives Schmerzmanagement wichtig, da Schmerzen als Leitsymptom, die Frühmobilisation aufgrund von Bewegungseinschränkungen behindern können (ebenda).

Standardisierte Assessmentinstrumente haben ihre Grenzen. Durch ihre vorab festgelegten Kategorien und einzelnen Items geben sie vor, was gemessen werden soll. Diese Kategorien und Items können nicht einfach verändert oder ausgeweitet werden, da sonst andere Nutzer des Instruments nicht zu den gleichen Ergebnissen kommen würden (Bartholomeyczik 2004, S.18). Es besteht die Gefahr, dass die tatsächlichen Probleme des Patienten nicht erfasst werden (zum Beispiel „Angst vor Operationen“), weil diese in den Kategorien nicht enthalten sind. Auch unter Verwendung anderer Assessmentinstrumente lassen sich die oftmals komplexen Problemlagen des Patienten niemals gänzlich abbilden, weil das Assessment viel zu lang werden würde und damit unpraktikabel. Auf die messtheoretischen Probleme im psychosozialen Bereich wurde im Kapitel 3.3.4

hingewiesen. Bei der Anwendung von mehreren Assessmentinstrumenten besteht zusätzlich die Gefahr von Doppelarbeiten, weil einzelne Kategorien in anderen Assessmentinstrumenten enthalten sein können.

Hilfreich sind Assessmentinstrumente, weil sie eine systematische Einschätzung des Pflegebedarfs ermöglichen. Mit standardisierten Erhebungsinstrumenten können vergleichende Untersuchungen durchgeführt und zur wissenschaftlichen Auswertung herangezogen werden.

Für das Entlassungsmanagement sind sie von Bedeutung, um krankheitsbedingte Verläufe von Coxarthrosepatienten zu beschreiben. Sie werden auch als Übergabe- beziehungsweise Überleitungsinstrument zu nachstationären Versorgungseinrichtungen genutzt (Bartholomeyczik 2004, S.16).

5.1.2 Entlassungsplanung und Durchführung

Die Entlassungsplanung der Coxarthrosepatienten beginnt bereits am Tag der Aufnahme und begleitet den Patienten durch den Krankenhausaufenthalt bis hin zur poststationären Einrichtung (ebenda, S.11). Von zentraler Bedeutung ist, dass der Entlassungsplan gemeinsam mit dem Patienten und/oder Angehörigen entworfen und mit anderen Berufsgruppen und Einrichtungen, die am Versorgungsprozess beteiligt sind abgestimmt beziehungsweise kommuniziert wird. So können die unterschiedlichen Sichtweisen der Beteiligten in den Entlassungsplan einfließen. Bei Veränderungen wird dieser Plan aktualisiert beziehungsweise angepasst (DNQP 2004a, S.81f.).

Der Entlassungsplan beinhaltet unterschiedliche Perspektiven (Dangel 2004, S.8f.).

Aus ökonomischer Sicht müssen die Perspektiven der Krankenkassen, Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen unter den DRG-Bedingungen berücksichtigt werden. Wie schon erwähnt ist das Bestreben der Krankenhäuser zu berücksichtigen, den Patienten frühzeitig zu entlassen, damit der festgelegte Preis der Behandlung nicht überschritten wird. Zudem kann es aus abrechnungstechnischen Gründen lohnenswert sein, den Patienten im eigenen Krankenhausverbund weiter zu versorgen.

Auch die Krankenkassen haben ein ökonomisches Interesse, Patienten in bestimmten Rehabilitationskliniken zu versorgen, besonders im Rahmen von integrierten Versorgungsverträgen (Lüke/Herrström 2001, S.1086-1089).

Aus Patientensicht stehen die individuelle Lebensqualität und das Wohlbefinden im Vordergrund. Eine kontinuierliche Versorgung sollen diese Bedürfnisse unterstützen (Dangel 2004, S.8). Wünsche des Patienten und/oder Angehörigen hinsichtlich der Versorgung in einer bestimmten Rehabilitationsklinik müssen ebenso in der Entlassungsplanung berücksichtigt werden, da Angehörige auch Beiträge zur Bewältigung leisten (zum Beispiel bei Patientenbesuchen Trost zu sprechen oder Kleidung organisieren).¹⁵

Erfahrungen des Verfassers dieser Arbeit sind, dass Krankenkassen mitunter die Kostenübernahme der AHB-Maßnahme aus Wirtschaftlichkeitsgründen für bestimmte Rehabilitationskliniken verweigern und somit die Patientenwünsche nicht immer Berücksichtigung finden.

Aus professioneller Perspektive ist ein Qualitätskriterium der Pflege, dass eine kontinuierliche Versorgung in Form einer angemessenen und bedarfsgerechten Überleitung gewährleistet ist (DNQP 2004a, S.57). Dazu müssen die unterschiedlichen Sichtweisen der Kooperationspartner in der Entlassungsplanung durch Aushandlungsprozesse zusammengeführt werden (ebenda). Als Forum der Aushandlung können interdisziplinäre Visiten oder Fallbesprechungen dienen (Dahlgaard/Stratmeyer 2004, S.638).

Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten für die Kooperation und Koordination müssen im Entlassungsplan klar geregelt sein. Bei Finanzierungsfragen kann beispielsweise die Kooperation mit dem Sozialdienst unterstützen (DNQP 2004a, S.53).

Zu den pflegerischen Aufgaben zählen neben Kooperations- und Koordinationsaufgaben, die sogenannten pädagogischen Unterstützungsleistungen in Form von Schulung und Beratung, die zur Sicherung des Therapieerfolges dienen. Den pflegerischen poststationären Unterstützungsbedarf leiten Pflegende aus Assessmentinstrumenten ab. (Kapitel 5.1.1). In Analogie des Pflegeprozesses werden die Entlassungsziele auf Grundlage der Assessments formuliert, entsprechende Maßnahmen geplant und evaluiert. Diese fließen in den Entlassungsplan ein.

Der Entlassungsplan beinhaltet zwei unterschiedliche Dimensionen (DNQP 2004a, S.82):

¹⁵ Damit ist gemeint, dass die Rehabilitationsklinik für Angehörige in einer angemessenen Zeit erreichbar sein sollte.

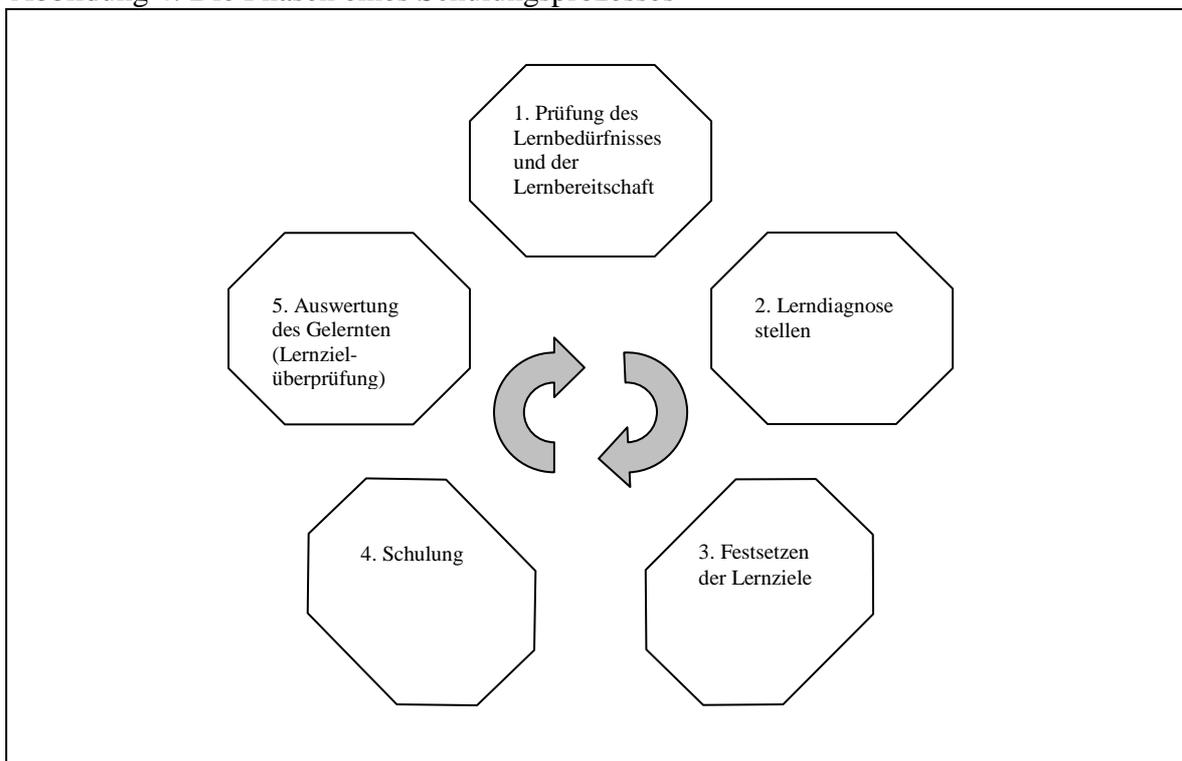
direkt Patienten und Angehörigen bezogene Aufgaben, die pädagogische Unterstützungsleistungen umfassen (informieren, beraten, anleiten und schulen) und indirekt Patienten bezogene Aufgaben, die im Wesentlichen Maßnahmen der Kommunikation und Koordination umfassen.

Im nachfolgenden Abschnitt werden diese Aufgaben konkretisiert.

5.1.2.1 Pädagogische Unterstützungsleistungen

Pädagogische Unterstützungsleistungen meinen nach dem DNQP Informieren, Anleiten, Beraten und Schulen. Die Begriffe Schulung und Beratung sind nicht scharf voneinander abzugrenzen, da Schulung einen beratenden Vorgang beinhaltet, um durch bestimmte Aktivitäten (zum Beispiel Informieren, Anleiten, Unterweisen) Wissens- oder Verhaltensänderungen bei den Patienten durch Lernen zu erreichen (Klug-Redmann 1996, S.11). Der Schulungsprozess ist formalisiert, strukturiert, organisiert und verläuft in unterschiedlichen Phasen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Die Phasen eines Schulungsprozesses



Eigene Darstellung in Anlehnung an: (Klug-Redmann 1997, S.14)

Die Aufgabe der Patientenschulung ist die Vermittlung von Wissensinhalten und Fertigkeiten. Eng damit verbunden ist die Befähigung zum Selbstmanagement, die darauf

abzielt, dass die Patienten mehr Eigenverantwortung in der Krankheitsbewältigung übernehmen (Petermann 1997, S.3f.).

Für Coxarthrosepatienten ist eine Vielzahl von Themen relevant, die in pädagogische Unterstützungsleistungen in Form von Beratung und Schulung aufgehen können. Dazu gehören beispielsweise Beratungsleistungen über die Folgen von Übergewicht und Bewegungsmangel oder über eine angemessene Hilfsmittelversorgung, über den Krankheitsverlauf, spezielle Übungen zur Beseitigung von Muskeldefiziten, Umgang mit Schmerzen oder Möglichkeiten der körperlichen Belastung im Beruf und Sport (Kapitel 2.2 und 3.3.5).

Aufgrund der kürzer werdenden Verweildauern und knappen Ressourcen können nicht alle Beratungsleistungen im Akutkrankenhaus erfolgen. Es wäre auch nicht sinnvoll, wenn bestimmte Themen aufgrund der knappen Verweildauer nur angerissen werden können und zudem besteht die Gefahr, dass die Fülle der Informationen den Patienten überfrachten würde (Jerosch/Heisel 2001, S.26). Jerosch und Heisel geben in ihrem Endoprothesen-Schul-Konzept eine Orientierung, welche Beratungsleistungen ambulant (prästationär), akutstationär und in einer stationären Rehabilitationsklinik erbracht werden sollten. In der Akutklinik sollten sich die pädagogischen Unterstützungsleistungen auf die Themen Schmerz, Hilfsmittelversorgung, die Funktion und Belastbarkeit des Kunstgelenkes, Gangschulung, Muskeltraining und den Aktivitäten des täglichen Lebens konzentrieren. Diese Themenbereiche können beispielsweise durch den Operateur, den Physiotherapeuten oder der Pflegenden abgedeckt werden.

In der Reha-Klinik können schwerpunktmäßig die Themen Belastung im Beruf, Alltag und Sport Gegenstand der Beratung sein (Jerosch/Heisel 2001, S.27).

Im Rahmen des Entlassungsmanagements werden nachfolgend die pädagogischen Unterstützungsleistungen im Schmerzmanagement und bei den Aktivitäten des täglichen Lebens exemplarisch dargestellt, die von den Pflegenden durchgeführt werden können. Diese beiden Themen werden dem Patienten vermittelt, damit dieser ein kontinuierliches Schmerzmanagement nach dem Krankenhausaufenthalt weiterführen kann und seine Selbstpflegekompetenz im Alltag gestärkt wird.

Für ein erfolgreiches Schmerzmanagement ist Wissen die Voraussetzung (DNQP 2004b, S.25). Falsche Grundannahmen des Patienten können die Therapieziele und den Pflegeerfolg gefährden. Angst vor psychischer Abhängigkeit und Nebenwirkungen von

Schmerzmitteln sowie die Annahme, dass Schmerzen ausgehalten werden müssen, weil Schmerzmittel nicht ausreichend wirken, zählen zu den am häufigsten vorkommenden falschen Grundannahmen (ebenda, S.74).

In Absprache mit den Beteiligten Berufsgruppen gewährleistet die Pflegende eine gezielte Schulung und Beratung mit dem Ziel, Patienten/Angehörige zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und sie zu beeinflussen (DNQP 2004b, S.26). Die Schulungsinhalte (Lernziele) können sich beziehen auf:

- Die Selbsteinschätzung von Schmerzen anhand von standardisierten Schmerzskalen (zum Beispiel NRS-Skala),
- Die richtige Medikamenteneinnahme (zum Beispiel Zeit, Aufbereitung),
- Kenntnisse über Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamente (zum Beispiel die retardierende Wirkung, Obstipation, Übelkeit, Müdigkeit) und
- Ergänzende nicht-medikamentöse Verfahren zur Schmerzlinderung (zum Beispiel Entspannungstrainings oder Kälte- und Wärmeanwendungen) und
- Die Anleitung beziehungsweise das Erlernen von schmerzreduzierenden Bewegungsabläufen (zum Beispiel den Transfer Bett-Stuhl).

Die Schulung und Beratung sollte frühzeitig durchgeführt werden. Als günstig erweist sich eine Schulung/Beratung präoperativ, da die Aufnahmefähigkeit des Patienten postoperativ eingeschränkt sein kann (DNQP 2004b, S.26).

Hinsichtlich der Schulung und Beratung im Bereich der Lebensaktivitäten können nach Heisel und Jerosch u.a. folgende Schulungsinhalte bei Coxarthrosepatienten vermittelt werden (Jerosch/Heisel 2001, S.126):

- Kenntnisse über Funktion, Anwendung, ggf. Beschaffung von Hilfsmittel (zum Beispiel Toilettenaufsatz, Sitzkissen, Griffe im Bad, Schuhlöffel, Anziehhilfen),
- Aufstehen und Hinsetzen (zum Beispiel Gewichtsübernahme auf das gesunde Bein, Vorstellen und Durchspannen des operierten Beines, nicht tiefer Sitzen als die Höhe der Patella),
- Heben und Tragen (zum Beispiel Gegenstände vom Boden aufheben über eine Standwaage und mit einer Hand abstützen, beim Tragen einen Rucksack benutzen),
- Verhalten im Bett (zum Beispiel die Beine nicht übereinander Schlagen, den Transfer aus dem Bett über die operierte Seite durchführen),

- Ein-/Aussteigen aus dem Auto (zum Beispiel über die operierte Seite vorne einsteigen mit Gewichtsverlagerung auf das gesunde Bein),
- Die Selbsteinschätzung anhand des Lequesne-Index.
- Das Führen von Patiententagebüchern.¹⁶
- u.v.m.

Hinsichtlich der Rehabilitationsfähigkeit muss ein besonderes Augenmerk auf die Schulung der Mobilisation gerichtet werden. Neben der physiotherapeutischen Übungsbehandlung begleiten Pflegende im Sinne einer „aktivierenden Pflege“ den Patienten bei Gehstrecken auf der Krankenhausstation. Auch hier übernimmt die Pflegende eine Anleitungsfunktion in dem sie den Patienten lehrt die Hilfsmittel richtig einzusetzen. Insbesondere bei Abwesenheit der Physiotherapeuten.

Schulungsformen

Schulungen können in Form von Einzel- oder Gruppenschulungen durchgeführt werden, sie können auch Bestandteil des Pflegeplans sein (Klug-Redmann 1996). Der Vorteil von Einzelschulungen ist das Eingehen auf die individuellen Lernziele des Patienten. Einzelschulungen ergeben sich immer dann, wenn keine ausreichende Patientenzahl mit gleichen Lernzielen für eine Gruppenschulung vorhanden ist (Jerosch/Heisel 2001, S.127, Klug-Redmann 1996, S.130).

Gruppenschulungen sind im Vergleich zu Einzelschulungen nicht so zeit- und kostenintensiv. Positiv ist zudem zu vermerken, dass die Patienten für die Erreichung der Lernziele durch Diskussionen zusätzliche Unterstützung aus der Gruppe erhalten können (Klug-Redmann 1996, S.130).

Schulungsmaterial

Zur Unterstützung einer Wissens- oder Verhaltensänderung können schriftliche Materialien in Form von Merkblättern, Broschüren, Handzetteln oder ähnlichem eingesetzt werden (London 2003).

¹⁶ Der Patient kann im Patiententagebuch Verlaufsberichte über seine Krankheit schreiben und Daten aus den Selbsteinschätzungsinstrumenten sammeln. Diese können von anderen Gesundheitsanbietern bspw. im Rahmen der Nachsorge genutzt werden (London 2003, S.298).

Zur Schmerztherapie sind mittlerweile eine Reihe von Broschüren und Bücher zur Selbsthilfe erhältlich. Das Material wird u. a. von Pharmafirmen, Krankenkassen oder Verlage für Patientenschulungen herausgegeben (Kröner-Herwig 1997, S.340).

Nach Kröner-Herwig leidet die Effektivität von schriftlichen Materialien darunter, weil die Patienten diese Materialien oftmals nicht lesen. Die Patienten müssen regelrecht zum Lesen motiviert werden (ebenda). Aus diesem Grund bietet sich ergänzend der Einsatz audiovisueller Medien an. Nachweislich konnten audiovisuelle Medien (zum Beispiel Film über Krankenhausfernsehen) mehr Patienten erreichen als schriftliche Materialien (ebenda, S.341).

5.1.2.2 Koordination

Nach dem Expertenstandard stimmt die Bezugspfleger im Rahmen der Entlassungsplanung frühzeitig in Kooperation mit den Beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen den zu erwartenden Entlassungstermin und den poststationären Hilfebedarf ab (DNQP 2004a, S.55f.). Dadurch, dass die einzelnen Behandlungsschritte im Clinical Pathway strukturiert vorgegeben sind, kann das geplante Entlassungsdatum aus dem Pathway entnommen werden (Kapitel 6.2).

In der Regel werden Coxarthrosepatienten in stationäre Rehabilitationseinrichtungen entlassen (Kapitel 2.3). Mit den Beteiligten (Patient/Angehörige, Berufsgruppen, Reha-Kliniken, Krankenkassen) ist zu klären, welche Rehabilitationseinrichtung für den Patienten geeignet ist. Verbunden ist dieser Prozess mit einem hohen Kommunikations- und Koordinierungsaufwand (DNQP 2004a, S.56).

Die Patienten müssen frühzeitig über die regionalen Versorgungsangebote informiert werden, um ihr Selbstbestimmungsrecht zu stärken (Dash 2001, S.144). Deshalb müssen Pfleger genaue Kenntnisse über die regionalen Versorgungsangebote von Rehabilitationseinrichtungen einschließlich andere Institutionen wie Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Hilfsmittelanbieter besitzen (DNQP 2004a, S.55). Diese Informationen erhalten Pfleger beispielsweise aus Internetrecherchen oder aus Broschüren der jeweiligen Reha-Kliniken oder durch Kommunikation mit den anderen Berufsgruppen. Die Informationen werden dem Patienten zur Verfügung gestellt. Ist eine Entscheidung für eine bestimmte Rehabilitationsklinik getroffen, werden vom Krankenhaus und dem Patienten unterschiedliche Antragsformulare ausgefüllt und der Rehabilitationsklinik beziehungsweise Krankenkasse übermittelt (Kapitel 2.3). Der

Entlassungstermin und der weitere pflegerische Unterstützungsbedarf wird mit der Rehabilitationsklinik kommuniziert, damit sie ihre Ressourcen (zum Beispiel personell, materiell, räumlich) auf den Patienten ausrichten können (DNQP 2004a, S.56). Eine Möglichkeit ist die telefonische Kontaktaufnahme. Der zu erwartende poststationäre Unterstützungsbedarf kann dabei geklärt und die Ergebnisse aus den Assessments unter Berücksichtigung des Datenschutzes übermittelt werden. Darüber hinaus fallen noch weitere Koordinationsaufgaben an. Es muss geklärt werden, wie der Patient die Rehabilitationsklinik erreicht. Dazu müssen frühzeitige Absprachen getroffen werden, welches Transportmittel für den Patienten geeignet ist. Das entsprechende Transportmittel zum Beispiel Krankentransport muss termingerecht bestellt werden. Weiter ist durch Kommunikation und Koordination zu gewährleisten, dass die Entlassungspapiere und Kostenübernahmebescheide der Krankenkassen rechtzeitig vorliegen.

5.1.3 Evaluation

Der letzte Schritt im Entlassungsmanagement ist die Kontrolle der bisher durchgeführten Tätigkeiten. Nach dem Expertenstandard ist bis spätestens 24 Stunden vor der Entlassung, die Entlassungsplanung von der Pflegenden mit den beteiligten Berufsgruppen, Patienten und seinen Angehörigen zu überprüfen. Diese Zeitspanne ist erforderlich, um noch auf kurzfristige Zwischenfälle reagieren zu können. Dabei kann es sich um Ereignisse handeln, die Einflüsse auf die Entlassung haben können wie die Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder bislang nicht erledigte Arbeiten, die im Zusammenhang mit der Entlassung stehen. Notwendige Modifikationen des Entlassungsplan werden vorgenommen (DNQP 2004a, S.57). Im Ergebnis ist eine Entlassung bedarfsgerecht vorbereitet, wenn die Sichtweisen des Patienten und der Professionellen durch Aushandlungsprozesse zusammengeführt werden (ebenda). Auf der professionellen Seite steht die Erfassung des krankheits- und pflegebezogenen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf im Vordergrund. Auf der Patienten-/Angehörigenseite steht deren Erfahrungswissen, sowie die Ressourcen des Patienten hinsichtlich der Stärkung seiner Selbstmanagementkompetenzen (ebenda). In den angloamerikanischen Ländern werden Evaluationen in Form von Follow-up Programmen durchgeführt. Zudem wird die Entlassungsplanung in Form von Checklisten oder Protokollen überprüft und dokumentiert. In Deutschland besteht dagegen noch Forschungsbedarf (ebenda, S.86).

Zur Dokumentation des Entlassungsplans werden in Deutschland unterschiedliche Instrumente zur pflegerischen Überleitung verwendet (DNQP 2004a, S.87). Die sogenannten „Überleitungsbögen“ beziehungsweise „Überleitungsformulare“ sind meistens einrichtungsspezifisch entwickelt und dementsprechend vielfältig. Inhalt der Bögen sind zum Teil kurze und selektive Faktensammlungen, die im sich Aufbau an den ATL's orientieren und im Weiteren Assessmentcharakter (zum Beispiel Barthel-Index) aufweisen können. Ziel der Überleitungsbögen ist der nachfolgenden Einrichtung Informationen über den weiteren pflegerischen Unterstützungsbedarf zu übermitteln (ebenda).

Der Expertenstandard sieht einen weiteren Evaluationszeitpunkt vor (Kriterium P6). Innerhalb von 48 Stunden nimmt die Pflegende Kontakt mit der poststationären Einrichtung auf. Dabei prüft sie, ob ihre Entlassungsplanung angemessen umgesetzt wurde. Mögliche Fragen der poststationären Einrichtung oder des Patienten können dann beispielsweise in einem Telefonat beantwortet werden (DNQP 2004a, S.58).

5.2 Management des medizinischen Behandlungsprozesses

Es bestehen in der Patientenversorgung zwei eng miteinander verbundene Handlungsstränge. Auf der einen Seite der medizinische Diagnostik- und Therapieablauf und auf der anderen Seite die individuellen Unterstützungsbedürfnisse des Patienten im Rahmen des Pflegeprozesses beziehungsweise Entlassungsprozesses (Dahlgaard/Stratmeyer 2004, S.637). Während vorausgehend das Management des Entlassungsprozesses beschrieben wurde, steht nun das Management des medizinischen Behandlungsprozesses als weitere Teilaufgabe der Bezugspflegerinnen im Vordergrund.

Pflegende haben die zahlreichsten, längsten und oftmals intensivsten Kontaktzeiten zum Patienten. Bezogen auf den Gesamtprozess der Leistungserstellung, nehmen Pflegende jetzt schon heute wichtige Aufgaben im Prozess-Management wahr. Sie bündeln Informationen, geben diese an den Patienten und andere Berufsgruppen weiter. Zudem filtern sie Informationen und vermeiden damit eine Informationsüberflutung (Stratmeyer 2005b, S.5). Die Koordination, Steuerung und Überwachung des medizinischen Behandlungsprozesses wird ebenfalls schon seit langer Zeit von Pflegenden übernommen. Dabei sind oftmals die Zuständigkeiten nicht eindeutig geklärt und die Übernahme dieser Aufgaben erfolgt eher durch informelle Absprache (Stratmeyer 2005b, S.5f.). Hier bedarf es einer organisatorischen Regelung. Formal muss geregelt sein, wer die diagnostischen-

und therapeutischen Prozesse managt. Die Bezugspflegerin weist durch ihren intensiven Patientenkontakt und hohen Informationsstand günstige Merkmale auf, die andere Berufsgruppen in dieser Form nicht aufweisen können. Das spricht dafür, der Bezugspflegerin die Prozessverantwortung formal zu übertragen (ebenda, S.6). Zu berücksichtigen ist dabei die ärztliche Entscheidungshoheit und Gesamtverantwortung für den Diagnostik- und Therapieprozess. Hier muss der Kompetenzrahmen abgesteckt werden und klare Regelungen vereinbart für welche Teile des Prozesses die Bezugspflegerin die Verantwortung übertragen werden soll.

Der Clinical Pathway stellt ein wichtiges Steuerungsinstrument für die Bezugspflegerin dar. Aufgrund der Leistungstransparenz entfallen durch diesen viele Einzelabstimmungen zwischen Ärzten und Pflegenden. Aus dem CPW kann entnommen werden, wann welche Maßnahmen an einem bestimmten Tag der Behandlung durchgeführt werden und welche Maßnahmen zu koordinieren sind (Paeger et al. 2002, 151). Damit ist der Clinical Pathway ein wichtiges Steuerungsinstrument.

Sollte es zu Terminabweichungen kommen beispielsweise dadurch, dass postoperative Diagnostiktermine nicht eingehalten werden, wodurch sich wiederum der Entlassungstermin verschieben könnte, muss die Bezugspflegerin sich um einen Ersatztermin bemühen. Die Bezugspflegerin müsste dann den Patienten direkt über die Abweichungen informieren und klären, ob beispielsweise für den Patienten das Röntgen (in Absprache mit der Abteilung) zu einem späteren Zeitpunkt als geplant noch akzeptabel wäre. So kann den Patienten und Ärzten eine zeitnahe Rückmeldung und Orientierung über den Behandlungsablauf gegeben und dadurch Informationsdefizite und verlängerte Krankenhausaufenthalte vermieden werden.

Für Ärzte wäre die Übertragung von organisatorischen Aufgaben auf Bezugspflegerin vorteilhaft, da sie sich in der ersparten Zeit mehr auf ihre Kernaufgaben, die Planung und Durchführung von Diagnostik und Therapie konzentrieren können (Dahlgaard/Stratmeyer 2004, S.634-640). Um die gesamten Aufgaben im Entlassungsmanagement und im Management des medizinischen Behandlungsprozesses wahrnehmen zu können, muss die Bezugspflegerin ausreichend qualifiziert sein. Sie benötigt unter anderem Kompetenzen für die Handlung auf wissenschaftlicher Grundlage, als auch Schulungs- und Beratungskompetenzen. Des Weiteren benötigt sie hohe kommunikative Fähigkeiten für patientenbezogene Aushandlungsprozesse und einer partnerschaftlichen Verständigung mit dem ärztlichen Dienst (ebenda). Aus diesem Grund sollten Absolventen von

pflegewissenschaftlichen Studiengängen zukünftig vermehrt als Bezugspfleger eingesetzt werden.

6 Konzeptionen von Clinical Pathways

Nach dem im Vorfeld die Grundlagen der CPWs beschrieben wurden, geht es in den folgenden Kapiteln, um dessen Konstruktion und praktische Anwendung. Zunächst werden unterschiedliche Darstellungsmöglichkeiten benannt. Im Weiteren wird eine mögliche Vorgehensweise beschrieben wie ein Clinical Pathway bei der Prozedur Hüft-Totalendoprothese konstruiert und dargestellt werden kann. Es soll zudem gezeigt werden, wie das Entlassungsmanagement in ein Pathway integriert werden kann. Abschließend werden Probleme bei der Pathwayarbeit dargelegt.

6.1 Darstellungsmöglichkeiten

Je nach ihrem Verwendungszweck sind unterschiedliche Formen der Darstellung von CPWs möglich. Ziel der Darstellung ist eine schnelle Verfügbarkeit von sämtlichen pathwayrelevanten Informationen für die am Prozess Beteiligten (Hellmann 2002, S.276). Grundsätzlich lassen sich Papier-Versionen und EDV-Versionen als Dokumentationswerkzeug erstellen. Bei den Papierversionen handelt es sich oftmals um Tabellen, die einen Checklistencharakter aufweisen (Dykes/Wheeler 2002, Hellmann 2002). In diesen Tabellen wird der zeitliche Verlauf in Spalten und die durchzuführenden Maßnahmen in Zeilen dargestellt. Die Maßnahmen werden bei Erfüllung im Pathway dokumentiert. Abweichungen gehen in die Varianzdokumentation ein.

Eine erweiterte Form stellen die sogenannten CaseMaps dar, die bereits in den Sana-Kliniken eingeführt sind (Abbildung 5). In dieser Variante wird die komplette medizinische Dokumentation in den Clinical Pathway integriert und dadurch das Kardex-Dokumentationssystem ersetzt. (Bollmann/Beck 2002, S.239-248).¹⁷

In diesem Beispiel ist der CaseMap unterteilt in Ziele und Aufgaben. Die Hauptbehandlungsziele sind in der ersten Spalte definiert und die dazugehörigen Teilziele werden in den folgenden Spalten tageweise dargestellt. Für die Zielerreichung sind die dazugehörigen Aufgaben im unteren Teil des CaseMap beschrieben.

¹⁷ Die in Deutschland gängigen Kardex-Systeme werden beispielsweise von der Firma Hinz® oder Optiplan® hergestellt.

Ein Vorteil der CaseMaps ist für den Anwender die direkte Verfügbarkeit am Patientenbett (ebenda).

Abbildung 5: Ausschnitt eines CaseMap am Beispiel einer Hernien-Operation

ZIELE	Präklinisch/Präoperativ	OP-Tag	1. Tag	2. Tag	3. Tag
Hernie beseitigt		Hernie beseitigt	dto.	dto.	dto.
Unauffällige Wundverhältnisse		Pat. hat keine behandlungsbedürftige Blutung	dto.	Pat. hat keine Infektion	dto.
Schmerzfreiheit		Pat. schätzt sich maximal 4 von 10 auf der Schmerzskala	Pat. schätzt sich maximal 3 von 10 auf der Schmerzskala	Pat. schätzt sich max. 2 von 10	dto.
Mobilität		Pat. kann in Begleitung zum WC laufen	Pat. kann sich in Begleitung im Zimmer bewegen	Pat. kann sich selbstständig in Klinik bewegen	dto.
Informiertheit	Pat. hat den Ablauf seiner Behandlung verstanden (auch Angehörige) Pat. hat die OP verstanden Pat. hat den Schmerzverlauf verstanden Pat. hat verstanden, wie er sich nach der OP verhalten soll				
Diabetiker	Ausgeglichene Stoffwechsellage			Pat. hat individuelle Normalwerte	
AUFGABEN	Präklinisch/Präoperativ	OP-Tag	1. Tag	2. Tag	3. Tag
Untersuchungen	Aufnahmeuntersuchung	Chirurgie	RR/.....	Kontrolle Wundgebiet Drainage	RR/.....>
		Anästhesie	Temp.°		Temp.°>
		Pflege	Puls min.		Puls min.>
Labor	Routine (s. Rückseite)				
Behandlung		OP			
Medikation	Prüfung der bisherigen Medikation	Hausmedikation	nach A...		

Quelle: (Bollmann/Beck 2002, S. 242)

Wenn es um die Dokumentation und Auswertung komplexer Datenmengen geht, stoßen Papier-Versionen auf ihre Grenzen. Um die jeweiligen Leistungen der einzelnen Fachabteilungen wie Röntgen, Labor und OP zu dokumentieren und auszuwerten, nutzen oder favorisieren viele Krankenhäuser deshalb Krankenhausinformationssysteme auf EDV-Basis. Zur Vermeidung von Doppeldokumentationen ist es sinnvoll, dass Clinical-Patways mit einer entsprechenden Software unterstützt und eingeführt werden (Seyfarth-Metzger/Vogel 2002, S.31). Der Zugriff auf aktuelle Informationen ist von verschiedenen Arbeitsplätzen aus möglich und entsprechende Daten können gleichzeitig von anderen Fachabteilungen oder Verwaltungsbereichen genutzt werden. Besonders unter Kostengesichtspunkten sind computergestützte CPWs für Krankenhauscontroller interessant, wenn es darum geht Prozess- oder Fallkostenrechnungen durchzuführen um die Erlöse zu sichern (Holler et al. 2002, S.39). Ein wesentlicher Vorteil der EDV gegenüber der Papier-Version ist die schnelle Auswertung von Daten hinsichtlich bestimmter Patientengruppen oder Merkmalen wie beispielsweise durch die Verweildauer entstehenden Kosten (Dykes/Wheeler 2002, S. 219).

6.2 Pathwaykonstruktion am Beispiel der Prozedur Hüft-Totalendoprothese

Im deutschsprachigen Raum verfügt die Arbeitsgruppe „mipp“ vom Kantonsspital Aarau über langjährige Erfahrungen in der praktischen Pathwayarbeit.¹⁸ Nach Hellmann hat diese Arbeitsgruppe einen wesentlichen Einfluss auf die Pathwayentwicklung in deutschen Krankenhäusern. Bis zum Jahr 2002 entwickelte die Arbeitsgruppe 136 Pathways, davon wurden 36 im Kantonsspital eingeführt (Hellmann 2002, S.14). Nach der mipp-Gruppe lässt sich ein Clinical Pathway in drei mehrstündigen Sitzungen realisieren.

Für die Entwicklung des Pathways Hüft-Totalendoprothese empfiehlt die mipp-Gruppe folgendes Vorgehen (Holler et al. 2002, S. 48-62):

Eine interdisziplinäre Pfadgruppe wird gebildet mit Mitarbeitern aus dem Ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst, dem Kaufmännischen Bereich sowie der Projektleitung. Bei Bedarf werden Physiotherapeuten und andere Berufsgruppen und/oder Fachabteilungen hinzugezogen. Im Vorfeld der Sitzung sollte das Pfadteam eine Literaturanalyse durchführen auf Grundlage der AWMF Leitlinien, aktuellen Forschungsergebnissen, Pflegestandards und den klinikinternen Leitlinien. In der ersten Sitzung wird der Behandlungsablauf skizziert. Die Erfahrungen der Mitarbeiter sollen bei der Entwicklung einfließen. Zunächst wird eine Ist-Analyse durchgeführt und darauf folgend eine Sollvorstellung formuliert. Unterstützt wird dieser Prozess durch Visualisierungstechniken (zum Beispiel Flipchart) und Techniken des Projektmanagements (zum Beispiel Brainstorming).

Aus den Ergebnissen wird dann ein Algorithmus¹⁹ erstellt. Dieser bildet das Kernelement des Clinical Pathway, da er einen Gesamtüberblick über den Behandlungsablauf ermöglicht (Abbildung 6). Der zeitliche Ablauf der Behandlung muss ebenfalls in den Algorithmus einfließen. Der äußere Rahmen ergibt sich aus der durchschnittlichen Verweildauer des Patienten. Danach werden die Leistungsbündel der einzelnen Komponenten differenziert beschrieben und in den zeitlichen Ablauf eingepasst. Eine Komponente beschreibt einen logisch abgeschlossenen Teil eines Clinical Pathways. Sie kann beispielsweise aus dem Aufnahmeprozess, der Operation/Behandlung oder der postoperativen Maßnahme/Station bestehen. Ein Leistungsbündel der Komponente Aufnahmeprozess umfasst alle Tätigkeiten, die während der Aufnahme erfolgen wie

¹⁸ „mipp“ bedeutet Modell für integrierte Patientenpfade und ist aus der Pfadarbeit in Aarau entstanden (Holler 2004, S.38).

¹⁹ Der Algorithmus beschreibt in Form eines Flussdiagramms eine Grobstruktur des Clinical Pathway. Enthalten sind alle zentralen Informationen über den Behandlungsablauf (z.B. diagnostische und therapeutische Verfahren) sowie Angaben zu allen an der Behandlung beteiligten organisatorischen Einheiten (Hellmann 2002, S.268).

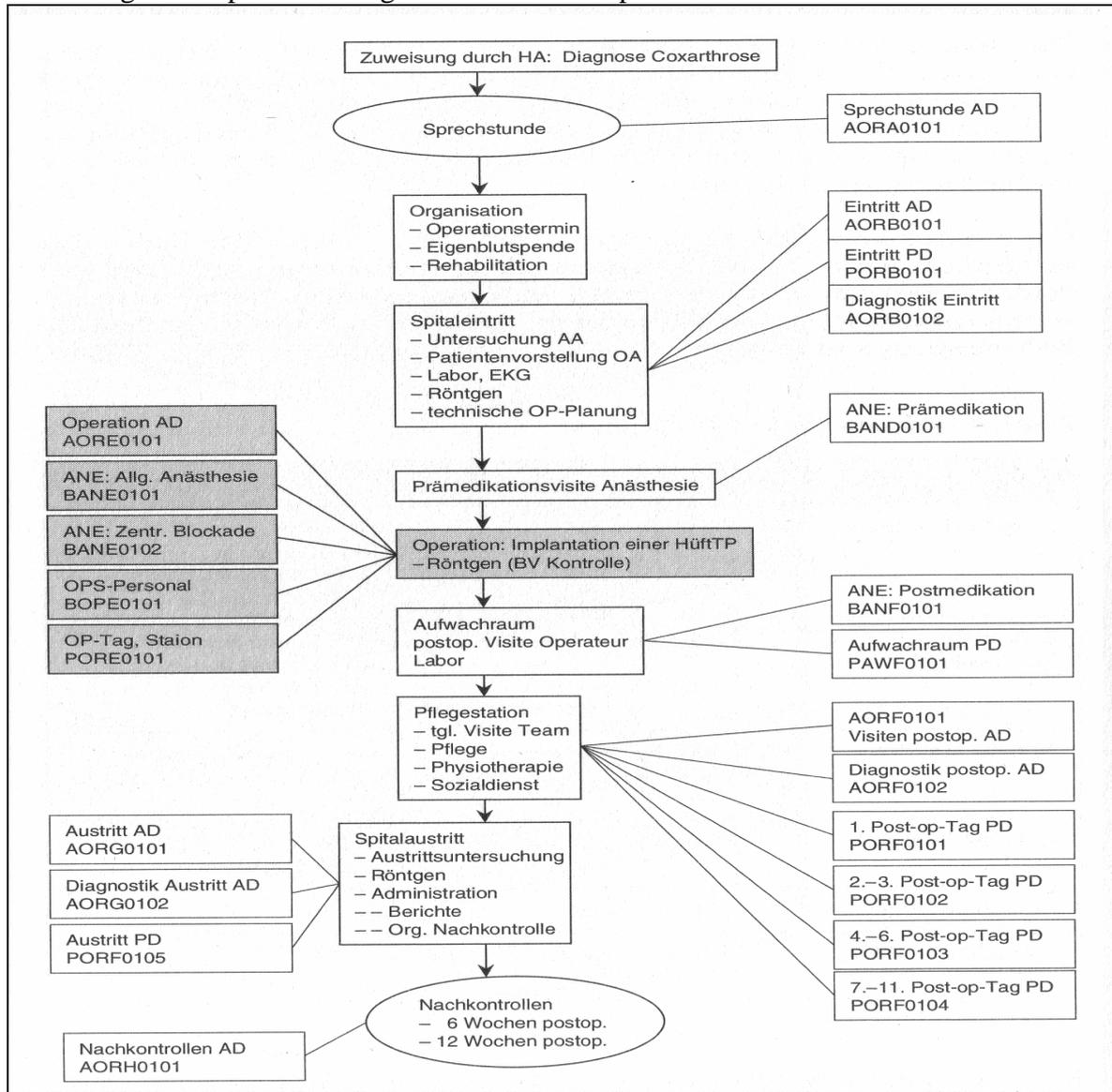
beispielsweise die ärztlich/pflegerische Anamnese, Assessment, Untersuchung, EKG, Labor sowie die OP-Planung.

In einer zweiten Sitzung werden die einzelnen Komponenten überprüft. Dabei kann sich herausstellen, dass einzelne Abläufe zu unklar oder für alle nicht gleich definiert sind.

Beispiel: In der Komponente postoperative Maßnahmen beschreibt der Oberarzt, dass der Patient am ersten postoperativen Tag geröntgt und eine Laborkontrolle durchgeführt wird. Die Pflegenden erklären, dass der Patient im tatsächlichen Ablauf von der Röntgenabteilung erst dann geröntgt wird, wenn die Wunddrainagen entfernt sind. Die Blutentnahmen verzögern sich, wenn die Stationsärzte in den OP müssen. Hier entsteht Handlungs- und Entscheidungsbedarf. Spricht etwas dagegen, das Röntgen nach 48 Stunden durchzuführen? Hat die Bezugspflegerin die Befugnis, das Röntgen nach der Drainagenentfernung zu veranlassen? Hat sie die Befugnis, aufgrund ihrer Präsenzzeiten die Blutentnahmen selber durchzuführen? Diese oder ähnliche Fragen können in der zweiten Sitzung geklärt werden und die Ergebnisse sind im Clinical Pathway einzuarbeiten.

In der dritten Arbeitsgruppensitzung werden von den Krankenhausökonominnen die einzelnen Komponenten mit Kostensätzen bewertet und so die monetäre Bewertung des CPWs ermöglicht. Der Pathway wird in dieser Sitzung nochmalig angepasst und zur Verifizierung freigegeben (Holler 2002, S.62).

Abbildung 6: Beispiel eines Algorithmus mit Komponentenübersicht bei Hüft-TEP



Quelle: (Holler 2004, S. 58).

6.3 Co-Pathways für die Integration des Entlassungsmanagements

Im Vordergrund der Krankenhausversorgung steht der medizinische Hauptarbeitsgang, die Versorgung des Coxarthrosepatienten mit einer Hüftendoprothese. Die einzelnen Maßnahmen und Behandlungsschritte werden im Clinical Pathway abgebildet (Kap. 6.2., Abbildung 6). Der Entlassungsplan ist dagegen ein parallel verlaufender, eigenständiger dynamischer Prozess innerhalb des Behandlungsprozesses (Dangel 2004, S.10). Bei der Integration des Entlassungsmanagements in den Clinical Pathway besteht das Problem, der Unübersichtlichkeit, wenn die einzelnen Schritte aufgeführt und die gesamten Abweichungen des Entlassungsprozesses ebenfalls in dem Pathway dokumentiert werden.

Deshalb ist es sinnvoll Co-Pathways anzuwenden. Sie beschreiben Parallelwege und fokussieren die Ergebnisse, die vor der Entlassung erreicht werden sollen (Kapitel 3.4). Bezogen auf das Entlassungsmanagement beschreiben sie direkte und indirekte Patientenggf. Angehörigenergebnisse. Die direkten Ergebnisse beziehen sich auf den Gesundheitszustand und die indirekten auf die Koordinations-/Kommunikationsaufgaben im Entlassungsmanagement. Sie können mit Checklisten/Assessmentinstrumenten überprüft und dokumentiert werden. Nachfolgend werden die zu erreichenden Ergebnisse exemplarisch benannt:

Direkte Patientenergebnisse

Rehabilitationsfähigkeit

- Ist selbständig ggf. mit Hilfsmittel auf der Stationsebene mobil
- Führt die wesentlichen Lebensaktivitäten selbst durch (zum Beispiel Körperpflege, Toilettenbenutzung)
- Die Wundheilung ist abgeschlossen

Schmerzmanagement

- Schätzt seine Schmerzen mittels NRS- Skala 3-4mal täglich ein
- Hat einen „Cut-Off“ von 3/10 NRS
- Benennt Zeitpunkte der Medikamenteneinnahme
- Beschreibt drei Nebenwirkungen von Schmerzmittel
- Demonstriert schmerzreduzierende Bewegungsabläufe (zum Beispiel Transfer Bett-Stuhl, Aufstehen und Hinsetzen)
- Versteht Ansätze von nicht-medikamentösen schmerzlindernden Verfahren (zum Beispiel Entspannungsübungen)

Unterstützung bei den Lebensaktivitäten

- Demonstriert die Anwendung von Hilfsmittel und weiß Möglichkeiten sie zu beschaffen
- Versteht den Nutzen von Patiententagebüchern und dokumentiert sein Krankheitsverlauf anhand des Lequesne-Index und der Schmerzskala.
- Beschreibt Möglichkeiten Gegenstände zu transportieren und demonstriert wie sie vom Boden aufgehoben werden können

- U.a.

Indirekte Patientenergebnisse

Koordination/Kommunikation

- Patienten/Angehörige wurden frühzeitig über den Entlassungstermin informiert
- Rehaklinik ist über Entlassung und poststationären Hilfebedarf informiert
- Kostenzusage der Krankenkasse liegt vor
- Entlassungspapiere liegen bereit
- Krankentransport ist bestellt
- U.a.

Diese Ergebnisse werden 24 Stunden vor der Entlassung überprüft. Abweichungen gehen wie bereits erwähnt in die Varianzanalyse ein.

6.4 Probleme des Algorithmus bei der Pathwaykonstruktion

Ausgangspunkt und Voraussetzung für einen computergestützten Therapieplan sind verallgemeinerte Modelle über den Zusammenhang von Krankheitsbildern, therapeutischen Maßnahmen und Krankheitsverlauf (Feuerstein 1996, S.201). Im Clinical Pathway wird der idealtypische Verlauf eines Behandlungsprozesses in Form eines Algorithmus dargestellt. Hierbei besteht die Gefahr, dass der Fokus der Therapeuten mehr auf dem idealtypischen Konstrukt gerichtet ist und weniger auf die tatsächlichen Patientenprobleme. Vorgegebenen sind definierte Inputs für Krankheitsparameter und Behandlungsmaßnahmen, die zu bestimmten Outputs (zum Beispiel Verbesserung des Krankheitszustandes) führen sollen. Ärztliche Erfolgskriterien und Patientenerwartungen an den Genesungsverlauf „...geraten dadurch in den Sog statistisch konstruierter Normalitätsvorstellungen“. Der formalisierte Prozess wie er im Clinical Pathway zum Ausdruck kommt, wird somit zur Referenz individueller Krankheitsbearbeitung und Bewältigung (ebenda S. 202).

Nach Young/Williams/Eisenberg ist eine Schwäche von Algorithmen in ihrer Eigenschaft begründet. Durch ihre sequentielle Struktur sind sie auf komplexe, überlagernde, klinische Probleme schwer anzuwenden (zit. n. Feuerstein 1996, S.203). Durch die Bevorzugung objektivistisch harter Daten in der technisch-computerisierten Therapieplanung und -auswertung besteht die Gefahr, dass mehrdeutige Informationen über das Krankheitsgeschehen ausgeblendet werden, als Beispiel hierfür können angeführt werden

die Deutung der Krankheitsgenese oder auch Aussagen des Patienten über sein Wohlbefinden (Feuerstein 1996, S.204). Psychosoziale Kontexte sind beim Patienten immer individuell und für eine Algorithmisierung, die auf harten Daten beruht, ungeeignet. Ein Beispiel: Patient A hat Angst vor Operationen und Patient B nicht.

Von den Pflegenden erfordern solche Situationen ein flexibles Eingehen auf die individuellen Patientenbedürfnisse und lassen sich aufgrund der besonderen Notlage der Patienten weder zeitlich vorhersehen, planen oder aufschieben (Stratmeyer 2005a, S.45).

Ein weiterer Nachteil von algorithmischen und standardisierten Verfahren ist die Förderung von körperfunktionsorientierten, reduktionistischen Pflegehandlungen handwerklich-technischer Art, da sich diese Pflegehandlungen besonders zur Standardisierung eignen (Stratmeyer 2002, S.222). „Das Menschenbild und Pflegeverständnis, das hier eingelagert ist, geht von einem objektivistischen, mechanistischem, dualistischen und eben reichlich ‚unganzheitlichen‘ Paradigma aus, indem der Patient als Handlungsobjekt in den Dimensionen Soma, Psyche und Soziales zerlegt und entsprechend dem Diktat algorithmisierter Verfahren gepflegt wird“ (ebenda). Abweichungen von diesen Standards sind zwar möglich, sie müssen jedoch dokumentiert und begründet werden. Stratmeyer bemerkt, dass von diesen Standards ein normativer Handlungsdruck ausgeht und weniger qualifizierte Pflegenden eher geneigt sind, den Algorithmen zu folgen als unter Begründungsverpflichtung von ihnen abzuweichen (Stratmeyer 2002, S.222). Somit führen Algorithmen nicht unbedingt zu einer verbesserten pflegerischen Entscheidungskompetenz bei weniger qualifizierten Pflegenden sondern bergen die Gefahr, eines unkritischen Einsatzes (ebenda).

Diese mitunter berechtigte und fundamentale Kritik an Algorithmen ist die Kehrseite einer pathwaygestützten Therapieplanung. Die Grenzen in der Anwendung von CPWs sind demzufolge komplexe, übergeordnete Zusammenhänge von Krankheitsverlauf und Bewältigung, die sich nicht hinreichend mit objektivistischen Methoden standardisieren lassen.

7 Zusammenfassung und Fazit

Die Erkrankung Coxarthrose bedeutet für den Patienten einen (schleichenden) Verlust an individueller Lebensqualität. Eng damit verbunden sind Schmerzen und Bewegungseinschränkungen, die im erheblichen Maße, den Patienten über einen langen Zeitraum belasten können. Aufgrund der demographischen Entwicklung wird diese häufig auftretende Erkrankung weiter zunehmen. Dank der medizinischen Therapie können bei schweren Ausprägungsgraden der Coxarthrose künstliche Hüftgelenke implantiert werden. Dazu kommen Bewältigungsaufgaben, die der Patient und seine Angehörigen leisten müssen. Hierbei erhält er von der Pflege Unterstützung und Begleitung. Der Patient muss lernen, seine Krankheit zu bewältigen und Krankheitsanpassungen vorzunehmen, um den therapeutischen Erfolg nicht zu gefährden.

So muss der Patient nach einer Operation das Laufen wieder lernen und mit seinen meist eingeschränkten Ressourcen für eine bestimmte Zeit oder dauerhaft im Alltag zurechtzukommen. Bei diesem Prozess unterstützen Pflegende den Patienten auf vielfältige Weise. Sie unterstützen den Patienten bei den Lebensaktivitäten wie der Frühmobilisation oder im Rahmen des Schmerzmanagements. Außerdem nehmen Pflegende wichtige Assistenzaufgaben im ärztlichen Diagnostik- und Therapieprozess wahr und sorgen damit für einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf. Im Anschluss der Akutbehandlung wird bei dem Coxarthrosepatienten in der Regel eine stationäre AHB-Maßnahme in einer Rehabilitationsklinik durchgeführt. Aufgrund der DRG-Bedingungen ist das Akutkrankenhaus bestrebt, den Coxarthrosepatienten möglichst frühzeitig in eine Rehabilitationsklinik zu entlassen, um ihre Erlöse zu sichern.

CPWs haben den Anspruch von der Aufnahme des Patienten bis zu seiner Entlassung, die Gesundheitsversorgung gleichermaßen unter Zeit-, Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten darzustellen und zu gewährleisten. CPWs sind hierfür als Steuerungsinstrument nützlich.

Ausgehend von der medizinischen Hauptdiagnose Coxarthrose und der Prozedur Implantation einer TEP wird der gesamte Behandlungsablauf geplant und evaluiert. Bei der Erkrankung Coxarthrose werden deshalb klinikinterne Leitlinien und Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften auf evidenz-basierter Grundlage angewendet. Diese Leitlinien fokussieren in erster Linie die medizinischen Versorgungserfordernisse von Coxarthrosepatienten. Die alleinige Konzentration bei der Entwicklung und Anwendung von CPWs auf dieser Basis, würde den Anforderungen an die Krankheitsbewältigung von Coxarthrosepatienten nicht gerecht werden. Für die Berücksichtigung von komplexen

Gesundheitsproblemen, Begleiterkrankungen sowie Patientenbedürfnisse und Wünsche können zusätzliche Co-Pathways angewendet werden. Co-Pathways haben den Vorteil, dass sie nicht jede einzelne Intervention festlegen, sondern konzentrieren sich auf die Ergebnisse, die vor der Entlassung erreicht werden sollen.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement des DNQP ist auf evidenzbasierter Grundlage entwickelt worden. Dazu wurden nationale und internationale Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung genutzt und von Experten aus Wissenschaft und Praxis aufbereitet. Der Standard wurde in einem Konsensusverfahren auf nationaler Ebene verabschiedet. Ziel des Standards ist, die Versorgungskontinuität durch ein abgestimmtes Leistungsgeschehen der Leistungserbringer unter den Bedingungen kürzerer Verweilzeiten zu gewährleisten. Für die Bezugspfleger ergeben sich hieraus Aufgabenbereiche in der Abstimmung und Koordination des poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs und in der Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten des Patienten/Angehörigen. Für diese komplexen Aufgaben müssen Pfleger ausreichend qualifiziert sein. Durch eine Krankenpflegeausbildung können die benötigten Kompetenzen nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden. Bei der Implementierung im Krankenhaus muss der Standard von der Leitungsebene und den entsprechenden Ressourcen unterstützt werden. Die Pflegewissenschaft und -praxis greift damit gesundheitspolitische relevante Themen auf mit dem Ziel, die Patienten angemessen zu versorgen. Damit fördert der Standard die Qualitätsentwicklung in der Pflege und in den Einrichtungen.

In der praktischen Pathwayarbeit erheben die Bezugspfleger mit geeigneten Assessment-Instrumenten am Beginn des Krankenhausaufenthaltes, den pflegerischen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf bei Coxarthrosepatienten. Darauf aufbauend wird der Entlassungsplan erstellt. Bestandteil des Entlassungsplans sind direkt Patienten bezogene Aufgaben wie Schulungs- und Beratungsangebote und indirekt Patienten bezogene Aufgaben, die überwiegend Kooperations- und Kommunikationsaufgaben mit den Angehörigen, Berufsgruppen und Rehabilitationseinrichtungen und Kostenträgern umfassen. Der gesamte Entlassungsprozess wird evaluiert und schließt die Entlassung des Patienten ab. Neben dem Entlassungsmanagement wird von der Bezugspfleger der medizinische Behandlungsablauf auf der Grundlage von CPWs gesteuert und überwacht. Sie sorgt damit für eine effiziente Leistungserbringung. Aufgrund ihrer Nähe zum Patienten kann sie ihn zeitnah über den Versorgungsprozess informieren und somit für den Patienten ein transparentes Leistungsgeschehen herstellen. Bezugspfleger benötigen für

diese Aufgaben besondere Kompetenzen. Diese können in pflegebezogenen Studiengängen erworben werden. Absolventen dieser Studiengänge sollten deshalb als Bezugspfleger vermehrt eingesetzt werden.

Auf der praktischen Ebene gibt es unterschiedliche Möglichkeiten CPWs darzustellen. Zum einen durch Papier-Versionen in Form von Tabellen/Checklisten und CaseMaps oder durch EDV-Versionen in Form von Flussdiagrammen (Algorithmen). Ein Vorteil der Papier-Version ist die direkte Verfügbarkeit am Patientenbett. Bei großen Datenmengen stoßen sie jedoch auf ihre Grenzen. Mit Hilfe von EDV-Versionen können große Datenmengen besser verarbeitet und schneller ausgerechnet werden. Sie haben den Vorteil, dass sie von allen relevanten Arbeitsplätzen einsehbar sind und eignen sich besonders für die Kostenkalkulation.

In einer interdisziplinären Arbeitsgruppe lässt sich in mehrstündigen Sitzungen ein CPW erstellen. Tatsächliche Behandlungsabläufe werden hier besprochen und geplant. Der Behandlungsablauf wird im CPW dargestellt. Damit der CPW Coxarthrose übersichtlich bleibt und das Entlassungsmanagement als ein parallel verlaufender Prozess anzusehen ist, wird das Entlassungsmanagement im Co-Pathway dargestellt. Bei Coxarthrosepatienten zählt zu den wichtigsten Ergebnissen, die Erreichung der Rehabilitationsfähigkeit und die Stärkung des Selbstmanagements durch Schulung und Beratung. Diese Ergebnisse können in Form von Checklisten und/oder Assessments dargestellt werden. Grenzen in der Anwendung von CPWs liegen in der Eigenschaft von Algorithmen begründet. Komplexe, übergeordnete Probleme der Krankheitsbewältigung, die psychosoziale Aspekte beinhalten, lassen sich nur schwer, mitunter gar nicht standardisieren. Hier besteht die Gefahr, dass die tatsächlichen Patientenprobleme nicht wahrgenommen werden oder zu wenig Beachtung in der Therapieplanung finden. Pflegende müssen bei der Anwendung von CPWs hinreichend qualifiziert sein, um den normativen Handlungsdruck der von Pathways ausgeht, zu reflektieren und wenn nötig, auch von Pathways abweichen, insbesondere dann, wenn eine Patientengefährdung durch eine falsche Intervention gegeben ist.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema CPWs bestand das Problem, dass ich nur auf Erfahrungsberichte zurückgreifen konnte. Ob CPWs tatsächlich geeignet sind den Behandlungsprozess unter Zeit-, Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten zu steuern, muss in Deutschland erst noch bewiesen werden. Aufgrund der Bedeutung des Themas, sehe ich hier Forschungsbedarf.

Als eine wichtige und zugleich schwierige Aufgabe im CPW sehe ich das Ausbalancieren zwischen den Zeit-, Kosten- und Qualitätsgesichtspunkten mit den Beteiligten. Dieses Ausbalancieren muss zukünftig eine besondere Beachtung finden, ansonsten besteht die Gefahr, die Kosten in den Vordergrund zu stellen.

Einen wesentlichen Vorteil in der Entwicklung und Anwendung der CPWs sehe ich in der Prozesstransparenz. Allein die Auseinandersetzung der Berufsgruppen über den gesamten klinischen Behandlungsablauf kann dazu beitragen, vorhandene Schnittstellenprobleme zu lösen. Klare Abfolgen wie die erste postoperative Labor- und Röntgenkontrolle benötigen nicht jedes Mal wieder eine neu ärztliche Anordnung, wenn diese im CPW vorgegeben werden. Dadurch würde der bürokratische Aufwand der Dokumentation sowie auch Abstimmungsprobleme zwischen dem Arzt und der Bezugspflegerinnen reduziert. Bei der interdisziplinären Entwicklung von CPWs sehe ich auch eine Chance die Aufgaben zwischen Medizin und Pflege neu zu verteilen. Dabei geht es nicht um berufsständisches Denken, sondern es gilt zu vereinbaren, wer welche Aufgaben im Prozess am sinnvollsten übernehmen kann. Das kann beispielsweise bedeuten, dass Pflegerinnen grundsätzlich Blutentnahmen durchführen bei Abwesenheit der Ärzte.

Bei dem Einsatz des CPW als Steuerungsinstrument ist besonders wichtig, dass der Behandlungsablauf von der Bezugspflegerin reflektiert und nicht einfach abgearbeitet wird. Der CPW kann das Handeln zwar unterstützen, er darf es jedoch niemals bestimmen, da es sonst bei komplexen Problemsituationen zu Patientengefährdungen kommen kann.

Im Entlassungsmanagement bestand die Schwierigkeit, sich auf eine angemessene Anzahl von Assessmentinstrumenten festzulegen. Die Instrumente sind überwiegend sehr allgemein gehalten, so dass es unter Verwendung von mehreren Instrumenten zu Doppelerhebungen kommen kann. In der Fachliteratur wird zwar eine Ergänzung von Assessmentinstrumenten bei unterschiedlichen Gesundheitsproblemen empfohlen, aber wo

wäre die Grenze? Unbestritten ist, dass kein Dokumentationssystem die Komplexität eines Patienten in Gänze abbilden kann. Welche Probleme sollten dann ein- beziehungsweise ausgeschlossen werden? Diese Diskussion sei den Theoretikern vorbehalten.

Es stellt sich die Frage, ob und wie häufig Coxarthrosepatienten in Deutschland für die Dokumentation ihrer Beschwerden Patiententagebücher nutzen und dabei Skalen anwenden. Darauf kann hier keine Antwort gegeben werden.

Der Expertenstandard gibt kein bestimmtes Assessmentinstrumente vor. Wünschenswert wäre eine Einigung zwischen der Akutklinik und der Rehabilitationseinrichtung auf ein gemeinsames Assessmentverfahren, um Fortschritte im Krankheitsverlauf zu überprüfen. Aufgrund seiner Verbreitung in Deutschland ist aus meiner Sicht der Barthel-Index im Pflegebereich ein geeignetes Instrument. Dieser wird auch von Krankenkassen teilweise gefordert. Hinsichtlich eines adäquaten Schmerzmanagements bei Coxarthrosepatienten halte ich die Anwendung von Schmerzskaalen für unerlässlich.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement bietet eine Möglichkeit, den pflegerischen Beitrag zur Versorgung der Coxarthrosepatienten in der Pathwaydiskussion stärker als bisher zu formulieren und damit auch letztendlich, sich in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu positionieren.

Literaturverzeichnis

Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (2001): Gemeinsame Stellungnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zum Themenpapier des Bundesministeriums für Gesundheit: Weiterentwicklung der Qualität in der Gesundheitsversorgung unter Nutzung evidenzbasierter Medizin und Pflege (Leitlinien), S.6. Im Internet vom 27.08.2005: www.aezq.de/stellungnahmen/0index/view

AWMF online (2005):Methodische Empfehlungen. Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie, Stand Februar 2000. Im Internet vom 26.08.2005: www.leitlinien.net

Bartholomeyczik, S.(2004): Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit – Assessments und ihre Möglichkeiten. In: Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Bartholomeyczik, S., Halek, M. (Hrsg.), überarbeitete, erweiterte und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der „Nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland“, Hannover, Schlütersche, S.11-20.

Bassler, D. (2003): Evidenz-basierte Medizin. In: Antes, G., Bassler, D., Forster, J. (Hrsg.), Evidenz-basierte Medizin. Stuttgart, Thieme, S.13-45.

Best, S., Gerdes, N. (2005): Praxisrelevante Kooperationen und Vernetzungen in der Rehabilitation. In: Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie : Methoden - Therapiestrategien - Behandlungsempfehlungen. Stein V., Greitemann, B. (Hrsg.), Heidelberg, Springer, S. 293-303.

Bollmann, M, Beck, M. (2002): Geplante Behandlungsabläufe und CaseMaps-Wirkung, Nutzen und Anwendungsfelder im Krankenhaus der Zukunft. In: Hellmann W. (Hrsg.): Klinische Pfade. Landsberg, Ecomed, S.239-248.

Bollschweiler, E. (2004): Evidence-based Medicine: Nationale und klinikinterne Leitlinien: Definition und Problemlage. In: Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2.Auflage, Stuttgart, Schattauer, S.493-500.

Bork, H. (2005): Methodische Bewertung in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation. In: Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie : Methoden - Therapiestrategien - Behandlungsempfehlungen. Stein V., Greitemann, B. (Hrsg.), Heidelberg, Springer, S.313-328.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen der Bewegungsorgane (rheumatische Erkrankungen), Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 5, Frankfurt. Im Internet vom 02.04.2006: www.bar-frankfurt.de/upload/AHRheuma_Druck_End_1456.pdf

Bundesärztekammer (1998): Zur Frage der Verbindlichkeit von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen.

Im Internet vom 28.08.2005:

www.bundesaerztekammer.de/30/Richtlinien/90Verbindlich.html

Burgers, J. et al. (2001): International comparison of 19 clinical guideline programs. ISHTAC-Kongress, Philadelphia

Corbin, J. M., Strauss, A. L. (2004): Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Aus dem Englischen von Hildenbrand, A., 2. vollst. überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern, Huber

Dahlgard, K., Stratmeyer, P. (2004): Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. In: das Krankenhaus, 97. Jg., Heft 8, Stuttgart, Kohlhammer, S. 634-640.

Dangel, B. (2004): Pflegerische Entlassungsplanung. Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard, München, Urban & Fischer

Dash, K. (2000): Entlassungsplanung Überleitungspflege. Dash, K. et al.(Hrsg.), Deutsche Ausgabe unter Mitarbeit von Goetze, H.-J., München, Urban

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie (2002): Leitlinien der Orthopädie, DGOOC (Hrsg.), 2., erw. Auflage, Köln, Ärzte-Verlag, S.121-126.

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (1999): Leitlinien Unfallchirurgie. Stürmer, K.M. (Hrsg.), Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V., Bearb. von Blauth, M., Stuttgart, Thieme, S.109-118.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2006): Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index. Im Internet vom 04.05.200: http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/hamburger_manual.pdf

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2006): Expertenstandards in der Pflege: Zur Entwicklung wissenschaftsbasierter Expertenstandards. Im Internet vom 26.04.2006: <http://www.dnqp.de>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004a): Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. DNQP (Hrsg.), Wiss. Leitg. D. Schiemann, Osnabrück, Eigenverlag

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004b): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. DNQP (Hrsg.), Wiss. Leitg. D. Schiemann, Osnabrück, Eigenverlag

Deutsche Rentenversicherung Bund (2005): Indikationskatalog für Anschlussheil-Behandlung, Im Internet vom 01.03.2005: http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/nn_21484/de/Inhalt/Zielgruppen/Sozialmedizin__Forschung/Sozialmedizin/dateia_nh_C3_A4nge/ahb__indikationskatalog.html

Dykes, P., Wheeler, K. (2002): Critical Pathways-Interdisziplinäre Versorgungspfade: DRG-Managementinstrumente. Dykes, P., Wheeler, K. (Hrsg.), Aus dem Amerikan. von Felden, K., 1. Auflage, Bern, Huber

Eichhorn, S. (1977): Qualitäts- und Effizienzbeurteilung in der Krankenversorgung. In: DÄ, 74. Jg., H. 42, S. 2529-2533.

Eichhorn, S. (1993): Patientenorientierte Krankenhausorganisation. In: Badura, B, Feuerstein, G., Schott, T., System Krankenhaus: Arbeit, Technik und Patientenorientierung, Weinheim, Juventa, S. 241-253.

Feuerstein (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Badura, B, Feuerstein, G., Schott, T.: System Krankenhaus: Arbeit, Technik und Patientenorientierung. Weinheim, Juventa, S. 41-67.

Feuerstein (1996): Ausdifferenzierung der kardiologischen Versorgungsstruktur und Kliniklandschaft. In: Badura, B., Feuerstein, G. (Hrsg.): Systemgestaltung im Gesundheitswesen: Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und den Möglichkeiten ihrer Bewältigung. 2. Auflage, Weinheim, Juventa, S.155-209.

Field, M., Lohr, K. (1992): Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington, DC: National Academy Press

Fischer, F.-J. (2002): Clinical Pathways und Evidence-based Medicine (EbM)-Perspektiven für die Optimierung von Behandlungsabläufen. In: Hellmann W. (Hrsg.): Klinische Pfade. Landsberg, Ecomed, S.206-222.

Görres, S. (1992): Geriatrische Rehabilitation und Lebensbewältigung: Nachsorge chronisch kranker älterer Menschen. Weinheim, Juventa

Greiling, M., Hofstetter, J. (2002): Patientenbehandlungspfade optimieren- Prozessmanagement im Krankenhaus. Kulmbach, Baumann

Heisel, J.(2005): Spezifische Behandlungsstrategien in der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation. In: Stein, V., Greitemann, B. (Hrsg.): Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie. Heidelberg, Springer, S.137-162.

Hellige, B. (2004): Behandlungs- und Pflegepfade: Instrument zur Patientenorientierung oder -ignorierung? Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.), In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jg., Heft 3, Schöneworth, S.85-90.

Hellige, B., Stemmer, R. (2005): Klinische Behandlungspfade: Ein Weg zur Integration von standardisierter Behandlungsplanung und Patientenorientierung? In: Pflege, 18. Jg., Heft 3, Bern, Huber, S.176-186.

Hellmann, W. (2002): Einführung von Klinischen Pfaden in deutschen Krankenhäusern - Nutzen, Hemmnisse und terminologische Problematik. In: Hellmann W. (Hrsg.): Klinische Pfade. Landsberg, Ecomed, S.11-17.

Höhmann, U., Müller-Mundt, G., Schulz, B. (1999): Qualität durch Kooperation – Gesundheitsdienste in der Vernetzung. 2. Auflage, Frankfurt, Mabuse-Verlag

Holler, T. et al. (2002): Praktische Pfadarbeit-Konstruktion, Implementierung und Controlling von Patientenpfaden. In: Hellmann, W. (Hrsg.): Klinische Pfade. Landsberg, Ecomed, S.38-129.

InEK gGmbH (2006): Fallpauschalenkatalog Version 2006, S.24.
Im Internet vom 18.03.2006: <http://www.inek-drg.de/>

Jerosch, J., Heisel, J. (2001): Künstlicher Gelenkersatz: Hüfte, Knie, Schulter, Grundlagen und Behandlungskonzepte der Endoprothesenschule, Jerosch, J., Heisel, J. (Hrsg.), unter Mitarbeit von Overbeck, M. und Hehl, B., München, Pflaum

Johnson, S. (2002): Interdisziplinäre Versorgungspfade. Johnson, S. (Hrsg.). Aus dem Engl. von Felden, K., 1.Auflage, Bern, Huber

Kaltenbach, T. (1993): Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts-und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total-quality-Management. 2.Auflage, Melsungen, Bibliomed

Kamiske, G. F., (1999): Qualitätsmanagement von A-Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. Kamiske, G. F., Brauer J. P. (Hrsg.), 3. vollständig überarb. und erw. Auflage, München, Hanser

Klug-Redmann, B. (1996): Patientenschulung und -beratung. Deutsche Ausg. von Osterbrink, J. (Hrsg.), Ullstein Mosby, Berlin

Kirschner, S. et al. (2005): Patientenerwartungen vor elektiver Hüftendoprothesenimplantation. Vortrag 1. Gemeinsamer Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin
Im Internet vom 06.05.2006: <http://www.abstractserver.de/abstracts/ou2005/ab00688.htm>

Kopp, I., Müller, W., Lorenz, W., (2004): Nationale Leitlinien: Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). In: Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer, S. 506-512.

Kröner-Herwig, B. (1997): Psychologische Therapie chronischer Schmerzen: Patientenschulung und –motivierung. In: Petermann, F.: Patientenschulung und Beratung: ein Lehrbuch, Petermann, F. (Hrsg.), 2., vollst. überarb. und erw. Auflage, Bern, Hogrefe, S.335-346.

Lauterbach, K. (1998): Vortrag Evidence Based Medicine. Im Internet vom 24.07.2005: http://www.medizin.uni-koeln.de/kai/igmg/studien/ebm/ebm_pdf/ebm.pdfm 24.02.1998.

Lauterbach, K.: Lungen, M. (2000): DRG-Fallpauschalen: Eine Einführung- Anforderungen an die Adaption von Diagnosis Related Groups in Deutschland. Gutachten im Auftrag des AOK Bundesverbandes, Stuttgart, Schattauer

Lauterbach, K. (2001): Disease Management in Deutschland – Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten im Auftrag des VDAK und AEV. Im Internet vom 23.08.2005: www.vdak.de/broch.htm

Lohr, K. N. (1988): Outcome Management: Concepts and Question. In: Inquiry, Vol. 25, No.1, S.37-50.

London, F. (2003): Informieren, Schulen, Beraten: Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Abt-Zegelin, A.(Hrsg.), Bern, Huber

Lubkin, I. M. (2002): Chronisch Kranksein: Implikation und Intervention für Pflege- und Gesundheitsberufe. Lorenz-Krause, R., Niemann, H. (Hrsg.), 1. Auflage Huber, Bern

Ludwig et al. (2005): Lequesne – Index. Lequesne - Index für Hüft- und Kniegelenkserkrankungen (deutsche Version). Institut für Qualitätssicherung und Prävention und Rehabilitation GmbH an der deutschen Sporthochschule Köln. Im Internet vom 04.05.2006: <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=414#Publikationen>

Lüke, S., Herrström, U. (2001): Behandlung mit 10-Jahres-Garantie. AOK-Projekt zur integrierten Versorgung in Hessen. In: Krankenhaus Umschau, 70. Jg., Heft 12, Baumann, S. 1086-1089.

Metzler, H., Wacker, E. (2001): Zum Qualitätsbegriff in der Behindertenhilfe. In: Schubert, H.-J., Zink, K. J. (Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen. 2.Auflage, Luchterhand, S.50-59.

Moers, M., Schiemann D. (2004): Expertenstandards in der Pflege. Vorgehensweise des DNQP und Nutzen für die Praxis. In: Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.), In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jg., Heft 3, Schöneworth, S.75-78.

Paeger, A. Zimmer, O., Budde, A. (2002): Implementierung von Indikationspfaden in deutschen Krankenhäusern - Praktische Erarbeitung, Ergebnisse. In: Hellmann W. (Hrsg.), Klinische Pfade. Landsberg, Ecomed, S.130-153.

Petermann, F. (1997): Patientenschulung und Beratung: ein Lehrbuch, Petermann, F. (Hrsg.), 2., vollst. überarb. und erw. Auflage, Bern, Hogrefe

Opitz, E. (2004): Zur Notwendigkeit, Einführung und dauerhaften Nutzung klinischer Pfade. Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.), In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jg., Heft 3, Schöneworth, S.91-99.

Radzey, B. (2004): Mini-Mental-Status-Test und Cohen-Mansfield Agitation Inventory. In: Assessmentinstrumente in der Pflege: Möglichkeiten und Grenzen. Bartholomeycik, S., Halek, M. (Hrsg.), überarbeitete, erweiterte und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der „Nationalen Pflegeassessmentgruppe Deutschland“, Hannover, Schlütersche, S.101-114.

Redaelli, M., Stock, S. (2004): Evidence-based Medicine: Evidenzbasierte Leitlinien. In: Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer, S.500-505.

Roeder, N. (2002): Klinische Behandlungspfade: Erfolgreich durch Standardisierung. Bessere Zusammenarbeit, klare Verantwortlichkeiten, Kostentransparenz und mehr Qualität. In: Führen & Wirtschaften im Krankenhaus, 19.Jg., Heft 5., Bibliomed, S.462-464.

Rössler, H., Rütger, W. (2005): Orthopädie und Unfallchirurgie. Begr. von Pitzen, P., unter Mitarb. von Steinhagen J., 19. aktualisierte und erw. Auflage, München, Urban & Fischer, S.290-292.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001a): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation.
Im Internet vom 24.08.2005: <http://www.hermann-haack.de/Dokumente/>

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001b): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege.
Im Internet vom 24.08.2005: <http://www.hermann-haack.de/Dokumente/>

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001c): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter-, und Fehlversorgung
Im Internet vom 24.02.2005: <http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm>

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003a): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band I: Finanzierung und Nutzerorientierung.
Im Internet vom 24.02.2005: www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003b): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band II: Qualität und Versorgungsstrukturen.
Im Internet vom 24.02.2005: www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm

Schaeffer, D. (1995): Prävention und Gesundheitsförderung chronisch Kranker als Aufgabe kurativer Institutionen. In: Das Gesundheitswesen, Jg. 57, Heft 3, Stuttgart, Thieme, S.145-150.

Schönle, C. (2004): Rehabilitation. Schönle, C. (Hrsg.), Mit Beitr. von Güth, V., Kramme, W. G., Naeve, F., Rödiger, S., Schönle, C., Stuttgart, Thieme

Schrappe, M., Lauterbach, K. (2004): Evidence-based Medicine: Einführung und Begründung. In: Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer, S.60-82.

- Schrappe, M. (2004):** Qualität in der Gesundheitsversorgung. In: Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer, S.267-270.
- Schwarte, N., Oberste-Ufer, N., (2001):** Qualitätssicherung und -entwicklung in der sozialen Rehabilitation Behinderter: Anforderungen an Prüfverfahren und Instrumente. In: Schubert, H.-J., Zink, K. J.(Hrsg.): Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen. 2. Auflage, Neuwied, Luchterhand, S.62-88.
- Selbmann, H.-K.(2004):** Qualitätssicherung. In: Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.), Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. 2. Auflage, Stuttgart, Schattauer, S.277-286.
- Seyfarth-Metzger, I., Vogel, S.(2002):** Patientenpfade- interdisziplinäre Rahmenbedingungen und Erfahrungen. In: Hellmann W. (Hrsg.), Klinische Pfade. Landsberg, Ecomed, S.19-37.
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2006):** Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle), Fachserie 12, Reihe 6.2.1, Im Internet vom 06.05.2006: <http://www-ec.destatis.de>
- Stein, V.(2005):** Rehabilitation in Orthopädie und Unfallchirurgie: Methoden - Therapiestrategien - Behandlungsempfehlungen. Stein V., Greitemann, B. (Hrsg.), Heidelberg, Springer,
- St. Josefhospital Krefeld Uerdingen (2005):** Ersatz des Hüftgelenks. Im Internet vom. 13.9.2005: <http://www.arthro-uerdingen.de/hueftTEP.html>
- Stratmeyer, P. (2002):** Das Patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim, Juventa
- Stratmeyer, P. (2005a):** Orientierungen und Ansätze der Pflegeberatung. In: Pflegemagazin-Zeitschrift für Pflege und Gesundheitsförderung. 6. Jg., Heft 2, Weinheim, Juventa, S.42-57.
- Stratmeyer, P. (2005b):** Primäre Zuständigkeit in der Pflege- oder auch: Mehr Verantwortung und Hierarchie wagen. Dokumentation Pflegemanagement, Hintergrundinformationen für Unterricht und Praxis. In: Pflegezeitschrift, 58. Jg., Heft 1, Stuttgart, Kohlhammer, S.1-10.
- Thiemann, H. (1996):** Clinical Pathways, Instrumente zur Qualitätssicherung. In: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus, 13. Jg., Heft 5, S.454-457.
- Vahs, D. (1999):** Organisation: Einführung in die Organisationstheorie und -praxis. Vahs, D. (Hrsg.), 2.überarb. und erw. Auflage, Stuttgart, Schäffer-Poeschel
- Wingefeld, K.(2004):** Grenzen der Evidenzbasierung komplexer pflegerischer Standards am Beispiel des Entlassungsmanagements. Deutscher Verein für Pflegewissenschaft (Hrsg.), In: Pflege & Gesellschaft, 9. Jg., Heft 3, Schöneworth, S.79-84.

Woog, P. (1998): Chronisch Kranke pflegen: das Corbin-und-Strauss-Pflegemodell,
Woog, P. (Hrsg.), Deutsche Ausgabe von Lorenz-Krause, R, (hrsg.), Übers.: Höppler, A.,
Wiesbaden Ullstein Medical

Anhang

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege.....- A1 -

Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege

Abb. 2

Standardaussage: Jeder Patient mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf erhält ein individuelles Entlassungsmanagement zur Sicherung einer kontinuierlichen bedarfsgerechten Versorgung.

Stand: November 2002

Begründung: Versorgungsbrüche bei der Entlassung bergen gesundheitliche Risiken und führen zu unnötiger Belastung von Patienten und ihren Angehörigen sowie zu hohen Folgekosten. Mit einem frühzeitigen und systematischen Assessment sowie Beratungs-, Schulungs- und Koordinationsleistungen und abschließender Evaluation trägt die Pflegefachkraft dazu bei, Versorgungskontinuität herzustellen.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Die Einrichtung S1a - verfügt über eine schriftliche Verfahrensregelung für ein multidisziplinäres Entlassungsmanagement. Sie stellt sicher, dass die für ihre Patientengruppen erforderlichen Einschätzungskriterien, Assessment- und Evaluationsinstrumente vorliegen.</p> <p>Die Pflegefachkraft S1b - beherrscht die Auswahl und Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des erwartbaren Versorgungs- und Unterstützungsbedarfs nach der Entlassung.</p>	<p>Die Pflegefachkraft P1 - führt mit allen Patienten und ihren Angehörigen innerhalb von 24 Stunden nach der Aufnahme eine erste kriteriengeleitete Einschätzung des zu erwartenden Unterstützungsbedarfs durch. Diese Einschätzung wird bei Veränderung des Krankheits- und Versorgungsverlaufs aktualisiert. - nimmt bei erwartbarem poststationärem Unterstützungsbedarf ein differenziertes Assessment mit dem Patienten und seinen Angehörigen mittels eines geeigneten Instruments vor.</p>	<p>E1 Eine aktuelle, systematische Einschätzung des erwartbaren poststationären Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs liegt vor.</p>
<p>S2 - verfügt über Planungs- und Steuerungswissen in Bezug auf das Entlassungsmanagement.</p>	<p>P2 - entwickelt in Abstimmung mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den beteiligten Berufsgruppen unmittelbar im Anschluss an das differenzierte Assessment eine individuelle Entlassungsplanung.</p>	<p>E2 Eine individuelle Entlassungsplanung liegt vor, aus der die Handlungserfordernisse zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten poststationären Versorgung hervorgehen.</p>
<p>S3 - verfügt über die Fähigkeiten, Patient und Angehörige in Bezug auf den poststationären Pflegebedarf zu beraten und zu schulen sowie die Koordination der weiteren an der Schulung und Beratung beteiligten Berufsgruppen vorzunehmen.</p>	<p>P3 - gewährleistet für den Patienten und seine Angehörigen eine bedarfsgerechte Beratung und Schulung.</p>	<p>E3 Patient und Angehörigen sind bedarfsgerechte Beratung und Schulung angeboten worden, um veränderte Versorgungs- und Pflegeerfordernisse bewältigen zu können.</p>
<p>S4 - ist zur Koordination des Entlassungsprozesses befähigt und autorisiert.</p>	<p>P4 - stimmt in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten ab. - bietet den Mitarbeitern der weiterbetreuenden Einrichtung eine Pflegeübergabe unter Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen an.</p>	<p>E4 Mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie den weiterversorgenden Berufsgruppen und Einrichtungen sind der Entlassungstermin sowie der Unterstützungs- und Versorgungsbedarf abgestimmt.</p>
<p>S5 - verfügt über die Fähigkeiten zu beurteilen, ob die Entlassungsplanung dem individuellen Bedarf von Patient und Angehörigen entspricht.</p>	<p>P5 - führt mit dem Patienten und seinen Angehörigen spätestens 24 Stunden vor der Entlassung eine Überprüfung der Entlassungsplanung durch. Bei Bedarf werden Modifikationen eingeleitet.</p>	<p>E5 Die Entlassung des Patienten ist bedarfsgerecht vorbereitet.</p>
<p>S6 - ist befähigt und autorisiert, eine abschließende Evaluation der Entlassung durchzuführen.</p>	<p>P6 - nimmt innerhalb von 48 Stunden nach der Entlassung Kontakt mit dem Patienten und seinen Angehörigen oder der weiterbetreuenden Einrichtung auf und überprüft die Umsetzung der Entlassungsplanung.</p>	<p>E6 Der Patient und seine Angehörigen haben die geplanten Versorgungsleistungen und bedarfsgerechte Unterstützung zur Bewältigung der Entlassungssituation erhalten.</p>

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 15.06.2006

(Uwe Westhues)