

Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Fachbereich Sozialpädagogik
Studiengang Pflege

Klinische Behandlungspfade in deutschen Krankenhäusern

Auswirkungen eines neuen Behandlungsmanagements auf die Pflege

Diplomarbeit

Tag der Abgabe:	27. Juni 2005
Vorgelegt von:	Kay Winkler-Budwasch
Matrikelnummer:	1643897
Adresse:	Erikastrasse 96 20251 Hamburg
Betreuender Prüfer:	Prof. Dr. Peter Stratmeyer
Zweiter Prüfer:	Prof. Dr. Knut Dahlgaard

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	-III-
1 Einleitung.....	- 1 -
2 Klinische Behandlungspfade	- 3 -
2.1 Definition	- 5 -
2.2 Ziele	- 6 -
2.3 Die Pfadentwicklung.....	- 9 -
2.4 Pfaddarstellung	- 10 -
2.5 Implementierung des Pfades	- 12 -
2.6 Klinische Behandlungspfade als Standardisierung der Pflege	- 14 -
3 Der Anspruch auf „wissenschaftliche Begründbarkeit“ und seine Auswirkungen.....	- 18 -
3.1 Quellen pflegerischen Wissens	- 20 -
3.2 Implizites - Explizites Wissen	- 24 -
3.3 Wissenstransfer in der Pflege	- 25 -
3.4 Evidence based nursing (EBN)	- 28 -
3.5 Klinische Behandlungspfade und EBN.....	- 32 -
4 Klinische Behandlungspfade und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation der Pflege	- 38 -
4.1 Prozessorientierung im Krankenhaus	- 38 -
4.2 Prozess – Eine Begriffsdefinition.....	- 40 -
4.3 Aktionsträger im Prozessmanagement	- 42 -
4.4 Die Kompatibilität zwischen pflegerischen Organisationssystemen und Klinischen Behandlungspfaden.....	- 43 -
4.4.1 Funktionspflege.....	- 43 -
4.4.2 Ganzheitspflege	- 47 -
4.5 Pflege als Prozessmanager	- 53 -
4.5.1 Die Rolle der Primary Nurse als Pfadmanagerin.....	- 53 -
4.5.2 Die Etablierung einer neuen Pflegehierarchie.....	- 58 -
4.5.3 Qualifikationsvoraussetzungen einer Pfadmanagerin	- 61 -
5 Zusammenfassung und Diskussion	- 62 -
6 Literaturverzeichnis	- 67 -
7 Anhang	
Systemischer Modellpfad des Krankenhauses München Schwabing...A	-1-
Instrument zur Beurteilung qualitativer Studien.....A	-2-
Instrument zur Beurteilung von Interventionsstudien.....	A -3-
Instrument zur Beurteilung von Diagnosestudien.....	A -4-
Instrument zur Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit oder Metaanalyse.....	A -5-
Instrument zur Beurteilung von Standards und Leitlinien.....	A -6-
Grade der Evidenz.....	A -7-
8 Eidesstattliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Grafische Darstellung des Teilprozesses Aufnahme(Ausschnitt)-	10 -
Abbildung 2: Pfaddarstellung.....	11 -
Abbildung 3: Quellen pflegerischen Wissens	20 -
Abbildung 4: Die sechs Schritte der EBN-Methode	30 -
Abbildung 5: EBN als kommunizierendes System.....	31 -
Abbildung 6: Leistungserbringung im Krankenhaus	39 -
Abbildung 7: Prozessmerkmale.....	41 -
Abbildung 8: Prozesskette Klinischer Behandlungspfad	42 -
Abbildung 9: Aufbau- und Ablauforganisation in der Funktionspflege	44 -
Abbildung 10: Aufbau- und Ablauforganisation im Zimmerpflegesystem	48 -
Abbildung 11: Aufbau- und Ablauforganisation des Primary Nursing	51 -
Abbildung 12: Die Pfadmanagerin als Kommunikationszentrale	56 -

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich seit der Verabschiedung des Kostendämpfungsgesetzes im Jahre 1977 in einem zunehmend sich verstärkenden Wandel. Die finanziellen Ressourcen des Gesundheitssystems werden, bedingt durch Massenarbeitslosigkeit und demographische Entwicklung, geringer, da in Deutschland die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung, in der ca. 90 % aller Deutschen versichert sind, an den Faktor „Arbeit“ gebunden ist. Für eine immer älter werdende Bevölkerung stehen, bedingt durch den medizinischen Fortschritt, immer umfangreichere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Um das deutsche Gesundheitswesen funktionsfähig zu halten, wurde deshalb immer wieder versucht, die Kosten innerhalb des Gesundheitssystems zu senken. Dies geschieht zum einen durch verschiedene Formen finanzieller Selbstbeteiligung der Versicherten an ihrer Behandlung und zum anderen durch Budgetierung der für die Leistungserbringer zur Verfügung gestellten finanziellen Mittel. Im Rahmen der Krankenhausbehandlung führten diese Vorstellungen u.a. zur Verabschiedung des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) im Jahre 2000. In ihm wird die Vergütung der Krankenhausbehandlung neu geregelt. Eine solche Neuregelung erscheint dringend notwendig, da der Sektor stationärer Versorgung den absolut größten Anteil der Ausgaben im Gesundheitssystem darstellt¹. Mit dem GRG wurde die bis dahin übliche Vergütung nach Pfllegetagen auf das auf Fallpauschalen basierende Entgeltssystem Diagnosis Related Groups (DRG) umgestellt. Dieses Vergütungssystem wird zu einer zunehmend diagnose- und behandlungsorientierten Betrachtungsweise der Patientenversorgung in deutschen Krankenhäusern führen, da der ökonomische Anreiz nun nicht mehr in einer möglichst langen Verweildauer des Patienten im Krankenhaus liegt. Vielmehr muss das Krankenhaus versuchen, die Verweildauer des Patienten, unter Erhalt der Behandlungsqualität, möglichst kurz zu halten. Nur so kann es die Kosten der individuellen Behandlung durch den Erlös in Form der allgemeinen Fallpauschale ausgleichen.

Parallel zu einer ökonomisch notwendigen Verweildauerverkürzung und Prozessoptimierung steigen im Rahmen eines zunehmenden Wettbewerbs zwischen den

¹ Vgl.: Greulich, Andreas; Thiele, Günther; Thiex-Kreye, Monika: Prozessmanagement im Krankenhaus. Heidelberg: R. v. Decker's Verlag 1997. S. 3.

einzelnen Krankenhäusern die Anforderungen an Transparenz und Qualität der Krankenhausleistungen. Dies trifft nicht nur, aber vor allem auf die Behandlung sog. elektiver Patienten zu. Bei diesen Patienten handelt es sich nicht um Notfallpatienten, sondern um solche, die zwar eine Krankenhausbehandlung in Anspruch nehmen müssen, deren Leiden aber nicht akut behandelt werden muss. Sie können Leistungen unterschiedlicher Krankenhäuser miteinander vergleichen, bevor sie diese in Anspruch nehmen und sich dann für das, aus ihrer Sicht, „beste“ Krankenhaus entscheiden.

Die gesetzlichen Vorgaben lassen ebenso wie der Wettbewerb der Krankenhäuser eine Analyse der Behandlungsprozesse und ein effizientes Behandlungsmanagement notwendig erscheinen. Hierbei sind allerdings Aspekte der medizinischen Qualität und der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit genauso zu berücksichtigen, wie der ökonomische Einsatz von Ressourcen.

In den USA, Australien und Großbritannien sind standardisierte Behandlungsabläufe als Ausdruck einer solchen Analyse im klinischen Alltag bereits ein eingeführtes Instrument^{2,3}. Auch in Deutschland hat die Beschäftigung mit der Entwicklung und Implementierung von standardisierten Behandlungsabläufen, sog. Klinischen Behandlungspfaden in den letzten Jahren stark zugenommen. Ihre Etablierung im Krankenhausalltag wird nicht ohne Folgen für die Pflege in deutschen Krankenhäusern bleiben. Diese Arbeit versucht einige dieser Folgen zu beschreiben und deren Auswirkungen auf die Pflege zu erläutern. Dabei erhebt sie keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da Klinische Behandlungspfade in deutschen Krankenhäusern noch nicht realisiert sind.

Nach einer Definition des Konzepts Klinische Behandlungspfade soll dem Leser das generelle Problem der Standardisierung von Pflege erläutert werden. Dabei wird der Frage nachgegangen, inwieweit eine solche Standardisierung im Rahmen einer individuellen Pflegekraft-Patient-Beziehung möglich ist.

Im Anschluss daran werden die Folgen, die der wissenschaftsorientierte Anspruch Klinischer Behandlungspfade auf Pflege haben kann, beschrieben und Überlegungen zu pflegerischem Erkenntnisgewinn und die Umsetzung pflegerischen Wissens in die Praxis angestellt.

² Vgl. Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade – Clinical Pathways. Konzepte, Umsetzungen, Erfahrungen. Landsberg/Lech: ecomed 2002. S. 11-13.

³ Vgl. Johnson, Sue (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade. Pathways of Care. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002. S. 27-37.

Im vierten Teil der Arbeit sollen die Auswirkungen auf die Organisation der Pflege im Krankenhaus erörtert werden. Es werden, zudem die Folgen die ein verändertes Behandlungsmanagement auf die Pflegekräfte und deren Berufsqualifikation haben kann darzustellen.

Die Arbeit legt dar, dass Klinische Behandlungspfade nicht nur eine neue Organisation stationärer Pflege in Form von Primary Nursing begünstigt, sondern auch die Rolle der Pflegekraft im Krankenhaus grundlegend verändert. Pflegekräfte können die Rolle einer Pfadmanagerin übernehmen. In dieser Funktion werden sie mehr Kompetenzen übertragen bekommen und damit mehr Verantwortung übernehmen müssen. Eine so veränderte Position wird auch neue Anforderungen an ihre Qualifikationsvoraussetzungen stellen.

2 Klinische Behandlungspfade

Vor dem Hintergrund der DRG-Einführung findet in den letzten Jahren die Diskussion um die Nutzbarmachung von Effizienzreserven in deutschen Krankenhäusern statt. Erfahrungen aus Ländern, die Krankenhausleistungen bereits nach DRG-Systemen vergüten, „weisen darauf hin, dass die Straffung von Behandlungsabläufen durch die Einführung von Klinischen Pfaden die Versorgungsqualität verbessern und Kosten minimieren helfen kann“⁴. Effizienz ist dann gegeben, „wenn es nicht mehr möglich ist, durch Einsparungen von Ressourcen die Kosten bei gleicher Menge und Qualität zu senken oder bei gleichen Kosten die Menge oder Qualität zu erhöhen“⁵. Klinische Behandlungspfade haben zwei wesentliche Aspekte. Sie sollen zum einen die ökonomische Situation eines im DRG-System arbeitenden Krankenhauses sichern, indem sie unnötige Behandlungsvarianten verhindern und zum anderen Qualität garantieren, indem sie die Behandlung standardisieren und so dafür sorgen, dass „die Qualität der Versorgung nicht län-

⁴ Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade, a.a.O., S. 9.

⁵ Hajen, Leonhard; Paetow, Holger; Schumacher, Harald: Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2000. S. 2.

ger vom individuellen Mitglied des Teams abhängt, dem die Pflege an einem bestimmten Tag übertragen wurde⁶.

In Anlehnung an DONABEDIAN⁷ gliedert sich der Begriff Qualität dabei in drei Bestandteile. Es sind dies

- Strukturqualität,
- Prozessqualität und
- Ergebnisqualität.

Die Strukturqualität beschreibt die der Leistungserstellung zu Grunde liegenden Produktionsbedingungen unter dem Aspekt der Qualität. Im Krankenhaus wird darunter die Sachausstattung, die Infrastruktur aber auch das Ausbildungsniveau der Angestellten Voraussetzung zur Leistungserbringung verstanden. Prozessqualität ist unmittelbar auf die Leistungserbringung, in diesem Fall dem Behandlungsprozess, selbst bezogen. Im Krankenhaus sind z.B. die Wartezeiten des Patienten auf Untersuchungen ein Ausdruck von Prozessqualität. Im Rahmen von Dienstleistungen nimmt Prozessqualität einen besonderen Stellenwert ein, da der Kunde (Patient) immer auch selbst an dem Prozess beteiligt ist und auf ihn einwirkt. Der Patient wird also eine kurze Wartezeit als hohe Leistungsqualität empfinden. Ergebnisqualität beschreibt den Erfüllungsgrad der zu erbringenden Leistung. Im Falle einer Krankenhausbehandlung gibt Ergebnisqualität an, „... in welchem Umfang ein Patient nach der Bandlung den vom Arzt und Patient gewollten Gesundheitszustand erreicht“⁸. Parameter für die Beurteilung der Ergebnisqualität gesundheitlicher Dienstleistungen sind physiologische, funktionale oder mentale Fähigkeiten des behandelten Patienten⁹.

Das Hauptaugenmerk Klinischer Behandlungspfade liegt auf der Verbesserung der Prozessqualität, indem der Behandlungsprozess standardisiert wird und so z.B. Doppelarbeiten oder unnötig durchgeführte Untersuchungen vermieden werden. Allerdings sind Klinische Behandlungspfade in deutschen Krankenhäusern

⁶ Dykes, Patricia C.; Wheeler, Kathleen (Hrsg.): Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade. DRG-Management-Instrumente. 1.Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002. S. 34.

⁷ Vgl. Donabedian, Avedis: Explorations in quality assesment and monitoring. Vol. 1: The definitions of quality and approaches to ist assessment. Ann Arbor: Health Administration Press 1980. S. 79-85.

⁸ Neubauer, Günther; Nowy, Roland: Ergebnisqualität duch Leistungstransparenz für Krankenhausleistungen. In: Büssing, André; Glaser, Jürgen: Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe 2003. S. 273

⁹ Vgl. ebd.

noch nicht flächendeckend eingeführt und Evaluationen bestehender Pfade liegen in Form von Veröffentlichungen noch nicht vor. Ob die erhofften Effekte eintreten werden, wird die Zukunft zeigen.

2.1 Definition

Der Begriff „Klinischer Behandlungspfad“ wird in Deutschland mit einer Vielfalt anderer Begriffe wie etwa *Geplanter Behandlungsablauf*, *Clinical Pathway* oder *Patientenpfad* synonym verwendet. Neben der Vielzahl gleichbedeutender Bezeichnungen gibt es auch eine Vielzahl an Definitionsversuchen. So versteht SCHWING unter einem Behandlungspfad den regelhaften Handlungsablauf, den ein Patient während seines gesamten Krankenhausaufenthalts durchläuft. Dieser Ablauf wird mithilfe von organisatorischen Prozessen, Zeitvorgaben und Behandlungsleitlinien sichergestellt¹⁰. HELLMANN definiert den klinischen Behandlungspfad als netzartigen, berufsgruppenübergreifenden „... Behandlungsablauf auf evidenzbasierter Grundlage (Leitlinien), der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt...“¹¹. VOGEL definiert Klinische Behandlungspfade als „...institutionsgebundene Leitlinien, die den Handlungsablauf, der für die Mehrzahl der Patienten mit entsprechender Diagnose zutreffend ist, berufsgruppenübergreifend beschreiben und die für den Krankenhausaufenthalt anfallenden Leistungen und Ressourcen von der Aufnahme bis zur Entlassung prozessbezogen erfassen“¹². Klinische Behandlungspfade können demnach als Prozesssteuerungsinstrumente verstanden werden. Sie werden auf der Grundlage beweisbaren Wissens erstellt und versuchen, durch ihren berufsgruppenübergreifenden Charakter das in Krankenhäusern bisher eher ständische Denken der am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen aufzuheben. Sie verlaufen quer zu der in deutschen Krankenhäusern vorherrschenden klassischen Drei-Säulen-Aufbauorganisation, die die Bereiche Medizin, Pflege und Verwaltung strikt voneinander trennt¹³, und versuchen die im Krankenhaus real existierenden Verhältnisse abzubilden. Effizienzreserven sollen besser genutzt, Schnittstellen zwi-

¹⁰ Vgl. Schwing, Claus: Reizwort Clinical Pathways. In: Klinikmanagement Aktuell, 82 (2001) 10, S.8.

¹¹ Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade, a.a.O., S. 16.

¹² Vogel, Susanne; Buchecker, Petra; Seyfath-Metzger, Ingrid: Patientenpfade im Krankenhaus München Schwabing (KMS). In: Das Krankenhaus 94 (2002) 10, S. 787.

¹³ Vgl. Feinen, Rainer: Patientenbezogene Organisation von Behandlungsprozessen. In: Eichhorn, Siegfried; Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.): Profitcenter und Prozessorganisation: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart: Kohlhammer 1999. S. 189.

schen verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen entschärft werden. Dabei sind sie von Leitlinien zu unterscheiden, die von medizinischen Fachgesellschaften als Behandlungsstandard empfohlen werden. Solche bundesweiten Leitlinien können als Behandlungsgrundlage dienen, müssen aber dann den lokalen Verhältnissen des Hauses angepasst werden.

Klinische Behandlungspfade sind Empfehlungen und gelten nicht als strenge Vorschrift. Sie beschreiben den Normalfall, von dem begründet abgewichen werden kann.¹⁴

Klinische Behandlungspfade werden entweder im krankhauseigenen Datenverarbeitungssystem dargestellt oder in Form verschiedener papiergebundener Formulare, die z.T. auch eine zeitnahe Dokumentation ermöglichen, nach entsprechender Schulung in den Arbeitsalltag eingeführt. Abweichungen vom Behandlungspfad werden als Varianzen dokumentiert und dienen der Qualitätskontrolle und ggf. -steigerung der Behandlung.

2.2 Ziele

a) Qualitätssteigerung

Nach JOHNSON definieren alle an der Behandlung des Patienten Beteiligten ein an ihm orientiertes Behandlungsziel¹⁵. Sind Ziel und Weg festgelegt, so können diese während der Behandlung kontinuierlich überprüft werden, „... was zu Verbesserungen der Pflege am Patienten führt“¹⁶. Die Qualitätssteigerung erfolgt über die kontinuierliche Dokumentation und Analyse der Abweichungen vom beschriebenen Behandlungspfad, die als Varianzen bezeichnet werden. Diese fortwährende Analyse der Varianzen führt zur Veränderung der Behandlung oder zum Anpassen des Pfades, z.B. an lokale Gegebenheiten. Verdeutlicht werden soll dies am Beispiel eines Patienten mit unkompliziertem Herzinfarkt. Der Patient wird in ein Krankenhaus eingeliefert, das den Behandlungspfad „unkomplizierter Herzinfarkt“ eingeführt hat. Dieser sieht als Akutintervention eine PTCA¹⁷ nach spätes-

¹⁴ Vgl. Berger, Katrin: Behandlungspfade als Managementinstrument im Krankenhaus. In: Greiling, Michael (Hrsg.): Pfade durch das Klinische Prozessmanagement. Methodik und aktuelle Diskussionen. 1.Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2004. S. 45.

¹⁵ Vgl. Johnson, Sue (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade, a.a.O., S. 28.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Bei einer PTCA (percutaneous transluminal coronary angioplasty = Ballondilatation) handelt es sich um eine Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Kontrastmittel unter Röntgen-Durchleuchtung. Evtl. verschlossene Gefäße können mittels eines Ballons geweitet werden und so

tens 35 Minuten vor. In der Realität wird bei einem Großteil der Patienten die Untersuchung aber erst nach 45 Minuten durchgeführt, der Behandlungspfad also nicht eingehalten. Bei dem Krankenhaus soll es sich um ein im Pavillonsystem erbautes Haus handeln. Das Herzkatheterlabor, indem die Untersuchung durchgeführt wird, befindet sich in einem separaten Gebäude. Eine Analyse der Pfadabweichungen (Varianzen) ergibt, dass die Patienten immer wieder auf den hausinternen Krankentransport warten müssen und daher erst nach 45 Minuten im Herzkatheterlabor eintreffen. Die Folge dieser Analyse kann entweder in der Veränderung des Pfades (z.B. Heraufsetzung der Zeit bis zur Intervention auf 45 Minuten) oder der Veränderung der tatsächlichen Gegebenheiten bestehen (z.B. Verkürzung der Wartezeit durch Einstellen von mehr Transportpersonal oder Anschaffung eines weiteren Transportfahrzeugs).

b) Kostendämpfung durch Verkürzung der Verweildauer

Durch Einführung des DRG-Entgeltsystems wird die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zum ökonomisch entscheidenden Faktor, da das Krankenhaus nicht mehr nach Behandlungstagen bezahlt wird. Es erhält pro Patient, entsprechend seiner diagnostizierten Erkrankung, eine Fallpauschale die sich nicht an den Kosten ausrichtet, die bei der individuellen Behandlung des Patienten entstanden sind. Dabei ist es auch nicht entscheidend, wie lange das Krankenhaus zur Behandlung des Patienten benötigt. Der ökonomische Anreiz „Behandlungstag“ ist durch die Fallpauschale ersetzt worden. Ein Krankenhaus wird nunmehr angehalten sein, möglichst viele „Fälle“ in möglichst kurzer Zeit zu behandeln, um wirtschaftlich erfolgreich zu arbeiten. Klinische Behandlungspfade sollen in dieser Situation zu einem ökonomisch erfolgreichen Management führen, „da es ohne kritische Analyse der Behandlungsprozesse nicht möglich ist, unnötig lange Liegedauern zu vermeiden“¹⁸.

c) Vereinheitlichung der Behandlung

Klinische Behandlungspfade sollen die Möglichkeit einer an den persönlichen Präferenzen orientierten Versorgung des Behandelnden verhindern und damit eine Vereinheitlichung der Versorgung gewährleisten. Diese „... Einheitlichkeit in der Versorgung ist dann gegeben, wenn die Patienten ähnliche, einheitliche Verfah-

der Blutfluss wieder hergestellt werden. Im Anschluss kann ein Drahtgeflecht (Stent), das einen erneuten Verschluss verhindern soll, in das Gefäß implantiert werden.

¹⁸ Vogel, S., Buchecker, P. Seyfath-Metzger, I.: Patientenpfade, a.a.O., S. 788.

rensweisen und Behandlungen unter ähnlichen Umständen erwarten können, unabhängig davon, wer die Pflege durchführt“¹⁹. Patienten bekämen dadurch Behandlungssicherheit. Sie sind nicht auf die persönlichen Präferenzen einer bestimmten Pflegekraft oder eines bestimmten Arztes angewiesen, sondern können sich darauf verlassen, unabhängig von der behandelnden Person, die in dem Krankenhaus bestmögliche, wissenschaftlich abgesicherte Behandlung zu erhalten.

d) Transparenz der Behandlung

In einer vereinfachten, patientenadaptierten Version des Klinischen Behandlungspfad, etwa in Form eines Faltblattes, soll auch der Patient über seinen Behandlungsprozess informiert werden und so zum aktiven Partner in der Behandlung werden. Der Klinische Behandlungspfad soll so dazu beitragen, das bisher in der Behandlung vorhandene Informationsdefizit auszugleichen. Der Patient kann sich an seinem ersten Behandlungstag über den gesamten geplanten Behandlungsablauf einen Überblick verschaffen und sogar schon das voraussichtliche Entlassungsdatum erfahren. Würde ein solches Dokument auch außerhalb des Krankenhauses publiziert, etwa bei Hausärzten oder im Internet, kann der Patient sich schon vor seiner Krankenhauseinlieferung über die geplante Behandlung informieren. Bei Abweichungen von der geplanten Behandlung kann er sofort nachfragen und so auf Ungenauigkeiten oder Fehler in der Behandlung aufmerksam machen. Der informierte Patient kann Verantwortung für seine Behandlung übernehmen und diese kontrollieren²⁰.

e) Schulung von Klinikpersonal

DYKES führt aus, dass sich Klinische Behandlungspfade zur Schulung von Pflegepersonal und Patienten eignen, da sie „... die spezifische Versorgung, die in Zusammenhang mit bestimmten Diagnosen und Therapien erbracht wird“²¹ umreißen. Sie würden es besonders in Teilzeit arbeitendem Personal ermöglichen, „... in gleicher Weise den ihnen unbekanntem Patienten zu versorgen wie die Bezugspflegepersonen“²². Neuen Mitarbeitern können sie als Orientierungshilfe und Unterstützung dienen, allen anderen Mitarbeitern Sicherheit vermitteln.

¹⁹ Johnson, Sue (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade, a.a.O., S. 29.

²⁰ Vgl. Dykes, Patricia,C.; Wheeler, Kathleen: Critical Pathways, a.a.O., S. 47.

²¹ Dykes, Patricia,C.; Wheeler, Kathleen: Critical Pathways, a.a.O., S. 29.

²² Ebd.

2.3 Die Pfadentwicklung

Klinische Behandlungspfade werden als multiprofessionelle, krankenhausinterne Leitlinien berufsgruppenübergreifend entwickelt. Obwohl die Entscheidung zur Einführung von Klinischen Behandlungspfaden aufgrund ihrer strategischen Reichweite vom Krankenhausmanagement getroffen werden muss, scheint es wenig sinnvoll die oberste Hierarchieebene des Krankenhauses mit der Ausarbeitung der Behandlungspfade zu betrauen, da hierfür eine sehr detaillierte Kenntnis der bestehenden Behandlungsprozesse notwendig ist. Erst diese detaillierte Kenntnis der bestehenden Prozesse lässt eine Veränderung zu größerer Effizienz zu. Die Pfadentwicklung sollte demnach auf der operativen Ebene des Krankenhauses stattfinden.

Zunächst wird dazu der zu entwickelnde Behandlungspfad festgelegt. Die Pfadauswahl richtet sich nach den Bedürfnissen des Krankenhauses. „Für den Beginn eignen sich elektive chirurgische Eingriffe am besten. Medizinische Pfade sind geprägt durch eine in der Regel stärkere Streuung der individuellen Behandlungsabläufe...“²³. Im Anschluss an die Pfadauswahl wird ein interdisziplinäres Team zusammengestellt, das sich aus Mitarbeitern der Fachbereiche und Professionen zusammensetzt, die den Patienten während seiner Behandlung betreuen. Dieses Entwicklerteam sollte gemeinsam durch einen Arzt und eine Pflegekraft geleitet werden, um die Akzeptanz des Klinischen Behandlungspfades bei den Mitarbeitern von Beginn an zu gewährleisten²⁴. „In der Regel wird die Erstellung von Behandlungspfaden durch Pflegekräfte sehr gut unterstützt, weil es in der Systematik Parallelen zu den in dieser Arbeitsgruppe eingeführten Pflegeplänen gibt.“²⁵ Nachdem ein Krankheitsbild ausgewählt und das Entwicklerteam bestimmt wurde, erfolgt die IST-Erhebung. Der bis zu diesem Zeitpunkt praktizierte Behandlungsprozess wird detailliert erfasst und dokumentiert. Auf keinen Fall sollten jetzt schon „Verbesserungen“ in den Ablauf integriert werden, da ansonsten Wirklichkeit und Wunschvorstellung in unzulässiger Weise verquickt würden. Die Analyse der Pro-

²³ Holler, Thomas u.a.: Praktische Pfadarbeit – Konstruktion, Implementierung und Controlling von Patientenpfaden. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade, a.a.O., S. 39.

²⁴ Vgl. Berger, Katrin: Behandlungspfade, a.a.O., S. 47.

²⁵ Roeder, Norbert u.a.: Instrumente zur Behandlungsoptimierung. Klinische Behandlungspfade. In: Der Chirurg 74 (2003) 12, S. 1151.

zesse muss den realen Prozessen zwingend entsprechen²⁶. Am sinnvollsten erscheint die Darstellung anhand eines Flussdiagramms (siehe Abb. 1), da hier auch komplexere Teilprozesse optisch gut erfassbar dargestellt werden können.

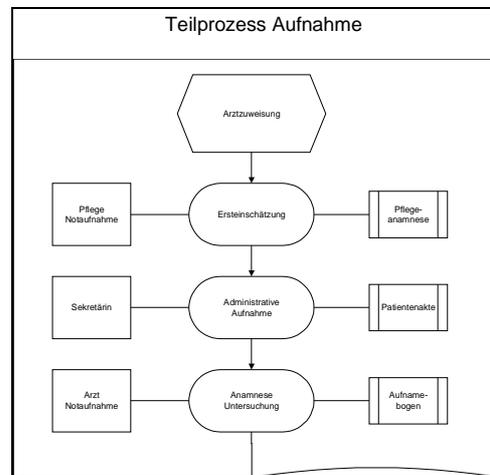


Abbildung 1: Grafische Darstellung des Teilprozesses Aufnahme (Ausschnitt)

Nachdem der Ist-Zustand erfasst wurde, wird der Soll-Zustand formuliert. Als Grundlage für die Zielvorstellung dient die „... systematische Analyse der Krankenakten, Überprüfung der Literatur, Erfassung der derzeitigen Vorgehensweise und der aktuellen Standards“²⁷, da es das „... Ziel der Behandlungspfade ist, die Ressourcen für Behandlungen aufzuwenden, die entweder durch wissenschaftliche Forschung oder durch gute Resultate belegt sind“²⁸.

Ist der Soll-Zustand formuliert und durch systematische Recherche gestützt, erfolgt die erste dokumentengestützte Umsetzung des Pfades in Form eines Pilotprojektes, das der Überprüfung der erarbeiteten Ergebnisse in der Praxis dient.

2.4 Pfaddarstellung

In der Praxis ist es notwendig, den am Behandlungsprozess beteiligten Mitarbeitern sämtliche pfadrelevanten Informationen zur Verfügung zu stellen. Dies erfolgt durch Darstellung Klinischer Behandlungspfade in verschiedenen Dokumenten

²⁶ Scheu, Christian: Klinische Pfade im Evangelischen Krankenhaus Oberhausen (EKO) – Tipps zur Umsetzung auf der Grundlage eigener Erfahrungen. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade, a.a.O., S. 166.

²⁷ Vgl. Berger, Katrin: Behandlungspfade, a.a.O., S.47.

²⁸ Ebd.

ten relativ leicht erfassen. Personalkosten werden durch das Controlling ermittelt und eingepflegt.

Eine Patienteninformationsbroschüre stellt das fünfte Dokument dar. Sie enthält Informationen, die für die Behandlung wie für die Entlassung wichtig sind. Schließlich wird über das sechste Element, der elektronischen Pfad-Erfassung, versucht Leitlinie und Dokumentation zu verknüpfen. Der Pfadanwender ist so in der Lage, den Pfad auf dem Computer einzusehen und die abgeschlossenen Elemente sofort zu quittieren. Varianzen können zum Zeitpunkt ihres Auftretens in den Computer eingegeben werden und werden damit zeitnah erfasst und ausgewertet.

2.5 Implementierung des Pfades

Nachdem Klinische Behandlungspfade konstruiert und die dazugehörigen Dokumente entwickelt wurden, müssen sie in die Praxis umgesetzt werden. Dabei ist zum momentanen Zeitpunkt zu bedenken, dass sie in der realen deutschen Krankenhauswelt immer noch sehr umstritten sind, so dass ihre Einführung auf Widerstand stoßen kann. „Das Fürstentumdenken der Chefärzte ist einfach nicht zu knacken.“³² Das eigentliche Problem bei der Implementierung von Klinischen Behandlungspfaden mag somit im Umgang mit den Bedenken und Widerständen der an der Behandlung Beteiligten zu finden sein³³, die sich in ihrer individuellen Therapieentscheidung beeinträchtigt sehen. Sollen Klinische Behandlungspfade das Denken und Tun von Ärzten und Pflegekräften im Krankenhaus nachhaltig verändern, reicht es nicht aus sie einfach in Form neu gestalteter Dokumente oder als klinkinterne Leitlinien im Intranet zur Verfügung zu stellen. Verwiesen sei hier auf LOMAS³⁴, der den Effekt einer nationalen kanadischen Leitlinie zur Indikation und damit verbunden zur Senkung der Kaiserschnittentbindung (Sectio) hinterfragt hat. In der von ihm durchgeführten Studie kannten 94% der befragten Geburtshelfer die Leitlinie, zwischen 82,5% und 85% signalisierten eine hohe Übereinstimmung mit deren Inhalt und wiesen gute Detailkenntnisse des Inhalts auf. 33% der Befragten gaben nach Ablauf eines Jahres an, die Sectio-Rate deutlich gesenkt zu haben. Der Vergleich der Sectio-Raten 72 Monate vor und nach Einführung der

³² Schwing, Claus: Klinische Behandlungspfade. In: *krankenhaus umschau*, 73 (2004) 1, S. 52.

³³ Vgl. Roeder, Norbert: Klinische Behandlungspfade: Erfolgreich durch Standardisierung. In: *f&w* 19 (2002) 5, S. 462.

³⁴ Vgl. Lomas, Jonathan L. u.a.: Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. In *New England Journal of Medicine* 312 (1989) 19, S. 1306-1311.

Leitlinienimplementierung ergab jedoch, dass die tatsächlichen Sectio-Raten um 15% bis 49% höher lagen als die Befragten selber schätzten. Als Ursachen wurden in der Arbeit

- Angst vor strafrechtlichen Konsequenzen,
- teilweise unzureichende Fertigkeiten zur Durchführung der vaginalen Steißlagengeburt,
- Anreize für elektive Sectio wie Honorar, planbarer Termin etc. und
- Wunsch der Mutter auf eine Sectio

diskutiert.

Rationale Einsicht, theoretisches Wissen und Überzeugung allein bleiben für das Handeln im Alltag oft bedeutungslos. Gute Schulung³⁵ und Kommunikation³⁶ sind deshalb wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen der Pfadeinführung in die praktische Arbeit.

KERRES und LOHMANN schlagen vor, den Klinischen Behandlungspfad zunächst in Form eines Pilotprojektes auf seine Praktikabilität zu prüfen³⁷ und weisen auf die oft unterschätzte Funktion dieses Instruments hin. Die im Pilotprojekt gewonnenen Erfahrungen können genutzt und die sichtbar gewordenen Schwachstellen beseitigt werden, um die Akzeptanz bei der flächendeckenden Einführung Klinischer Behandlungsabläufe im Krankenhaus zu steigern.

Eine weitere Möglichkeit der Akzeptanzsteigerung besteht in dem Versuch bereits vorhandene Dokumente zu nutzen und Klinische Behandlungspfade in diese zu integrieren. Diesen Weg versucht der Landesbetrieb Krankenhaus in Hamburg zu gehen, indem das dort bestehende Patientendokumentationssystem „Tempa[®]“ (Teamorientierte multiprofessionelle Patientendokumentation) modifiziert wird. Für jeden Behandlungstag wird dort in der täglichen Arbeit mit dem Patienten für alle Behandlungsteammitglieder aus der „Tageskurve“ ersichtlich, welche diagnostischen und therapeutischen Schritte für den jeweiligen Behandlungstag geplant sind und ausgeführt werden müssen, ohne dass ein weiteres Dokument hinzugezogen werden muss.

³⁵Vgl. Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im DIN Deutsches Institut für Normung: DIN EN ISO 9004. Berlin: 2000. Ziffer 6.2.2.2, S. 35 -37.

³⁶ Vgl. Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im DIN Deutsches Institut für Normung: DIN EN ISO 9004, a.a.O., Ziffer 5.5.3, S. 30.

³⁷ Vgl. Kerres, Martin; Lohmann, Heinz: Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung. Wien: Überreuther 1999. S. 88.

Die Frage des für den Pfad Verantwortlichen wird in der Literatur strittig diskutiert. PAEGER sieht diese Rolle zukünftig, in Form einer Prozessmanagerin, im Bereich der Pflege angesiedelt. Diese Prozessmanagerin solle den Patienten auf seinem „Weg“ durch das Krankenhaus begleiten³⁸. Eine andere Position vertritt ROEDER, der die Verantwortung für den Pfad bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sieht, „... da diese den Gesamtbehandlungsprozess generieren und gestalten“³⁹. Eine dritte Position vertritt HILDEBRANDT, wenn er fordert „... für jeden Pfad eine berufs- und abteilungsübergreifende Prozesseignerschaft zu etablieren“⁴⁰. Folgt man HILDEBRANDT oder PAEGER sind die Auswirkungen auf die Pflege erheblich. Der berufsgruppenübergreifende Ansatz Klinischer Behandlungsabläufe legt es, nach Auffassung des Autors dieser Arbeit, nahe, nicht nur die Entwicklung, sondern auch die praktische Verantwortung für die Pfade berufsgruppenübergreifend zu gestalten. In Kapitel 4 soll versucht werden, diese Auswirkungen zu verdeutlichen.

Bevor jedoch dieser Schritt getan werden kann, soll als Abschluss dieses Kapitels die grundsätzliche Problematik der Standardisierung von Pflege erläutert werden, um in Kapitel 3 der Frage nach den Auswirkungen auf die Pflege, die schon im Rahmen der Pfadentwicklung auftreten können, nachzugehen.

2.6 Klinische Behandlungspfade als Standardisierung der Pflege

Klinische Behandlungspfade standardisieren den Behandlungsprozess und damit auch Pflege als Teilbereich dieses Prozesses. Die Standardisierung von Teilprozessen ist im Rahmen pflegerischer Tätigkeiten keine Innovation. Seit einigen Jahren wird im Bereich von Pflege ein Grossteil, vor allem technisch/manueller Tätigkeiten vereinheitlicht, indem „... die sich häufig wiederholenden, gleichen oder ähnlichen Sachverhalte durch organisatorische Regelungen dauerhaft ...“⁴¹ in Form von Pflegestandards festgelegt werden. Der entscheidende Vorteil einer Standardisierung liegt aus Sicht des Patienten in der einheitlichen Behandlung unabhängig von der konkreten Pflegekraft. Aus Sicht des Krankenhauses kann

³⁸ Vgl. Paeger, A.; Zimmer, O.; Budde A.: Implementierung von Indikationspfaden in deutschen Krankenhäusern – Zielsetzungen, praktische Arbeit, Ergebnisse. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade, a.a.O., S. 152.

³⁹ Roeder, Norbert u.a.: Instrumente zur Behandlungsoptimierung, a.a.O., S. 1151.

⁴⁰ Hildebrandt, R.: Ziele und Nutzen Klinischer Pfade. In: Wolfgang (Hrsg.): Praxis Klinischer Pfade. Viele Wege führen zum Ziel. Landsberg/Lech: ecomed 2003. S. 23.

⁴¹ Vahs, Dietmar: Organisation. Einführung in die Organisationstheorie und -praxis. 3. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschl 2001. S. 102.

durch standardisierte Pflegehandlungen ein einheitliches Pflegebild erzielt werden. Den Pflegekräften können Standards Sicherheit vermitteln, da sie sich auf die Pflegestandards berufen können. Allerdings bergen Standards vom Standpunkt der Pflege aus betrachtet immer auch Gefahren in sich. Viele Bereiche pflegerischer Versorgung entziehen sich einer Standardisierung, da sie sich in einer individuellen Patient-Pflegekraft Beziehung bewegen. So mag es zwar möglich sein, einen Pflegestandard zur Ganzkörperwaschung zu entwickeln, doch wird dieser sich auf die Technik der Ganzkörperwaschung beschränken. Neben der Tatsache, dass z.B. Fenster bei der Waschung geschlossen sein sollten und dem korrekten Zeitpunkt des Waschwasserwechsels, hat die Ganzkörperwaschung allerdings noch eine zweite, aus pflegerischer Sicht wahrscheinlich wichtigere Ebene. Sie dient der Informationsgewinnung und dem Aufbau der Patient-Pflegekraft Beziehung, die für beide Beteiligten wichtig ist. Zudem dringen viele pflegerische Maßnahmen, u.a. auch die Ganzkörperwaschung, in sehr intime Bereiche des Menschen ein und können deshalb nicht auf ihre handwerklichen Komponenten reduziert werden. Pflegestandards bergen deshalb die Gefahr „... den Trend zum körperfunktionsorientierten Reduktionismus, da technisch-handwerkliche Abläufe sich in sehr viel höherem Maße zur Standardisierung eignen und mithin damit noch mehr ins Zentrum der Aufmerksamkeit geraten“⁴². Damit können Pflegestandards und schlussendlich auch Klinische Behandlungspfade den Fokus von Pflege gänzlich verschieben. Durch die Tatsache, dass pflegerisch-handwerkliche Verrichtungen sich leichter standardisieren lassen, werden selbst Tätigkeiten mit geringem handwerklichem Anteil, wie z.B. die Erhebung einer Anamnese, in diesen Bereich verschoben. Damit aber gerät die Pflegekraft-Patient-Beziehung, die Basis einer effektiven Begleitung des Patienten durch den Behandlungsprozess ist, in den Hintergrund.

Nicht zu Unrecht verweist STRATMEYER⁴³ auf die Gefahr, dass sich Patienten, die sich Pflegeprozeduren verweigern, vom Pflegepersonal als „unkooperativ“ und unvernünftig stigmatisiert werden, da sie die Maßnahme nach dem von der Pflegekraft als sinnvoll erachteten Standard ablehnen. Pflegekräfte „... versuchen in diesen Situationen, die Patienten zunächst mit Argumenten umzustimmen. Wenn

⁴² Stratmeyer, Peter: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim und München: Juventa-Verlag 2002. S. 222.

⁴³ Vgl. ebd.

dies nicht gelingt, entstehen aggressive und wütende Gefühle, die sie die Patienten zum Teil auch spüren lassen. ⁴⁴ DARMANN kommt zu dem Schluss, dass „... die Pflegekräfte sich durch die Entscheidungen persönlich verletzt fühlen“⁴⁵ und vermutet, dass dies darauf zurückzuführen sei, dass Pflegekräfte sich die von ihnen nie hinterfragten Normen der Schulmedizin zu eigen gemacht haben⁴⁶. Diese Normen werden so zu ihrem persönlichen Anliegen, weshalb Pflegekräfte schlussendlich nicht mehr in der Lage seien, sich in die Sichtweise des Patienten einzufühlen. Gerade hier aber liegt das fundamentale Missverständnis vieler Pflegekräfte in Bezug auf Standardisierung. Wenn DARMANN Recht zu geben ist, und es spricht viel für ihre Annahmen, so ist das Verhalten der Pflegekräfte dennoch nicht zu entschuldigen, deutet es doch auf ein ethisches und fachliches Defizit hin. Zum einen ist das Ausüben von Druck, sei es in körperlicher oder psychischer Form (z.B. durch Stigmatisierung) nicht zu rechtfertigen. Zum anderen sind Pflegestandards (und damit auch Klinische Behandlungspfade) eben keine *Kochbuchmedizin*. Sie erlauben immer auch das begründete Abweichen vom Standard. Gerade die Begründung voraussetzende Abweichung trägt zur Qualitätssteigerung bei, da die Pflegekraft ihr individuelles Handeln reflektieren und vor sich und allen anderen an der Behandlung Beteiligten rechtfertigen muss. Zwar hat STRATMEYER nicht Unrecht, wenn er auf den „normativen Handlungsdruck, der von Pflegestandards ausgeht“⁴⁷ verweist (dies trifft im Übrigen auch auf Klinische Behandlungspfade zu), doch ist auch dies kein ausreichender Grund, der gegen eine Standardisierung entweder häufig sich wiederholender oder „fehleranfälliger“ Prozesse spricht. Mit Sicht auf den Patienten gilt es in diesem Fall die Nachvollziehbarkeit der Pflegehandlung gegen die Einmaligkeit der Pflege-Patienten-Beziehung abzuwägen. Die Gefahr eines hoch individuellen Pflegesystems besteht in der Tatsache, dass weniger die Individualität der gemeinsam mit dem Patienten erarbeiteten Pflegewelt die Behandlung bestimmt, sondern vielmehr die Individualität der jeweiligen, die Behandlung durchführenden Pflegekraft. Ist letzteres aber der Fall, kann der Patient seine Behandlung schlussendlich nicht mehr nachvollziehen, sondern ist der „Beliebigkeit“ der ihn behandelnden Pflegekraft

⁴⁴ Darmann, Ingrid: Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. In: Pflege 13 (2000) 4, S. 222.

⁴⁵ Darmann, Ingrid: Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit, a.a.O., S. 222

⁴⁶ Vgl. Darmann, Ingrid: Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit, a.a.O., S. 225.

⁴⁷ Stratmeyer, Peter: Das patientenorientierte Krankenhaus, a.a.O., S. 222.

ausgeliefert. Er wird zum „Objekt“ einer Behandlung, die er selbst weder versteht, noch wirksam beeinflussen kann, da er sich auch bei anderen Pflegekräften keinen Rat holen kann.

Pflegestandards bieten allerdings auch für viele Pflegekräfte die Möglichkeit, sich hinter diesen zu „verstecken“, indem sie kritiklos übernommen werden und damit die Verantwortung für das eigene Tun teilweise abgegeben werden kann. Dies äußert sich z.B. in schriftlichen Dokumentationen, wenn in ihnen Formulierungen wie „Pflege nach Standard“ oder „Pflege nach Stationsabsprache“ oder auch „nach ärztlicher Verordnung“ gebraucht werden. Doch kann auch dies kein ausreichender Grund sein, eine Standardisierung grundsätzlich abzulehnen. Standardisierung ist kein Grund, auf Individualität zu verzichten. Standardisierung im Sinne Klinischer Behandlungsabläufe sollte im Gegenteil dahingehend verstanden werden, in der individuellen Patient-Pflegekraft-Beziehung die Handlungen begründen zu können. Kann die Anwendung eines Standards oder Teilen eines solchen bei einem bestimmten Patienten nicht nachvollzogen werden, so ist von ihm abzuweichen. Diese Abweichung wird in Klinischen Behandlungspfaden als Varianz begriffen. Dabei wird bewusst der Begriff Varianz und nicht der Ausdruck Fehler benutzt. Unter Varianz wird das *„... Maß für die Größe der Abweichung von einem Mittelwert“*⁴⁸ verstanden. Nur das Abweichen von einem definierten Zustand aber ermöglicht Fortschritt, da ohne den Normalzustand, die Varianz als Chance für eine Veränderung nicht erkennbar wäre. Insofern sollte die Standardisierung pflegerischer Behandlungsmaßnahmen über die Einführung Klinischer Behandlungspfade nicht als Gefahr, sondern als Chance zur Abweichung und damit zur Generierung neuen pflegerischen Wissens betrachtet werden. Dabei kann sich auch herausstellen, dass Standards erstellt worden sind, von denen in fast allen Fällen abgewichen werden muss. Eine solche Varianzbündelung würde darauf hindeuten, dass entweder der Standard von schlechter Qualität ist, oder der standardisierte Teilbereich nicht zu standardisieren ist, wodurch die individuelle Therapie gerechtfertigt werden kann.

Eine solche Auffassung von Standardisierung und Klinischen Behandlungspfaden setzt auf pflegerischer Seite ein geändertes Verständnis von Verantwortung, Wissen über das eigene Tun und Begründbarkeit der eigenen pflegerischen Tätigkeit

⁴⁸ Brockhaus Enzyklopädie. Neunzehnte, völlig neu überarbeitete Aufl. Band 28. Deutsches Wörterbuch REH – ZZ. Mannheim: Brockhaus 1995, S. 3617. (Kursivschrift im Original)

voraus. Es fordert zur kritischen Reflexion der eigenen Tätigkeit und zum bewussten Umgang mit dem Patienten auf, da der Patient, indem er einzelne, im Behandlungspfad verankerter Maßnahmen ablehnt, wichtige Hinweise auf die Anwendbarkeit des Pfades gibt. Er ist damit gerade nicht mehr „unkooperativ“, sondern in höchstem Maße kooperativ und trägt zur Verbesserung seiner eigenen und der allgemeinen Behandlung bei.

3 Der Anspruch auf „wissenschaftliche Begründbarkeit“ und seine Auswirkungen

Die Basis des Klinischen Behandlungspfades ist die im jeweiligen Krankenhaus vorgefundene Realität. Die Behandlung des Patienten, in der Regel durchgeführt anhand eines diagnosegebundenen Behandlungsprozesses, soll nach dessen Erfassung durch ein multiprofessionelles Team optimiert werden. Das Pfadentwicklungsteam setzt sich nicht aus externen Beratern, sondern aus Mitarbeitern des Krankenhauses zusammen, die im Kernbereich des Krankenhauses, der Patientenversorgung, tätig sind. Dieses Vorgehen garantiert eine hohe Kompetenz in der Beurteilung des tatsächlich durchgeführten Behandlungsprozesses und der ihm zugeordneten Teilprozesse. Die Optimierung der Behandlung in Form des Klinischen Behandlungspfades wird ebenfalls unter Federführung dieses Teams durchgeführt.

Betrachtet man den Faktor „Qualität“, so sind externe Vorgaben bei der Entwicklung des Klinischen Behandlungspfades zu berücksichtigen. Das Sozialgesetzbuch (SGB) V fordert in § 135ff. als Behandlungsgrundlage, neben der wirtschaftlichen Vertretbarkeit, die Ausrichtung der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Es lässt die Überprüfung der Krankenhausbehandlung durch die Bundesärztekammer, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen und die deutsche Krankenhausgesellschaft auf Antrag ausdrücklich zu. Wird eine Methode nicht nach den beschriebenen Kriterien erbracht, darf sie nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden. Neue Behandlungsmethoden haben „... dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Er-

kenntnis in der jeweiligen Therapierichtung...“⁴⁹ zu entsprechen. Zwar wird die Pflege in diesen Formulierungen nicht explizit erwähnt, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass sie analog für pflegerische Verrichtungen Geltung haben, zumal § 137 SGB V mahnt, die „... Erfordernisse einer sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung (bei der Qualitätssicherung, d. Verf.) angemessen zu berücksichtigen...“⁵⁰. Die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe sind außerdem an der Vereinbarung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft über qualitätssichernde Maßnahmen an deutschen Krankenhäusern beteiligt⁵¹. Für den Bereich der Pflegeversicherung fordert § 4 SGB XI die im Rahmen der Pflegeversicherung erbrachten Leistungen wirksam und wirtschaftlich zu erbringen. Zwar bewegt sich Pflege im Rahmen stationärer Akutversorgung nicht im Bereich des SGB XI, doch wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass Anforderungen an die stationäre pflegerische Versorgung nicht hinter denen der ambulanten Versorgung zurückbleiben dürfen.

Klinische Behandlungspfade entsprechen mit der Etablierung wissenschaftlicher Absicherung durch Einbezug größtmöglicher Evidenz⁵² diesen gesetzlichen Forderungen. Zur Sicherung dieser Evidenz wird die aktuelle wissenschaftliche Literatur gesichtet und deren Erkenntnisse in die Praxis umgesetzt. Dabei werden auch externe Leitlinien einbezogen und an die lokalen Gegebenheiten des Krankenhauses adaptiert. Solche externen Leitlinien sind nicht mit den Klinischen Behandlungspfaden selbst zu verwechseln, sondern allgemeingültig durch medizinische Fachgesellschaften erstellt (vgl. Kapitel 2.1).

Zu Fragen ist, ob dieser Anspruch der momentanen pflegerischen Realität in deutschen Krankenhäusern entspricht. Welche Begründungen für pflegerisches Handeln liefert Pflege zurzeit? Wie findet der Transfer theoretischer Erkenntnisse in die pflegerische Praxis statt? Fraglich ist auch, ob das momentane System pflegerischen Erkenntnisgewinns den Ansprüchen Klinischer Behandlungspfade gerecht wird oder sich neue Methoden etablieren müssen, die pflegerisches Handeln transparent und seine wissenschaftliche Basis sichtbar werden lassen.

⁴⁹ § 135, I, Nr.1 SGB V.

⁵⁰ § 137, I, 2 SGB V.

⁵¹ Vgl. § 137, I, 1 SGB V.

⁵² Unter Evidenz wird in dieser Arbeit empirisch überprüfbares Wissen verstanden. Vgl. dazu auch Kapitel 3.4.

Zunächst versucht dieses Kapitel zu klären, wie sich pflegerisches Wissen zum gegenwärtigen Zeitpunkt begründet. Dazu sollen die Quellen pflegerischen Wissens aufgezeigt werden. Im Anschluss daran wird auf den Unterschied zwischen implizitem und explizitem Wissen eingegangen, um darauf aufbauend den Wissenstransfer in der Pflege darzustellen. Mit der Methode *Evidence based nursing* (EBN) soll dem Leser dann ein Instrument vorgestellt werden, das es ermöglicht, der Forderung Klinischer Behandlungspfade nach größtmöglicher Absicherung pflegerischen Handelns gerecht zu werden. Den Abschluss dieses Kapitels bildet ein Vorschlag, wie diese Methode im Rahmen Klinischer Behandlungspfade in der praktischen Tätigkeit der Pflegekräfte eingesetzt werden kann.

3.1 Quellen pflegerischen Wissens

CHIN und KRAMER⁵³ unterscheiden vier Formen menschlichen Wissens in der Pflege. Es sind dies

- empirisches Wissen,
- ethisches Wissen,
- persönliches Wissen und
- intuitives Wissen.

Jede dieser Wissensformen stellt einen Teil des pflegerischen Gesamtwissens dar (siehe Abb.3).

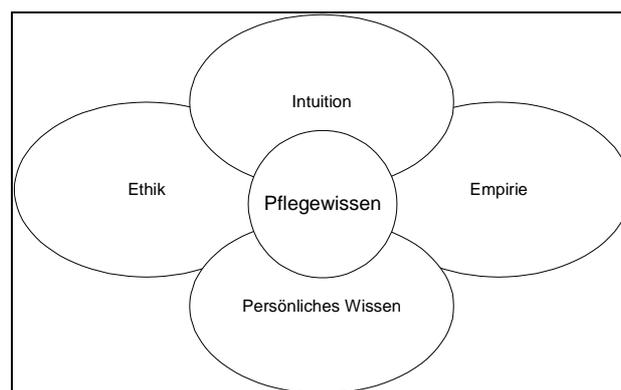


Abbildung 3: Quellen pflegerischen Wissens

⁵³ Chinn, Pegg L.; Kramer, Maeona K.: *Pflegeethrie. Konzepte - Kontext - Kritik*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby 1996. S. 7–11.

a) empirisches Wissen

Allen empirisch-analytischen Strömungen liegt die gemeinsame Aussage zu Grunde, „... dass wissenschaftliche Erkenntnis letztlich an der Beobachtung und Erfahrung überprüft werden muss, d.h. daran scheitern kann“⁵⁴. Dabei ist grundsätzlich zu bedenken, dass Beobachtungsaussagen fehlbar sein können. Diese Fehlbarkeit findet ihre Begründung in der Tatsache, dass Beobachtungen in der Regel von Menschen durchgeführt werden. Diese können sich täuschen lassen oder in ihrer Beurteilung durch ihre eigenen Vorannahmen geprägt sein und so das Beobachtungsergebnis beeinflussen und verfälschen. Trotz dieser Einschränkungen ist „... nach wie vor ein entscheidendes Kriterium jeder empirischen Wissenschaft, ob und inwieweit sich ihre Ergebnisse empirisch stützen lassen“⁵⁵. Empirische Erkenntnisse dienen der Beschreibung, Erklärung und Prognose der Wirklichkeit. Dabei werden Modelle und Theorien als Instrument der Darstellung verwendet, um Zusammenhänge zwischen den einzelnen Aspekten beobachteter Realität zu verdeutlichen.

BRANDENBURG und DORSCHNER⁵⁶ sehen die Bedeutung von empirischem Wissen vor allem dort, wo durch Forschungsergebnisse die Pflegerealität verändert wird und verweisen auf Untersuchungen, die die wichtige Rolle Angehöriger in der poststationären Behandlung von Apoplexiepatienten nachweisen konnten. Demnach können, durch Schulung und Integration von Angehörigen in die Therapie, Pflegekräfte schon zu einem frühen Zeitpunkt, d.h. noch in der Phase stationärer Akutversorgung, begründet Einfluss auf eine positive Gesamtentwicklung des Krankheitsverlaufs nehmen.

b) ethisches Wissen

Einen zweiten Teilbereich pflegerischen Wissens stellt das ethische Wissen dar. Es ist das Wissen um die Grenzen pflegerischen Handelns. Ethisches Wissen limitiert die Handlungen, die sich aus den anderen drei Wissensformen ergeben können. Es rechtfertigt pflegerische Handlungen, die tief in die Persönlichkeitsrechte des Patienten eingreifen. Ethisches Wissen begründet aber auch den Verzicht auf durch empirisches Wissen gesicherte Behandlungsformen, wenn diese im indivi-

⁵⁴ Brandenburg, Hermann; Dorschner, Stephan (Hrsg.): Pflegewissenschaft I. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2003. S. 42.

⁵⁵ Ebd.

⁵⁶ Vgl. ebd.

duellen Fall das angestrebte Ziel nicht zu erreichen vermögen oder für den speziellen Patienten zur Belastung werden. Ethisches Wissen bedeutet in vielen Fällen, „... sich mit widersprüchlichen Wertmaßstäben, Interessen oder Grundsätzen auseinanderzusetzen“⁵⁷, auch wenn diese innerhalb vorgegebener Klinischer Behandlungspfade entstehen. Auf der Basis ethischen Wissens werden Pflegekräfte in die Lage versetzt Entscheidungen zu treffen, die vom vorgegebenen Klinischen Behandlungspfad abweichen können. Dabei wird allerdings kein eindeutiger Weg vorgegeben, der beschreibt wie die Entscheidung konkret auszusehen hat. Ethisches Wissen zeigt lediglich Handlungsalternativen auf. Es ist empirisch nicht überprüfbar und bietet deshalb auch immer Raum für Diskussionen und Auseinandersetzungen⁵⁸.

Die Bedeutung ethischen Wissens zeigt sich besonders in medizinisch/pflegerischen Grenzsituationen, wie etwa im Bereich der Intensivmedizin. Bei der Entscheidung um Art und Umfang medizinisch/pflegerischer Interventionen im Rahmen der Behandlung sterbender Patienten spielt letztlich die Frage nach der Qualität menschlichen Lebens eine wesentliche Rolle, wenn entschieden werden muss, ob eine evtl. lebensverlängernde Maßnahme weiterführt werden soll. Die Frage, ob die Mundpflege bei einem sterbenden Patienten im gleichen Umfang, wie bei einem „gesunden“ Patienten durchgeführt wird, wird in der Regel aufgrund des ethischen, nicht aber des empirischen Wissens getroffen.

c) persönliches Wissen

Neben empirischem und ethischem Wissen ist in der Pflege aber auch persönliches Wissen von entscheidender Bedeutung. Es ist geprägt durch die beruflichen und privaten Erfahrungen des Individuums. Persönliches Wissen umfasst deshalb deutlich mehr als nur den pflegerischen Bereich. „Es kann religiöses, spirituelles oder metaphysisches Wissen umfassen.“⁵⁹ Lebenserfahrungen machen jede Pflegekraft zu einem individuellen Wesen, das seine Persönlichkeit in die Pflege einbringt und damit ihr berufliches Umfeld in Teilen prägt. Persönliches Wissen äußert sich z.B. in einer bestimmten Haltung, in Einstellungen und bestimmten Praktiken im Alltag.

⁵⁷ Chinn, Pegg L.; Kramer, Maeona K.: Pflgeethorie, a.a.O., S. 9.

⁵⁸ Vgl. Brandenburg, Hermann; Dorschner, Stephan (Hrsg.): Pflegewissenschaft I, a.a.O., S. 42-43.

⁵⁹ Brandenburg, Hermann; Dorschner, Stephan (Hrsg.): Pflegewissenschaft I, a.a.O., S.43.

Pflegerisches Handeln kann von persönlichem Wissen stark bestimmt werden. So kann z.B. der Krebstod eines nahen Angehörigen starken Einfluss auf den Umgang der Pflegekraft mit ihren Patienten haben. Sie kann entweder besonders fürsorglich reagieren oder aber z.B. den Einsatz von Zytostatika als unnötig lebensverlängernd ablehnen, da diese Medikamente bei dem eigenen Angehörigen versagten, und diese Haltung dem Patienten unbewusst zum Ausdruck bringen. Jahrelange Tätigkeit auf derselben Krankenstation kann z.B. dazu führen, dort ausgeübte „Pflegerituale“ als Erfahrungswissen zu internalisieren. Persönliches Wissen birgt damit die Gefahr der unkritischen Übernahme von Routinen und deren Transformierung in Erfahrungswissen, das nachfolgenden Generationen Pflegenden als berufliches Wissen weitergegeben wird.

d) intuitives Wissen

Den vierten Bestandteil pflegerischen Gesamtwissens stellt der Teilbereich des intuitiven Wissens dar. BENNER und TANNER definieren Intuition wie folgt:

„Intuition ist ohne theoretische Begründung. Sie ist eine menschliche Fähigkeit, die weder mystisch noch zufällig ist. Das intuitive Urteil ist es, welches ein meisterhaftes Urteil von Entscheidungen oder Rechnungen unterscheidet, wie sie von Anfängern oder Computern gemacht werden.“⁶⁰

Auf der Basis des von DREYFUS und DREYFUS entwickelten Kompetenzstufenmodells siedeln BENNER u.a. Intuition auf der höchsten pflegerischen Kompetenzstufe an. Die Arbeit des Pflegeexperten ist durch die Tatsache, dass „... immer mehr intuitive *Verbindungen* zwischen den in einer Situation erkannten, hervortretenden Aspekten und den möglichen Reaktion darauf entstehen“⁶¹ gekennzeichnet. Der Pflegeexperte weiß „... aufgrund seines gereiften und erprobten situationsspezifischen Differenzierungsvermögens nicht nur, welche Ziele erreicht werden sollen, sondern auch wie sie zu erreichen sind“⁶².

Ähnlich dem persönlichen Wissen birgt auch intuitives Wissen Risiken. Es ist personengebunden und damit stark vom einzelnen Individuum abhängig. Der Charak-

⁶⁰ Benner, Patricia; Tanner, Christine zitiert nach Kesselring, Annemarie: Praxiserfahrung als Quelle des Lernens. Krankenpflege, SBK Bd.3 (1993) 8, S.19.

⁶¹ Benner, Patricia; Tanner, Christine, A.; Chesla, Catherine: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2000. S. 187.

⁶² Dreyfus, Hubert L.; Dreyfus, Stuart E.: Kompetenzerwerb im Wechselspiel von Theorie und Praxis. In: Benner, Patricia; Tanner, Christine, A.; Chesla, Catherine: Pflegeexperten, a.a.O. S. 60.

ter des Einzelnen und sein persönliches Wissen, beeinflussen sein intuitives Wissen. Diese Beeinflussung kann zu einer verzerrten Einschätzung der Wirklichkeit führen. Diese Gefahr spricht nicht generell gegen intuitives Wissen, sie mahnt den Pflegeexperten jedoch immer wieder zur kritischen Hinterfragung seiner selbst.

Das größte Problem liegt in der Schwierigkeit intuitives Wissen kommunizieren zu können. Das sich „... subjektives Wissen, das mit Gefühlen verbunden ist, nicht mit abstrakten Begriffen definieren lässt“⁶³, kann eine Zusammenarbeit nicht nur mit Medizinern, sondern auch mit Patienten und Angehörigen der eigenen Berufsgruppe erschweren. Besonders Mediziner halten sich, bedingt durch ihre naturwissenschaftlich ausgerichtete Sozialisation, an objektive, messbare Daten.

3.2 Implizites - Explizites Wissen

Die vier beschriebenen Wissensquellen können in der Realität bezogen auf die sie anwendende Person nicht scharf voneinander getrennt werden. Sie vermischen sich und ergeben „das Wissen“ der Pflegekraft. Dieses Wissen lässt sich in die zwei Bereiche „implizites und explizites Wissen“ einteilen. Auch diese Bereiche verschmelzen innerhalb der Person der Pflegekraft und sind, nicht zuletzt auch für sie selbst, nur schwer trennbar. Implizites Wissen ist das Wissen, das dem Individuum allein zu eigen ist. Es ist erworbenes Wissen, das durch das Individuum, z.B. durch seine Erfahrungen im Berufsleben, weiterentwickelt wurde. Dabei ist dieses Wissen nicht nachgeprüft und läuft deshalb Gefahr, falsche Schlussfolgerungen zu beinhalten, womit nicht gesagt sein soll, dass es grundsätzlich falsch ist. Es wird in aller Regel nicht bewusst und geplant erworben. Dennoch besitzt implizites Wissen eine komplexe Wissensstruktur und kann durch Explikation überprüft werden⁶⁴.

Demgegenüber ist explizites Wissen vermittel- und erlernbar. Es wird durch bewusstes Lernen erworben, das ohne direkten Kontakt mit der Praxis besteht. Typische Orte dieser Form der Wissensaneignung sind Schulen oder Universitäten. Explizites Wissen entsteht ohne den Zeitdruck praktischen Entscheidungs- und Handlungszwangs. Allerdings ist explizites ohne implizites Wissen nicht vorstellbar. NEUWEG geht davon aus, dass „... neues explizites Wissen in reversiblen,

⁶³ Bachmann-Mettler, Irène: Professionelle Erfahrung erwerben. In: Holenstein, Hildegard: Spielräume in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2000. S. 73.

⁶⁴ Vgl. Roes, Martina: Wissenstransfer in der Pflege. Neues Lernen in der Pflegepraxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2004. S. 23.

expliziten Schlussverfahren nicht gewonnen werden kann⁶⁵ und stellt weiterhin fest, dass „... jedes explizite <Wissen> an die implizite Dimension gebunden (sei), wenn es sinnvoll als Wissen bezeichnet werden will“⁶⁶.

Implizites Wissen stellt die Basis, den Ausgangspunkt expliziten Wissens dar. Beide Arten des Wissens bedingen sich. Eine Gewichtung zugunsten expliziten oder impliziten Wissens, zugunsten theoretischen oder praktischen Wissens erscheint vor diesem Hintergrund nicht sinnvoll. Wenn aber Pflegekräfte in der Praxis die Frage diskutieren, welches Wissen von beiden das Wichtigere sei⁶⁷, tun sie gerade dies. Der Gedanke, der Klinischen Behandlungspfade zu Grunde liegt, die wissenschaftliche Evidenz mit realen Behandlungsprozessen zu verbinden, erkennt die Realität des Arbeitsfeldes und versucht damit, diese Diskussion zu entschärfen. Klinische Behandlungspfade können dadurch helfen, den Theorie – Praxis Konflikt in der Pflege zu beenden.

3.3 Wissenstransfer in der Pflege

Bisher scheint Pflege dem Anspruch des wissenschaftlichen Nachweises ihrer eigenständigen Behandlungsmethoden und -praktiken noch nicht in ausreichendem Umfang nachzukommen. Pflegekräfte haben sich bis weit in die achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts in Deutschland zu meist auf Erkenntnisse gestützt, die berufsfremde Autoritäten (häufig Mediziner, aber auch Theologen) ihnen vermittelt haben. Sie haben damit Erkenntnisse anderer Fachdisziplinen übernommen. Sind Forschungsergebnisse in die Pflege eingeflossen, so waren dies Ergebnisse anderer wissenschaftlicher Disziplinen. Dabei wurde in aller Regel unterlassen, diese auf ihre pflegerische Relevanz hin zu untersuchen⁶⁸.

Als Folge dieses „professionsfremden“ Wissenszugewinns in der Pflege scheint es den Pflegekräften zum einen an Instrumenten zu mangeln, tradiertes pflegerisches Handlungswissen in explizites Wissen zu überführen. Zum anderen scheint aber auch die Notwendigkeit dieses Vorgangs von professionell Pflegenden noch nicht

⁶⁵ Neuweg, Georg Hanns: Könnerschaft und impliziertes Wissen. Zur lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie Michael Polyanis. Münster: Waxmann-Verlag 1999. S. 318.

⁶⁶ Neuweg, Georg Hanns: Könnerschaft und impliziertes Wissen, a.a.O., S. 319.

⁶⁷ Vgl. Henke, Inge: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege. In: Görres, Stefan u.a. (Hrsg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002. S. 51.

⁶⁸ Vgl. Notter, Lucille Elisabeth; Hott, Jacqueline Rose: Grundlagen der Pflegeforschung. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 1994. S.14.

gesehen zu werden. Pflegekräfte konstruieren aus ihren praktischen Erfahrungen ihre „individuelle Theorie“, sind aber häufig nicht in der Lage, dieses verinnerlichte Wissen zu veräußern. Zwar müssen sie damit nicht automatisch falsch handeln, das Gegenteil muss allerdings auch nicht zwingend die Folge sein. Häufig begründen Pflegekräfte ihre Handlungen auf der Gefühlsebene⁶⁹. Damit sind ihre Beobachtungen und Erkenntnisse nicht allgemein nachvollziehbar und lassen sich vom Rest ihrer Profession nicht nutzen. „Um als Pflegende in einem eigenständigen Beruf akzeptiert zu werden, müssen wir lernen, unsere Handlungsweisen und Überlegungen zu formulieren.“⁷⁰ Dieser, für die Berufsgruppe der Pflegenden wichtige Ansatz greift allerdings noch zu kurz. Bedenkt man, dass Transparenz ein Ziel Klinischer Behandlungspfade ist, so hat vor allem der Patient einen Anspruch darauf, da er nur so seine Behandlung nachvollziehen kann. Nachvollziehbarkeit bezieht sich nicht nur auf die Durchführung einzelner Behandlungsmethoden, sondern auch auf deren theoretische Grundlage. Kann diese aber nicht in einer für Außenstehende nachvollziehbaren Form dargelegt werden, sieht sich der Patient einem „Offenbarungswissen“ gegenüber. Er muss der Pflegekraft glauben, da weder er noch ein anderer Mensch das Gesagte nachprüfen kann. Allein die Forderung nach Transparenz als ein Ziel Klinischer Behandlungspfade wird in den Prozess pflegerischen Erkenntnisgewinns eingreifen.

GÖRRES formuliert, dass das Praxisfeld Pflege auf „...intuitiver, erfahrungsgeleiteter Handlungssicherheit und Orientierungsfähigkeit der im Handlungsfeld tätigen Pflegenden ...“⁷¹ beruhe. Der Pflegeberuf würde in Deutschland „...heute noch als weitgehend <praktischer Beruf> ... angesehen, der ohne wissenschaftliche Bezugsdisziplin auch weiterhin den Status einer theorielosen Praxis beibehalten ...wird“⁷². Auch wenn dies sehr provokativ erscheint, mag es dem Ansehen von Pflege, wenigstens noch Mitte der neunziger Jahre des letzten Jahrhunderts, sehr nahe gekommen sein. Trotzdem ist dieser Ansicht einer gänzlich a-theoretischen Pflege nicht zuzustimmen. Pflegekräfte begründen ihre Handlungen mit Wissen pflegefremder Disziplinen (z.B. Medizin, Psychologie, Soziologie und Philoso-

⁶⁹ Vgl. Abt, Judith: In der Praxis lernen. In: Holenstein, Hildegard (Hrsg.): Spielräume in der Pflege, a.a.O., S. 64.

⁷⁰ Ebd..

⁷¹ Görres, Stefan: Pflegewissenschaft: Herausforderung für die Forschung - Innovation für die Praxis. In: Görres, Stefan u.a. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Bremen: Altera-Verlag 1996. S. 67.

⁷² Görres, Stefan: Pflegewissenschaft, a.a.O., S. 63.

phie), mit ihren Erfahrungen und ihrem in der Ausbildung erlernten Wissen. Allerdings vermochten sie lange Zeit nicht, dieses Wissen in einer eigenständigen Disziplin zu sammeln und waren auf den „Erkenntniswillen“ anderer Disziplinen in Bezug auf pflegerische Problematiken angewiesen. Klinische Behandlungspfade aber fordern schon bei ihrer Entwicklung die Begründung des pflegerischen Handelns. Für viele dieser Handlungen, genannt seien hier Verfahren wie z.B. basale Stimulation, Kinästhetik oder Validation, fehlen diese Begründungen bisher. Es hat nicht den Anschein, dass Fachfremde sie liefern werden. Pflege ist also gezwungen dies selbst zu tun.

Seit der Etablierung des ersten pflegewissenschaftlichen Vollzeitstudiengangs im Jahre 1991 in Osnabrück, bieten Hochschulen an 36 Standorten⁷³ in Deutschland Studiengänge an, die „Pflege“ als Titel in ihrer Bezeichnung tragen. Fünf dieser Studiengänge sind an Universitäten verortet, der Rest an Fachhochschulen. Die Studienschwerpunkte unterscheiden sich dabei z.T. erheblich, bewegen sich aber entlang einer Dreiteilung Pflegewissenschaft (13,2%), Pflegepädagogik (42,1%) und Pflegemanagement (44,7%)⁷⁴. Obwohl diese Studiengänge „... auf einer breiten Grundlage stehen und die Hochschullandschaft in vielfältiger Weise bereichert haben“⁷⁵, stellt sich die Frage nach ihrem Einfluss auf die Praxis. BISCHOFF beschreibt das Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege als das von zwei „zerstrittenen Schwestern“⁷⁶, in dessen Mittelpunkt die Frage stehe, welches von beiden das „wichtigere“ Wissen sei. Theoretiker werfen Praktikern mangelnde Selbstreflexion und mangelndes Interesse an theoretischem Wissen vor, während Praktiker davon ausgehen, dass in der Theorie Handlungen in einer Art und Weise vermittelt würden, die mit der Realität nicht übereinstimmen.⁷⁷ HENKE illustriert diesen Konflikt mit der Situation der Krankenpflegeauszubildenden, die immer wieder auf eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis stoßen. Sie werden „... im theoretischen Unterricht mit ganz anderen (Wert-) Vorstellungen als den in der Praxis vorrätigen Vorstellungen...“⁷⁸ konfrontiert und können so ihr erlerntes Wis-

⁷³ <http://www.pflegestudium.de/>, letzter Zugriff: 26.06.2005

⁷⁴ Vgl. Görres, Stefan u.a.: Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland. In: Pflege 13 (2000) 1, S. 36.

⁷⁵ Görres, Stefan u.a.: Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge, a.a.O., S. 41.

⁷⁶ Vgl. Bischoff, Claudia: Zukunftschance Zusammenarbeit - Die Dynamik von Theorie und Praxis in der Krankenpflegeausbildung. In: Pflegepädagogik, Jg. Nicht feststellbar (1993) 2, S. 8.

⁷⁷ Vgl. Henke, Inge: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege. In: Görres, Stefan u.a. (Hrsg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur, a.a.O., S. 51.

⁷⁸ Ebd., Einklammerung im Original.

sen nur zum Teil in die reale Pflegewelt einbringen. Es kann vermutet werden, dass sich die Situation der Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge von der der Krankenpflegeauszubildenden zunächst nicht stark unterscheidet.

Klinische Behandlungspfade bieten, wie schon erwähnt, die Chance diesen Konflikt aufzuheben. Sie fordern, unter Anerkennung der Realität, den bestmöglichen Nachweis der Wirksamkeit nicht nur medizinischer sondern auch pflegerischer Behandlungsmaßnahmen. In diesem Sinne fördern sie die Zusammenarbeit von Praxis und Theorie, ohne einen der beiden Bereiche über den anderen zu stellen.

3.4 Evidence based nursing (EBN)

Bevor eine Definition von EBN gegeben und das Konzept erläutert werden kann, soll zunächst auf den Begriff selbst eingegangen werden. Die Bedeutung des englischen Wortes „evidence“ unterscheidet sich vom deutschen Wort „Evidenz“ erheblich. Während im Deutschen evident als „*unmittelbar einleuchtend, keines Beweises bedürftig*“⁷⁹ und Evidenz als „*unmittelbare u. vollständige Einsichtigkeit*“⁸⁰ bezeichnet wird, bedeutet die angelsächsische Definition fast das Gegenteil. Dort wird unter „evidence“ empirisch überprüfbares Wissen verstanden. Den Begriff *Evidence based nursing* mit evidenz-basierter Pflege zu übersetzen erscheint deshalb unzulässig, weshalb in dieser Arbeit weiterhin die, mittlerweile auch in Deutschland eingeführte, englische Originalbezeichnung verwendet wird. Da EBN in Anlehnung an das Konzept Evidence based medicine (EBM) entwickelt wurde, soll anfangs kurz auf EBM eingegangen werden.

Das Konzept EBM wurde zunächst von kanadischen Sozialmedizinern entwickelt und sollte die Qualität medizinischer Leistungen sichern. EBM war als „... Antwort auf die große Kluft zwischen produzierten wissenschaftlichen Erkenntnissen und der Anwendung dieses Wissens...“⁸¹ konzipiert worden. SACKETT⁸² u.a. definieren EBM als Zusammenführung individueller klinischer Sachkenntnis mit der besten zur Verfügung stehenden externen Evidenz aus systematischer Forschung. Dabei wird ein Problem definiert, relevante Literatur gesucht, der wissenschaftliche

⁷⁹ Brockhaus Enzyklopädie, 19. völlig neu bearbeitete Aufl. Bd.26. Deutsches Wörterbuch A – GLUB. Mannheim: Brockhaus 1995. S. 997.

⁸⁰ Ebd.

⁸¹ Gross, Dorothea: Evidence Based Nursing - der umfassende Begriff. In: Pflege 17 (2004) 3, S. 197.

⁸² Vgl. Sackett, David L. u.a.: Evidence based medicine: What it is and what it isn't. BMJ 312 (1996) 13 January, S. 71.

Stand zu dem definierten Problem erarbeitet und darauf basierend Empfehlungen zur Problemlösung gegeben⁸³. In diesem Ansatz unterschieden sich EBM und EBN nicht. EBN ist ein in der Methodik Pflegekräften vertrautes Instrument, da es im Wesentlichen die Schritte des Pflegeprozess nachvollzieht. Zunächst wird eine Aufgabenstellung anhand eines Problems aus dem praktischen Feld pflegersicher Versorgung identifiziert. Im Folgenden wird eine Frage formuliert und diese mithilfe einer Literaturrecherche zu beantworten versucht. Vor der Implementierung des neu erlangten Wissens, muss dieses noch kritisch „...hinsichtlich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit...“⁸⁴ überprüft werden⁸⁵. Im Anschluss an die Implementierung wird die Wirkung der Veränderung evaluiert (siehe Abb. 4, S. 30). Die Suche nach dem derzeitigen Stand wissenschaftlicher Forschung erscheint dabei umso wichtiger, als das Wissen in der Medizin sich aufgrund immer neuer Forschungsergebnisse beständig verändert. Der rapide Wissenszuwachs und die damit verbundene beständige Veränderung der die praktische Arbeit beeinflussenden Erkenntnisse treffen analog für die Pflege zu. Die Tatsache, dass es sich bei der Pflegewissenschaft um eine noch relativ junge Disziplin handelt, verstärkt den Verdacht, dass die Halbwertszeit pflegerischen Wissens noch unter der des medizinischen Wissens liegen kann. Dies mag insbesondere für tradiertes Wissen gelten, das zunehmend in den Focus pflegeforschenden Interesses gerät. Als Beispiel hierfür sei das Eisen und Fönen genannt, das lange Zeit als Mittel der Wahl zur Dekubitusprophylaxe galt und von allen Pflegekräften in bester Absicht ausgeführt wurde. Erst wissenschaftliche Untersuchungen konnten die schädlichen Auswirkungen dieser Methode nachweisen. Das Eisen und Fönen wird heute nicht mehr als probate Behandlungsmethode angesehen, da es für sie keine Legitimation gibt. Sie als Maßnahme zur Dekubitusprophylaxe in einen Klinischen Behandlungspfad einzuführen, wäre aufgrund der wissenschaftlichen Erkenntnisse unzulässig. Analog dazu müssen andere pflegerische Selbstverständlichkeiten wie z.B. das Konzept der basalen Stimulation hinterfragt werden, bevor sie als Standardmethoden im Rahmen Klinischer Behandlungspfade eingeführt werden dürfen.

⁸³ Vgl. Schlömer, Gabriele: Evidence-based nursing. Pflege 13 (2000) 1, S.48.

⁸⁴ Behrens, Johann; Langer, Gero: Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2004. S. 36-37.

⁸⁵ Beispiele für Instrumente zur Beurteilung von Studien sind dieser Arbeit als Anhang A-2- bis A-6- beigefügt.

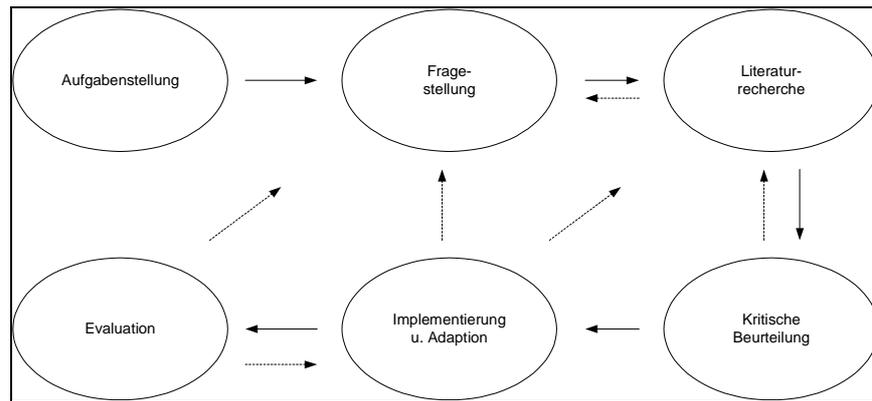


Abbildung 4: Die sechs Schritte der EBN-Methode⁸⁶

Obwohl EBN als Folge der EBM-Entwicklung im medizinischen Bereich entstanden ist, geht es über die klassische EBM Definition hinaus. FRENCH⁸⁷ erweitert die EBN Definition um das versteckte Wissen der Praktiker. BEHRENS und LANGER definieren EBN als „...**die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrung Dritter im Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden**“⁸⁸ und beziehen den Aspekt der Patientenwünsche und -bedürfnisse in die EBN-Definition ein.

Mit der Einbeziehung des praktischen Wissens der Pflegekräfte und der Pflegebedürftigen in die Definition von EBN wird der Unterschied zum Konzept EBM deutlich. Dieser äußert sich ebenfalls sehr augenfällig in der Bewertung der Beweiskraft der verschiedenen Untersuchungsverfahren. In der Medizin werden Quellen wie Expertenwissen oder Patientensicht eher vernachlässigt (Anlage A -7- zeigt die unterschiedlichen Grade von Evidenz). In dieser Hierarchie steht die Metaanalyse die wenn möglich, überwiegend randomisierte kontrollierte Studien beinhalten sollte, an erster Stelle und die Expertenmeinung an letzter. Qualitative Studien werden in dieser Hierarchie sehr weit unten angesiedelt, eine Tatsache, die sehr wahrscheinlich ihre Begründung in der medizinischen Forschungstradition findet, die eher dem Positivismus verhaftet ist. In der Pflege aber hat sich die qualitative Forschung schon seit Jahren etabliert, so dass medizinische Evidenzhierarchien

⁸⁶ Quelle: Behrens, Johann; Langer, Gero: Evidence-based Nursing, a.a.O. S. 37.

⁸⁷ Vgl. French, Peter: The development of evidence based nursing. Journal of Advanced Nursing 29 (1999) 1, S.74.

⁸⁸ Behrens, Johann; Langer, Gero: Evidence-based Nursing, a.a.O., S.21 (Hervorhebung im Original)

nicht einfach auf die Pflege übertragen werden können. Geschieht dies dennoch, muss zwingend eine kritische Bewertung erfolgen.

Mit Hilfe der Methode EBN wird versucht, das in der Praxis vorhandene implizite Wissen (= interne Evidenz) anhand expliziten Wissens (= externer Evidenz) zu verifizieren. Damit werden die Überzeugungen und Erfahrungen von Pflegekräften, die aus ihrer Zusammenarbeit mit dem Patienten resultieren, als Ausgangspunkt eines Wissenszyklus ebenso geschätzt wie die wissenschaftliche Erkenntnis.

Doch auch ohne diese Systemerweiterung regt EBN dazu an, Arbeitsroutinen zu überdenken, diese kritisch zu hinterfragen und gegebenenfalls, gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu verändern oder beizubehalten. Es stellt damit keine „Einbahnstrasse“ dar, die die Praxis mit theoretischem Wissen überschwemmt, sondern ist ein lebendes System, mit dessen Hilfe implizites und explizites Wissen kommunizieren können (siehe Abb. 5).

Die Anerkennung impliziten Wissens als interne Evidenz trägt der Tatsache Rechnung, dass sich Pflegekräfte z.B. häufig für eine Maßnahme entscheiden, weil diese in vergleichbaren Fällen erfolgreich war. Für die einzelne Pflegekraft ist sie damit in „ihrer Pflegewelt“ bewiesen. Mittels EBN kann versucht werden, diese individuelle, sich aus vielen Pflegesituationen ergebende Pflegesicht in eine allgemeingültige Pflegewelt zu überführen. An dieser Pflegewelt können alle Pflegekräfte und Patienten teilhaben, womit Pflege ein Stück Beliebigkeit pflegerischer Maßnahmen genommen wird. Der Patient ist nicht mehr vom individuellen Können der Pflegekraft A abhängig, sondern kann darauf bauen, dass auch sämtliche Kollegen dieser Pflegekraft über das gleiche Wissen, wenigstens doch den gleichen Wissenszugang verfügen.

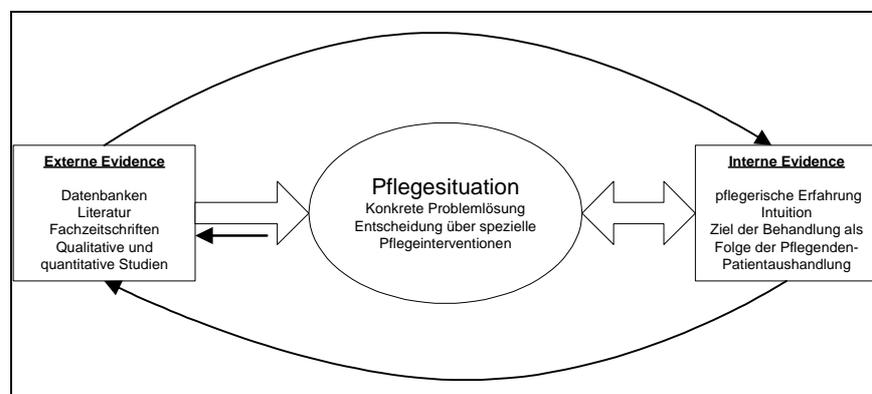


Abbildung 5: EBN als kommunizierendes System

EBN kann, im Zusammenspiel mit Klinischen Behandlungspfaden, Pflege begründbar machen. Die Tatsache, Pflege durch externe Evidenz begründen zu können, verändert zudem das Verhältnis zwischen Pflegekraft und Patient auch aus ethischer Sicht. Implizites Wissen birgt für den Patienten immer die Gefahr des „Ausgeliefertseins“. Er kann die Aussagen und Methoden der Pflegekraft nicht nachprüfen, sondern muss ihnen glauben. Damit kann er nie, im Sinne DYKES⁸⁹, zum aktiven Teilnehmer, zum kontrollierenden Faktor seiner eigenen Behandlung werden. Klinische Behandlungspfade mit ihrer Forderung nach Transparenz lassen ein solches Machtgefälle, sei es auch in noch so guter Absicht zustande gekommen, nicht zu. Die Forderung nach Aufklärung des Patienten kann nicht mit dem Verweis auf innere Evidenz und Intuition abgewiesen werden.

Trotzdem gibt EBN der Theorie nicht den alleinigen Vorrang gegenüber der Praxis. BEHRENS und LANGER⁹⁰ verweisen auf die Grenzen von Studien, wenn sie konstatieren, dass deren Ergebnisse lediglich Häufigkeitsaussagen treffen. Was auf 80% einer Patientengruppe zutrifft, muss auf das einzelne Individuum nicht zwingend zutreffen, selbst wenn es hinreichend Ähnlichkeit mit den in der Studie untersuchten Personen hat. Die Entscheidung darüber, eine in einem Klinischen Behandlungspfad vorgesehene Methode begründet nicht anzuwenden, verbleibt immer bei der Pflegekraft und dem Patienten in ihrer individuellen Pflegesituation. Die grundsätzliche Entscheidung aber, Pflege begründbar zu machen, kann die einzelne Pflegekraft nicht treffen. Sie ergibt sich aus dem Gebot des „informierten Patienten“, der in seine Behandlung einwilligen und diese dazu nachvollziehen können muss.

Klinische Behandlungspfade und EBN wollen diesem Gebot in der täglichen Arbeit am Patientenbett nachkommen. Wie sie praktisch zusammenspielen können soll der nächste Abschnitt verdeutlichen.

3.5 Klinische Behandlungspfade und EBN

Klinische Behandlungspfade fordern, wo immer es möglich ist, die Beweisbarkeit pflegerischen Handelns. Zwar gibt es auch in der Pflege mittlerweile eine, im Vergleich zu den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts, deutlich verbesserte For-

⁸⁹ Vgl. Kapitel 2.2 dieser Arbeit, S. 7.

⁹⁰ Vgl. Behrens, Johann; Langer, Gero: Evidence-based Nursing, a.a.O., S. 38-39.

schungslage, doch werden die Ergebnisse dieser Forschungen bisher noch nicht in ausreichendem Maße in die Praxis umgesetzt. In ihrer Forderung nach wissenschaftlicher Beweisbarkeit bei gleichzeitiger Berücksichtigung realer Gegebenheiten ergänzen sich Klinische Behandlungspfade und EBN, so dass es sich anbietet, beide gemeinsam zur Veränderung oder ggf. Bestätigung klinischer Behandlungsabläufe und -methoden zu benutzen. Im Folgenden soll erläutert werden, wie dies praktisch geschehen kann.

a) zentrales pflegerisches Qualitätsmanagement

Es ist sinnvoll die bestehenden Prozesse von einer im klinischen Prozess stehenden Gruppe aufzeichnen zu lassen. Die Prüfung auf ihre wissenschaftliche Beweisbarkeit muss diese Gruppe jedoch nicht zwingend durchführen. Diese Prüfung kann, als interne Dienstleistung des Krankenhauses, in Form eines zentralen pflegerischen Qualitätsmanagements installiert werden, das von verschiedenen Pfadentwicklerteams in Anspruch genommen werden kann. Verortet sein sollte dieses Qualitätsmanagement z.B. als Stabsstelle bei der Geschäftsleitung, da es dort zudem professionsübergreifend, in Zusammenarbeit mit einem medizinischen Qualitätsmanagement, agieren kann. Als Akteure eines solchen pflegerischen Qualitätsmanagements kann auf Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge zurückgegriffen werden. Diese Personengruppe hat wissenschaftliches Arbeiten erlernt, was sie dafür prädestiniert mit wissenschaftlicher Literatur umzugehen und diese kritisch zu hinterfragen. In vielen Fällen stammen Absolventen pflegewissenschaftlicher Studiengänge der beruflichen Praxis und sind, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, noch mit den Möglichkeiten und Grenzen der Praxis vertraut. Ihr akademischer Hintergrund sollte sie aber über die häufig sehr engen Grenzen der Realität hinausschauen lassen. Gerade diese praktischen Wurzeln können, wenn Klinische Behandlungspfade Veränderungen in der Behandlung hervorrufen, von großer Hilfe sein. Der Qualitätsmanager wird zum Prozessbegleiter, zum einen indem er die wissenschaftliche Beweisbarkeit von Therapiemethoden anhand einer Literaturrecherche belegt, zum anderen indem er diese Ergebnisse in sinnvoller Weise vermittelt. Da er für die gesamte Institution zuständig ist kann er wiederholt auftretende Probleme, die nicht an ein spezielles Entwicklerteam gebunden sind, als generelle Schwachstelle des Krankenhauses identifizieren. Dies können z.B. die in Kapitel 2.2 erwähnten Probleme mit dem Pa-

tiententransport sein, die in verschiedenen Bereichen des Krankenhauses, unabhängig von einzelnen Fachdisziplinen, auftreten.

Die einzelnen Entwicklerteams profitieren voneinander, da sie den Qualitätsmanager als Schnittstelle für ihre Arbeit nutzen können, um so, in einem formal organisierten Rahmen, an den Arbeitsergebnissen ihrer Kollegen zu partizipieren. Beispielsweise könnte das implizite Pflegewissen der Entwicklergruppe „Unkomplizierter Herzinfarkt“ über den Qualitätsmanager der Entwicklergruppe „Totale Hüftendoprothese“ zugänglich gemacht werden. Dies ist der erste Schritt zur Etablierung eines kontinuierlichen Wissensaustausches in der Pflege. Die Gruppe der Pfadentwickler formuliert ihr implizites Wissen und lässt zu, dass dieses durch einen Dritten überprüft wird. Mit diesem Schritt kann sich der Wandel von implizitem Wissen in explizites Wissen, von interner in externe Evidenz vollziehen. Bestätigt sich die interne Evidenz, kann die Vermutung also wissenschaftlich gestützt werden, so wird aus ihr externe Evidenz, die nunmehr allen Pflegekräften zur Verfügung steht. Lässt sich die Vermutung widerlegen, muss das Verfahren verworfen werden. Lassen sich zu einem bedeutsamen Problem keine wissenschaftlichen Aussagen finden, konnte ein neuer Forschungsbedarf identifiziert werden. Je nach Ausgestaltung des Qualitätsmanagements kann nun im Krankenhaus selbst Fallstudien durchgeführt werden oder aber in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, wie z.B. einem anderen Krankenhaus oder einer Hochschule versucht werden sich dem Problem forschend anzunehmen. Am Ende dieses Prozesses steht dann der Beweis oder die Widerlegung der pflegerischen Vermutung. Aus der Arbeit an Klinischen Behandlungspfaden, entweder aufgrund der Reflexion über bestehende Prozesse oder aber der Auswertung von Varianzen, kann so das bisher in großem Maß vorhandene tradierte pflegerische Wissen in beweisgestütztes Wissen überführt werden.

Entscheidend ist jedoch, dass sich das Qualitätsmanagement nicht verselbständigt und sämtliche Schritte der Pfadentwicklung und -implementierung durchführt, sondern sich seiner Rolle als Dienstleister bewusst ist. Es wird in der Regel eine durch die Pflegekraft formulierte Problemstellung aus der Praxis bearbeiten. Durch dieses Vorgehen werden die klinisch tätigen Pflegekräfte entlastet.

Die Einrichtung eines übergeordneten Qualitätsmanagements stellt darüber hinaus nicht nur bei der Implementierung Klinischer Behandlungspfade, sondern auch bei deren kontinuierlichen Auswertung eine sinnvolle Maßnahme dar. Be-

sonders in der Umstellungsphase auf eine Therapie nach Klinischen Behandlungspfaden wird das Auftreten pflegerischer und medizinischer Varianzen hoch sein. In dieser Phase sind ein rasches Auswerten der Varianzen und eine zügige Rückmeldung an die klinisch tätigen Pflegekräfte von großer Bedeutung.

b) dezentrales pflegerisches Qualitätsmanagement

Die Notwendigkeit der kontinuierlichen Evaluation Klinischer Behandlungspfade im Sinne eines ständigen Erfassens und Auswertens der Pfadvarianzen begünstigt die Installation eines dezentralen Qualitätsmanagements, im Sinne eines „Vor-Ort“ Qualitätsmanagers. Die momentane wirtschaftliche Situation vieler deutscher Krankenhäuser lässt es allerdings unwahrscheinlich erscheinen auf jeder Station eine Pflegekraft in Vollzeit für eine solche Aufgabe anzustellen, doch legt die dem Konzept Klinische Behandlungspfade innewohnende Idee ihrer lokalen Verortung als krankenhauserinterne Leitlinien eine andere Lösung nahe.

Ein dezentrales Qualitätsmanagement lässt sich über die „Splittung“ von Vollzeitstellen initiieren. Eine Pflegekraft kann $\frac{3}{4}$ ihrer wöchentlichen Arbeitszeit im normalen Behandlungsablauf arbeiten. Das restliche Viertel ihrer Arbeitszeit dient dem Systematisieren und der Auswertung der erfassten Pfadvarianzen. Ein solches Verfahren bietet den Vorteil, dass nicht nur während der Phase der Pfadentwicklung, sondern auch während der Phase der Implementierung und des späteren realen Betriebs die lokale Fachkompetenz des Krankenhauses (in Form seines Pflegepersonals) genutzt würde. Da die Nutzung der „Vor-Ort“ Kompetenzen nicht nur über die Erfassung von Pfadvarianzen, sondern auch über deren Auswertung erfolgt, verschiebt sich die Wertigkeit der Tätigkeit von Pflegekräften. Sie können nun Teile ihrer Arbeitsumwelt, in Form von Verbesserung bestehender Prozesse, selber mitgestalten. Die Veränderungen werden sich dabei in ihrem Kern auf qualitative Aspekte Klinischer Behandlungsabläufe beziehen. Daneben werden aber auch organisatorische Pfadabweichungen sichtbar werden, die sich zwar nicht auf den Kernbereich pflegerischer Arbeit, wohl aber auf den großen organisatorisch, logistischen Arbeitsanteil der Pflegekräfte in Akutkrankenhäusern beziehen (vgl. Kapitel 4.5.1).

Der Zugewinn an Mitgestaltungsmöglichkeiten kann dazu führen, dass sich Pflegekräfte zum einen schneller mit dem Konzept der Klinischen Behandlungspfade identifizieren und so dazu beitragen, es schneller in der klinischen Praxis zu etab-

lieren. Zum anderen wird ein Zugewinn an Mitgestaltungsverantwortung und -kompetenz sehr wahrscheinlich die Arbeitszufriedenheit der einzelnen Pflegekraft erhöhen, ein Faktor der schlussendlich dem Patienten zu gute kommt.

Die Möglichkeit, den Behandlungsprozess mit all seinen Teil- und Nebenprozessen zu beobachten, auszuwerten und aktiv verändern zu können, lässt Pflegekräfte ein Ziel Klinischer Behandlungspfade, das der Transparenz, an der eigenen Person erfahren. Sie werden so in die Lage versetzt nachzuvollziehen, wie wichtig Transparenz gerade für den Patienten als Hauptperson des Behandlungsprozesses ist. Erst durch Transparenz wird aus der Pflegehandlung *am* Patienten eine Handlung *mit* dem Patienten, da dieser, ähnlich der Pflegekraft in seinem Berufsalltag, nun aktiv an seiner Behandlung teilnehmen kann. Die Pflegekraft kann ihren eigenen Kompetenzzugewinn zum Wohle des Patienten in die Pflegebeziehung einbringen und diese dadurch stärken und verbessern.

Pflegekräfte, die als externe Qualitätsmanager im beschriebenen Sinne eingesetzt werden, dienen zugleich als Multiplikatoren für das Konzept Klinischer Behandlungspfade. Sie werden in die Lage versetzt, zunächst den Pfad als Abstraktum, später aber auch sich selbst als lebenden Ausdruck eines Klinischen Behandlungspfades kritisch zu reflektieren. Dabei bedarf es, um eine solche Position auszuüben, keiner langwierigen Fort- oder Weiterbildung, wenn man EBN im betreffenden Krankenhaus als pflegerisches Instrument etabliert hat. Da EBN methodisch dem Pflegeprozess ähnelt, braucht die Arbeitsweise nicht komplett neu erlernt zu werden. Im Rahmen eines beruflichen Aufbauseminars kann die Methode der Literaturrecherche und des kritischen Umgangs mit wissenschaftlicher Literatur auch von nicht-akademisch ausgebildetem Personal erlernt werden. Solche Seminare können in Kooperation mit Universitäten oder Fachhochschulen angeboten werden oder an Krankenpflegeschulen schon in die Ausbildung integriert werden.

Zur Vertiefung oder gegenseitigen Kontrolle eignet sich die Methode des Journal-Clubs, die wiederum eine gute Ergänzung zu Klinischen Behandlungspfaden darstellt.

c) Journal-Club

Der Journal-Club stellt ein Instrument dar, mit dem neue Verfahren in Klinische Behandlungspfade integriert werden können, da nicht alle Veränderungen auf Va-

rianzen bereits bestehender Pfade zurückgehen. In einem Journal-Club treffen sich Pflegekräfte regelmäßig, um sich gegenseitig Forschungsarbeiten vorzustellen, die ihnen beim Durchsehen von Fachliteratur aufgefallen sind. Die Tatsache, dass sich Pflegekräfte im klinischen Alltag vermehrt mit wissenschaftlicher Fachliteratur auseinandersetzen, beruht auf der Annahme, dass Klinische Behandlungspfade zunächst wissenschaftliche Begründungen pflegerischer Handlungen voraussetzen. Im weiteren Verlauf, z.B. durch die Einführung eines zentralen oder dezentralen Qualitätsmanagements, kann sich die Beschäftigung mit pflegewissenschaftlichen Fachzeitschriften zu einer erwünschten „Nebenwirkung“ Klinischer Behandlungspfade entwickeln. Durch die Lektüre können potentielle Probleme auffallen oder neue Behandlungsmethoden entdeckt werden. Die Auseinandersetzung mit externer Evidenz kann so zu einer Veränderung der pflegerischen Behandlung führen. Diese wissenschaftlich hergeleitete Veränderung wird anschließend in Klinische Behandlungspfade integriert und so allen Pflegekräften zugänglich gemacht.

Problematisch am Konzept des Journal-Clubs ist jedoch, das Wissen hier eher zufällig gesammelt wird, da die Intention zunächst nicht die Lösung akuter Probleme aus der Praxis darstellt. Jedoch sollte ein Journal-Club immer mehr als ein bloßer „Debattierklub“ sein. So ist er auch als Forum für externe Qualitätsmanager gut geeignet, die hier ihre Arbeitsergebnisse vortragen und kritisch hinterfragen lassen können.

d) Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Die Forderung nach wissenschaftlicher Beweisbarkeit ist in der Medizin allgemein anerkannt. Klinische Behandlungspfade nehmen diese Forderung auf. Kann die Pflege ihr nicht entsprechen und sie für ihren Bereich der Behandlung angemessen ausgestalten, kommt es zu einer ungleichen Partnerschaft. Wie bereits beschrieben geht EBN über EBM hinaus. Es beinhaltet neben Empirie auch die Rücksicht auf die Besonderheiten der Patient-Pflegekraft-Beziehung. Trotzdem lässt erst der Wissenschaftsbezug Medizin und Pflege auf einer Augenhöhe zusammenarbeiten und sich gegenseitig befruchten. Wird der wissenschaftliche Bezug durch die Pflege in einem Krankenhaus, das nach dem Konzept der Klinischen Behandlungspfade therapiert, nicht erfüllt, fehlt ihr ein nicht unerheblicher Teil ihrer Handlungsbasis. Pflege läuft dann Gefahr, ihre Eigenständigkeit im

Krankenhaus weiter zu verlieren und in Abhängigkeit der Bezugswissenschaft Medizin zu geraten. Dies würde allerdings nicht der Intention Klinischer Behandlungspfade entsprechen, die eine interdisziplinäre Versorgung des Patienten als wichtig erachtet. Aber nur wenn beide Partner gleichberechtigt sind und dies auch sein wollen und können, wird der Patient die Vorteile, die Klinische Behandlungspfade innehaben, erleben können. Um Pflege und Medizin auf gleiche Augenhöhe zu bringen, wird eine Akademisierung von Pflege unumgänglich sein, da eine Entakademisierung der Medizin nicht als ernstzunehmende Option zu betrachten ist.

4 Klinische Behandlungspfade und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsorganisation der Pflege

PRAGER sieht, wie in Kapitel 2.5.1 erwähnt, die Rolle der Pflege im Konzept Klinische Behandlungspfade als die eines Prozessmanagers, der den Patienten auf seinem „Weg“ durch das Krankenhaus begleitet. Trifft diese Vorstellung zu, hat sie nicht unerhebliche Auswirkungen auf Arbeitsinhalt und -organisation von Pflege im Akutkrankenhaus. Dieses Kapitel versucht einen Eindruck solcher Veränderungen zu vermitteln. Dazu soll am Beginn auf den Begriff des Prozesses und die am Prozess beteiligten Akteure eingegangen werden, um zu klären ob Pflegekräfte in der Lage sind oder in die Lage versetzt werden können, die Position des Prozessmanagers einzunehmen. Ein weiterer Abschnitt dieses Kapitels wird dem Leser die Pflegeorganisationsform Primary Nursing vorstellen, die günstige Voraussetzungen zur praktischen Etablierung pflegerischer Pfadverantwortung in sich trägt. Abschließend sollen die Auswirkungen Klinischer Behandlungspfade auf die Arbeitsorganisationsform Primary Nursing und damit die Veränderungen pflegerischen Arbeitsalltags dargestellt werden.

4.1 Prozessorientierung im Krankenhaus

FEINEN geht davon aus, dass „ die Organisationsstruktur deutscher Krankenhäuser...aufgrund der Überlagerung mehrerer Dimensionen durch eine Matrixstruktur gekennzeichnet“⁹¹ ist. Dieser Struktur liegt zum einen die funktionale Unterteilung des Krankenhauses in verschiedene Abteilungen (sowohl medizinische, wie auch

⁹¹ Feinen, Rainer: Patientenbezogene Organisation von Behandlungsprozessen, a.a.O., S. 189.

technisch, logistische) und Funktionsbereiche zu Grunde, zum anderen die klassische „Drei-Säulen-Struktur der Hierarchie von Ärztlichem Dienst, Pflegedienst und Verwaltung“⁹². Die Aufbauorganisation folgt dabei dem klassischen Gestaltungsansatz, nachdem die Gesamtaufgabe in seine einzelnen Teilaufgaben zerlegt und anschließend zu organisatorischen Einheiten zusammengefasst wird. Die Produktivität soll nach diesem Modell durch Arbeitsteilung und Spezialisierung erhöht werden. Erst danach erfolgt die Gestaltung der Ablauforganisation, d.h. die raumzeitliche Organisation des Arbeitsprozesses. Die Arbeitsprozesse werden somit nachträglich in die Aufbaustruktur „hineinorganisiert“⁹³. Die Prozesse innerhalb eines Krankenhauses sind jedoch in der Realität „... durch unzählige Vor- und Rückkoppelungen, quer zur organisatorischen Grundstruktur, miteinander verbunden ...“⁹⁴ (siehe Abb. 6).

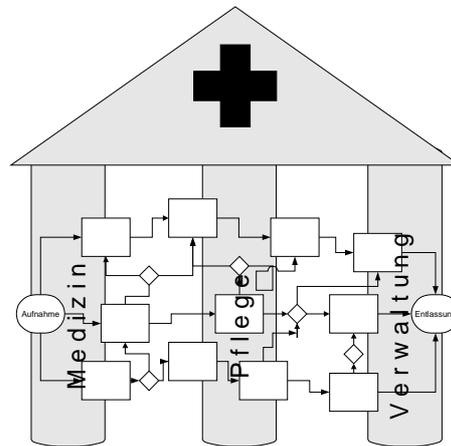


Abbildung 6: Leistungserbringung im Krankenhaus

Die mangelnde Ausrichtung der Krankenhausaufbauorganisation auf die Belange der realen Prozesse weist im Wesentlichen drei Probleme auf.

- Die funktionsbezogene Zerlegung eines Prozesses führt zu einer größeren Anzahl von Arbeitsschritten und Schnittstellen und damit zu einer Erhöhung des Risikos eines Informationsverlustes an diesen Schnittstellen.
- Die Aufteilung in verschiedene gleichberechtigte Funktionsbereiche führt zu unnötigem Abstimmungsbedarf der einzelnen Bereiche und damit zu unnötiger Bürokratisierung des Gesamtprozesses. Der Kernprozess des Kran-

⁹² Ebd.

⁹³ Vgl. Vahs, Dietmar: Organisation, a.a.O., S.189.

⁹⁴ Feinen, Rainer: Patientenbezogene Organisation von Behandlungsprozessen, a.a.O., S. 189.

kenhauses, die Patientenversorgung, droht so seine zentrale Bedeutung zu verlieren und die ihn eigentlich unterstützenden Dienstleistungen (z.B. die Verwaltung von Patientendaten oder zuarbeitende Funktionsabteilungen wie das Labor) werden in ihrer Bewertung stärker hervorgehoben.

- Die Aufteilung in einzelne Funktionsbereiche und medizinische Abteilungen führt zur ihrer gegenseitigen Abschottung. Jede einzelne Abteilung wird die für sie beste Position und den damit vermeintlich besten Zugang zu Ressourcen des Krankenhauses zu erlangen versuchen.

Mit dem Konzept der Klinischen Behandlungspfade wird versucht, dieser Problematik zu begegnen. Sie sollen, im Sinne einer Effizienzsteigerung, die den Belangen des Patienten, der Angestellten und der ökonomischen Situation des Krankenhauses Rechnung trägt, die Prozessabläufe und -strukturen verbessern.

Klinische Behandlungspfade stellen die Aufgabe des klassischen Analyse-Synthese-Konzepts zugunsten eines prozesszentrierten Konzepts dar. Sie haben damit auch direkten Einfluss auf die Organisation pflegerischer Arbeit, die in ihrer klassischen Arbeitsorganisationsform, der Funktionspflege, ebenfalls dem Analyse-Synthese-Konzept folgt. Doch auch modernere pflegerische Arbeitsorganisationsformen wie z.B. das Zimmerpflegesystem können den Anforderungen Klinischer Behandlungspfade nicht gerecht werden, da ihr Fokus nicht ausreichend auf den Gesamtprozess Behandlung ausgerichtet ist. Bevor diese These verdeutlicht werden kann, soll zunächst der Begriff Prozess definiert werden.

4.2 Prozess – Eine Begriffsdefinition

VAHS definiert den Begriff Prozess als:

„ ... die zielgerichtete Erstellung einer Leistung, durch eine Folge logisch zusammenhängender Aktivitäten ... , die innerhalb einer Zeitspanne nach bestimmten Regeln durchgeführt wird“⁹⁵.

Prozesse sind inhaltlich abgeschlossene Vorgänge, die durch ein auslösendes Ereignis angestoßen werden. Im Falle der Krankenhausbehandlung stellt dieses Ereignis in der Regel die Einlieferung oder Selbsteinweisung des Patienten in das betreffende Krankenhaus dar. Durch die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus wird der Prozess der Behandlung angestoßen. Jeder Prozess ist durch einen

⁹⁵ Vahs, Dietmar: Organisation, a.a.O., S. 194.

Input sowie einen Output gekennzeichnet. Verdeutlicht werden soll dies an einem alltäglichen Beispiel aus dem Bereich der Intensivmedizin (siehe Abb. 7). Ein beatmeter Patient soll abgesaugt werden. Anstoßendes Ereignis des Prozesses *Absaugen* ist der Hustenreiz des Patienten als Zeichen einer Verlegung des Endotrachealtubus mit Schleim. Durch dieses Ereignis droht eine Minderversorgung des Patienten mit Sauerstoff (Prozessinput). Der Patient wird daraufhin, unter Einsatz von Material und Arbeitskraft, durch die Pflegekraft endotracheal abgesaugt. Als Ergebnis des Prozesses *Absaugen* befindet sich das Bronchialsekret außerhalb des Patienten und dieser bekommt problemlos Sauerstoff (Output). Der Prozess transformiert den Input zu einem Output und erreicht über diese Transformation einen Wertzuwachs.

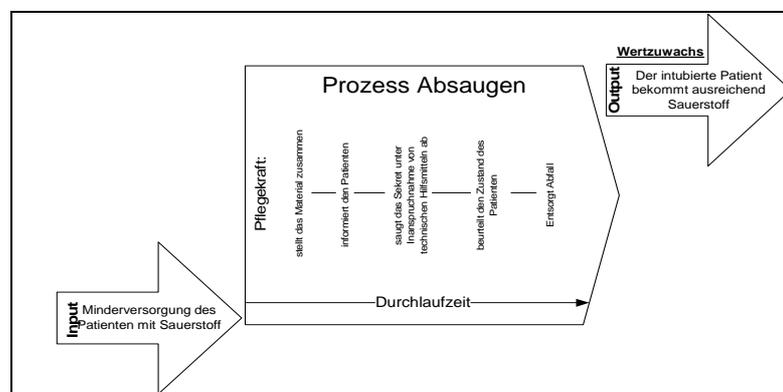


Abbildung 7: Prozessmerkmale

Prozesse werden nach bestimmten Methoden durchgeführt, „... die das Vorgehen bei der Durchführung der Prozessaktivitäten...“⁹⁶ regeln. Das Beschreiben und Standardisieren dieser Methoden findet seinen Ausdruck im Konzept Klinischer Behandlungspfade, die auch die Verweildauer des Patienten (und damit die Durchlaufzeit des Gesamtprozesses) im Krankenhaus bei normalem Verlauf der Behandlung definieren.

Je nach Größe des Prozesses kann es notwendig sein, einen Gesamtprozess (die stationäre Behandlung eines Patienten) in Teilprozesse zu untergliedern (Aufnahme, Diagnostik, evtl. Operation oder sonstiger invasiver Eingriff, evtl. Intensivstation, Stationäre Behandlung und Entlassung). Entscheidend ist jedoch die Tatsache, dass nicht die Zergliederung den Gesamtprozess bestimmt, sondern der Ge-

⁹⁶ Vahs, Dietmar: Organisation, a.a.O., S. 198.

samtprozess selbst als zentral erkannt wird, dem einzelne Teilprozesse sinnvoll zuzuordnen sind. Diese einzelnen Teilprozesse ergeben damit eine sinnvolle Prozesskette, den Klinischen Behandlungspfad, als Ausdruck effizienter Krankenhausbehandlung (siehe Abb. 8).

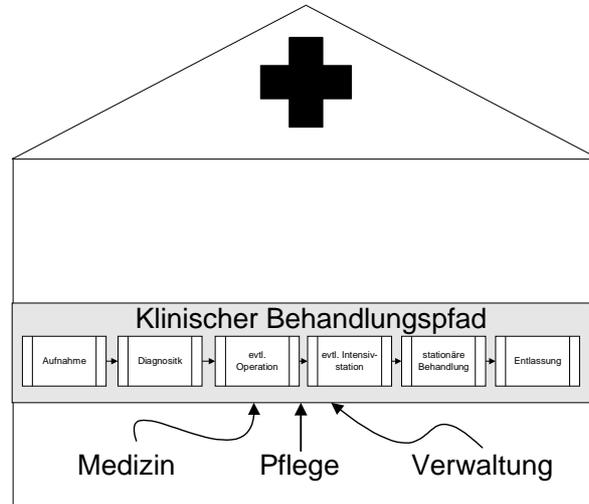


Abbildung 8: Prozesskette Klinischer Behandlungspfad

Klinische Behandlungspfade stellen aus diesem Grund ein prozesszentriertes Behandlungskonzept dar. Sie erfordern, sollen sie effektiv eingesetzt werden, ein prozesszentriertes Pflegesystem. Bevor der Frage nachgegangen werden kann, welches Pflegesystem Klinische Behandlungspfade notwendig machen, wird (zum späteren besseren Verständnis der Rolle der Pflegekraft als Pfadmanager) anschließend zunächst erläutert welche Aktionsträger ein erfolgreiches Prozessmanagement bestimmen.

4.3 Aktionsträger im Prozessmanagement

An der Gestaltung und Umsetzung von Prozessen sind verschiedene Gremien und Personen⁹⁷ beteiligt. Höchstes Entscheidungsgremium ist der Lenkungsausschuss. In ihm sind die Prozesseigner vertreten. Aufgabe dieses Entscheidungsgremiums ist die strategische Ausrichtung der Geschäftsprozesse und ihre Gesamtintegration in die strategische Planung des Krankenhauses. Im Falle Klinischer Behandlungspfade werden einem solchen Lenkungsausschuss in aller Regel Mitglieder der Krankenhausleitung angehören. Nur sie können über die generelle Einführung Klinischer Behandlungspfade, die eine organisatorische Neuausrichtung des Gesamtbetriebes Krankenhaus bedeuten, entscheiden. Sie können

⁹⁷ Vgl. Vahs, Dietmar: Organisation, a.a.O., S. 219-221.

zudem die Auswahl einzelner Behandlungspfade bestimmen oder starken Einfluss auf sie nehmen, da die Mitglieder der Krankenhausleitung die zukünftige strategische Ausrichtung des Krankenhauses festlegen. So ist es wenig sinnvoll einen Klinischen Behandlungspfad „Augenoperation“ zu entwickeln, wenn das Krankenhaus dieses Geschäftsfeld aufgeben will.

Der Prozesseigner trägt die Gesamtverantwortung für den Geschäftsprozess. Er leitet die Prozessziele aus den Unternehmenszielen ab. Er entscheidet, am Beispiel Klinischer Behandlungspfade, über deren generelle Einführung und kontrolliert sie hinsichtlich ihrer Ziele. Dabei wird er von einem oder mehreren Prozessmanagern unterstützt.

Der Prozessmanager ist für die operative Umsetzung des Geschäftsprozesses, hier des Klinischen Behandlungspfades, zuständig. Er plant, steuert und kontrolliert den laufenden Prozess und stellt die Einhaltung der Ziele sicher. Aufgabe des Prozessmanagers ist die Koordination der Organisationseinheiten und der ihnen zugeordneten Mitarbeiter.

Die Prozessmitarbeiter setzen die ihnen übertragenen Aufgaben „vor Ort“, also z.B. auf der Krankenstation oder im Operationssaal, um. Sie können außerdem Vorschläge zur Prozessoptimierung unterbreiten. Prozessmitarbeiter und Prozessmanager bilden gemeinsam das Prozessteam.

4.4 Die Kompatibilität zwischen pflegerischen Organisationssystemen und Klinischen Behandlungspfaden

4.4.1 Funktionspflege

Im Rahmen der Funktionspflege werden „... Tätigkeiten der direkten und indirekten Pflege (früher: Grund- und Behandlungspflege) sowie sonstige anfallende Aufgaben ... nach funktionellen, aufgaben- und verrichtungsbezogenen Gesichtspunkten zusammengestellt und einzelnen Pflegekräften jeweils zur Durchführung an mehreren oder allen Patienten einer Station zugewiesen“⁹⁸. Entscheidendes Charakteristikum der Funktionspflege ist die Zergliederung der Arbeitshandlungen in Partialverrichtungen. Diese Regelung wird oft nicht als formales Organisationsprinzip bewusst angewandt, sondern ist vielmehr traditionell üblich.

⁹⁸ Elkeles, Thomas: Kritik an der Funktionspflege. In: Büssing, André: Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege: Reorganisation von Dienstleistungen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1997. S. 51.

In der Regel werden im System der Funktionspflege einzelne Arbeitsaufträge von der Schichtleitung definiert, um dann in Form von Runden durch die Pflegekraft ausgeführt zu werden (siehe Abb.9). Nach Beendigung des Arbeitsauftrags erfolgt die Rückmeldung bei der Schichtleitung, in aller Regel der Stationsleitung oder deren Vertretung. Dadurch beinhaltet das System der Funktionspflege eine hohe Kontrollunterwerfung. Auch ein Patientengespräch wird als einer dieser Partialaufträge angesehen. Ihm wird der gleiche Stellenwert zugewiesen, wie allen anderen zu verrichtenden Tätigkeiten auch. Auf Grund der Tatsache, dass es im Vergleich zu diesen relativ zeitaufwendig ist, wird es häufig nicht durchgeführt, zumal in einem hochgradig arbeitsteiligen System die Folgen unbemerkt bleiben. Viele Informationen, die der Patient hat, werden nicht erhoben und können damit nicht in seine Behandlung integriert werden.

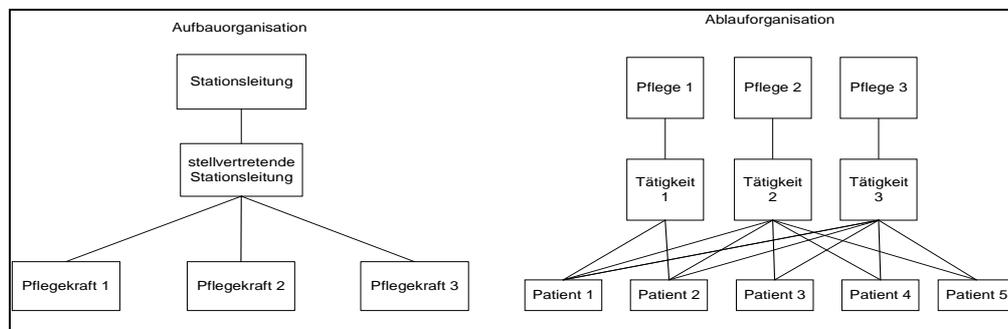


Abbildung 9: Aufbau- und Ablauforganisation in der Funktionspflege⁹⁹

Die Verteilung der einzelnen Partialarbeitsaufträge erfolgt in aller Regel nach hierarchischen Gesichtspunkten, wobei patientenferne Tätigkeiten ein höheres soziales Prestige zugewiesen bekommen als patientennahe¹⁰⁰. So nimmt die Stationschwester an der Visite teil und arbeitet diese dann anschließend am Schreibtisch aus. Die ihrer Meinung nach für die direkte Pflege notwendigen Informationen gibt sie in Form von Teilaufträgen an die Pflegekräfte weiter. Der Zugang zu Informationen ist damit stark vom sozialen Status und der Position der Pflegekraft abhängig. Die Kommunikation der einzelnen Pflegekräfte mit dem Arzt findet nur indirekt über die Stationsleitung statt.

Funktionspflege verfolgt damit den Ansatz die Pflege eines Patienten in kleinste Teilprozesse zu unterteilen, die von unterschiedlichen Pflegekräften durchgeführt werden. So gerät der Gesamtprozess der Patientenbehandlung aus dem Blickfeld.

⁹⁹ Quelle: Andraschko, Heinz-Gerd: Das System der Bezugspflege. In: Pflegezeitschrift 49 (1996) 12, Beilage Pflegedokumentation, S. 5.

¹⁰⁰ Vgl. Elkeles, Thomas: Kritik an der Funktionspflege, a.a.O., S. 53.

In der Folge sind viele unterschiedliche Pflegekräfte über jeweils kleine Behandlungsteilprozesse in hohem Grade informiert. Der gesamte Behandlungsprozess ist jedoch keiner Pflegekraft bekannt. Die Unkenntnis über den Verlauf des Gesamtbehandlungsprozesses schließt die Stationsleitung ein. Will sie dem Stationsarzt Auskunft in Bezug auf das Befinden des Patienten erteilen, muss sie sich zunächst bei verschiedenen Pflegekräften erkundigen, um aus deren Partialinformationen eine aussagekräftige Gesamtinformation erstellen zu können. Das System der Funktionspflege lässt durch den hohen Grad der Tätigkeitsaufteilung eine unnötige Anzahl an Schnittstellen im Versorgungsprozess entstehen und leistet damit Informations-, und in dessen Folge wahrscheinlich auch Qualitätsverlusten, Vorschub.

Die multiprofessionelle Zusammenarbeit bleibt im Funktionspflegesystem formal auf die Schnittstelle Stationschwester/Stationsarzt beschränkt. Das Verhältnis dieser beiden Akteure ist jedoch durch ein formales Ungleichgewicht gekennzeichnet. Im Gegensatz zum Stationsarzt ist die Stationsleitung schon auf der unteren Managementebene angesiedelt. Ihre Tätigkeit ist in der Regel patientenfern. Sie trägt die arbeitsdisziplinarische Verantwortung und nimmt diese z.B. in Form der Dienstplangestaltung oder der Mitarbeiterführung wahr. Durch den hohen Anteil organisatorischer Tätigkeiten im Rahmen ihrer Funktion ist der Anteil klinischer Arbeit eher gering. Ihre Fachkompetenz liegt damit im Managementbereich der Station, was sie als „Schnittstelle“ für klinisch relevante Informationen als ungeeignet erscheinen lässt. So ist nicht eigentlich der hierarchische Unterschied der beiden Akteure das Hindernis (multiprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen Klinischer Behandlungspfade ist nicht an Hierarchien gebunden), sondern das durch die Pflegehierarchie bei der Stationsleitung erzeugte verringerte Maß an klinischer Präsenz. Nur wenn beide Seiten bezogen auf ihre jeweilige Fachkompetenz „auf gleicher Augenhöhe“ miteinander kommunizieren können, sind die Fortschritte des Patienten auf seinem „Weg“ durch das Krankenhaus gemeinsam mit ihm beurteilbar.

Das Funktionspflegesystem kann allerdings auch positive Folgen in Bezug auf die Qualität der Patientenbehandlung aufweisen. Die häufigen Wiederholungen der zugewiesenen kleinen Tätigkeitsbereiche führen zu hoher Routine und damit zur Perfektionierung dieser Tätigkeiten. Die Zergliederung in einzelne kleine Teilprozesse ermöglicht zudem eine schnellere Einarbeitung in diese Prozesse, da sie

weniger komplex sind. Damit verbunden ist auch eine problemlose Integration von Aushilfskräften und Auszubildenden. Änderungen im Prozessablauf können schneller realisiert werden, da immer nur kleine Teilaspekte verändert werden müssten. Das System ist mithin sehr flexibel.

Das Funktionspflegesystem ist in seinem repetitiven, auf kleine Teilarbeiten ausgerichteten Charakter der industriellen Massenarbeit im Sinne einer Fließbandarbeit vergleichbar. Der Behandlungspfad kann von der einzelnen Pflegekraft nicht mehr gesehen werden, ihr wird das Gefühl, verantwortlich den Genesungsprozess des Patienten mitgestalten zu können, verwehrt.

Wie bereits erwähnt, wird das Patientengespräch als ein Arbeitsauftrag im Rahmen eines aufgegliederten Prozesses gesehen. Patientengespräche in solcher Form verhindern aber den Aufbau einer Beziehung zwischen Patient und Pflegekraft. Damit entfällt eine der wichtigsten Informationsquellen und, folgt man DYKES¹⁰¹, auch eine wichtige Kontrollinstanz. Eine im Kontext von Klinischen Behandlungspfaden angestrebte Patientenorientierung kann in der Funktionspflege nicht stattfinden.

Neben der schon erwähnten Schnittstellenproblematik bildet auch die Koordination der unterschiedlichen Teilarbeiten im Rahmen eines Behandlungspfades Schwierigkeiten im Funktionspflegesystem. Sie muss durch die patientenfern arbeitende Stationsschwester immer wieder neu vorgenommen werden. Unterlässt sie dies, bleibt unklar welche Pflegekraft für welche Aufgaben zuständig ist, da in einem Klinischen Behandlungspfad zwar die Berufsgruppen, nicht aber einzelne Personen als Aktionsträger festgelegt sind. Als Folge besteht die Gefahr, dass Aufgaben entweder gar nicht oder doppelt ausgeführt werden.

Funktionspflege ist damit als „Standardpflegesystem“ für Klinische Behandlungspfade aufgrund der beschriebenen Probleme ungeeignet, da es überflüssige Schnittstellen kreiert, die in der praktischen Versorgung tätigen Pflegekräfte von einer direkten Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst abhält und einer Integration des Patienten in seine Behandlung entgegensteht. Ob ganzheitliche Pflegesysteme, wie z.B. das Zimmerpflegesystem oder Primary Nursing mit dem Konzept Klinische Behandlungspfade kompatibel sind, soll im Folgenden geklärt werden.

¹⁰¹ Vgl. Dykes, Patricia, C; Wheeler, Kathleen: Critical Pathways, a.a.O., S. 47.

4.4.2 Ganzheitspflege

Folgt man der Auffassung, *das Ganze ist mehr als die Summe seiner Einzelteile*, und überträgt dies auf den Bereich der Krankenpflege, ist der Patient mehr als die Summe seiner Pflegeprobleme und Ressourcen, die Pflegekraft mehr als die Summe ihrer Einzellarbeitsleistungen, Pflege mehr als die Summe einzelner Arbeitsgänge. Eine derartige Anschauung liegt der ganzheitlichen Pflege zugrunde. Ganzheitliche Pflege ist gekennzeichnet durch vollständige Pflegeaufgaben, Patientenorientierung und Umsetzung des Pflegeprozessmodells¹⁰². Dabei wird „... der Patient mit seinen Bedürfnissen wahr- und ernstgenommen und als gleichberechtigter Partner im Pflegeprozess verstanden ...“¹⁰³.

Dennoch muss konstatiert werden, dass es *die Ganzheitspflege* nicht gibt. Vielmehr lassen sich einzelne Richtungen innerhalb einer ganzheitlichen Pflege identifizieren. Je nach Ausrichtung werden die Einheit von Körper, Seele und Geist, die Persönlichkeitsentwicklung des Patienten vor dessen jeweiliger Biographie oder aber der Mensch als Wesen in Abhängigkeit von seiner sozialen Umwelt betrachtet. Diese Betrachtungen aus verschiedenen Blickwinkeln können dabei durchaus kombiniert sein. Allen Betrachtungsweisen ist jedoch gemein, dass sie sich durch vollständige Pflegeaufgaben, hinreichende Patientenorientierung und die Umsetzung des Pflegeprozessmodells kennzeichnen.

Die am Pflegeprozess orientierte ganzheitliche Pflege ergänzt sich mit der auf den Gesamtbehandlungsprozess fokussierten Betrachtungsweise Klinischer Behandlungspfade. In beiden Systemen wird der Gesamtprozess nach wie vor in Teilprozesse untergliedert, jedoch folgt diese Untergliederung den Anforderungen des Gesamtprozesses und ist nicht so kleinschrittig wie im Rahmen der Funktionspflege. Insofern ist zu vermuten, dass sich Ganzheitspflege und Klinische Behandlungspfade sinnvoll ergänzen.

Allerdings sagt das Prinzip der Ganzheitspflege noch nichts über die Organisation der tatsächlich im Krankenhaus ausgeübten Pflege aus. ANDRASCHKO¹⁰⁴ ordnet dem Ganzheitspflegemodell *Stationspflege, Zimmerpflege, Individualpflege und Primary Nursing* zu. Wie unterschiedlich der Kompatibilitätsgrad dieser Pflegeor-

¹⁰² Vgl. Büssing, André: Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, André: Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege: Reorganisation von Dienstleistungen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1997. S. 25.

¹⁰³ Büssing, André: Neue Entwicklungen in der Krankenpflege, a.a.O., S. 24.

¹⁰⁴ Andraschko, Heinz-Gerd: Das System der Bezugspflege, a.a.O., S. 5.

ganisationsformen zum Konzept Klinische Behandlungspfade sein kann, wird im Folgenden an den beiden Organisationsformen Zimmerpflege und Primary Nursing verdeutlicht.

a) Zimmerpflege

Im System der Zimmerpflege sind die einzelnen Pflegekräfte der jeweiligen Stationsleitung sowohl fachlich wie auch disziplinarisch unterstellt. Der Pflegekraft sind einzelne Zimmer der Station und damit die in den Zimmern behandelten Patienten zugeordnet. Zwar führt die Pflegekraft „... alle notwendigen und geplanten Tätigkeiten an der ihr zugeordneten Patienten (Zimmer) durch“¹⁰⁵, doch ist im System Zimmerpflege der Aufenthaltsort des Patienten, nicht der Patient selbst das bestimmende Zuweisungskriterium (siehe Abb. 10). Wird der Patient aus organisatorischen Gründen in ein anderes Zimmer verlegt, wechselt auch die pflegerische Zuständigkeit. In der Regel ist die Zuordnungsdauer auf eine Dienstschicht begrenzt. Die Pflegekraft kann am nächsten Tag statt der Zimmer 1-3 die Zimmer 4-6 versorgen und damit neue Patienten versorgen. Auch wenn sie die ihr zugeordneten Patienten für den Zeitraum einer Dienstschicht jeweils ganzheitlich betreut, hat sie hier nur einen bedingten Einblick in den Gesamtprozess der Behandlung. Sie muss selbst immer wieder Informationen von anderen Kollegen einholen, um diese dann z.B. an den Stationsarzt weitergeben bzw. sich mit diesem austauschen zu können.

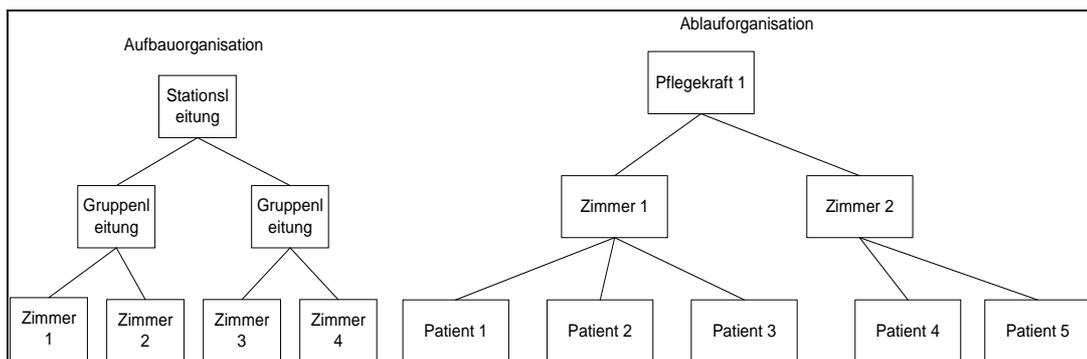


Abbildung 10: Aufbau- und Ablauforganisation im Zimmerpflegesystem¹⁰⁶

Betrachtet man die Rolle des Stationsarztes, so ist dieser in Bezug auf den Gesamtbehandlungsablauf am besten, wenn auch nicht optimal, informiert. Er ist derjenige, der den Patienten vom Beginn seiner Behandlung bis zu deren Ende im

¹⁰⁵ Andraschko, Heinz-Gerd: Das System der Bezugspflege, a.a.O., S. 5.

¹⁰⁶ Quelle: ebd.

Krankenhaus begleitet. Er erhebt die Anamnese, therapiert den Patienten und entlässt ihn. Allerdings darf, z.B. im Falle eines Chirurgen, davon ausgegangen werden, dass der Zeiteanteil, den ein Arzt mit dem Patienten verbringt, deutlich geringer ist, als der, den eine dem Patienten namentlich zugeordnete Pflegekraft mit ihm verbringen könnte und würde. Einen Patienten auf seinem „Weg“ durch das Krankenhaus zu begleiten bedarf eines höheren Zeitaufwandes, als ein Arzt aufzubringen in der Lage ist, und einer größeren Kontinuität, als die der dem Zimmerpflegesystem immanenten. Damit weist das Zimmerpflegesystem zwar eine höhere Kompatibilität mit Klinischen Behandlungspfaden auf, stellt aber noch nicht die ideale pflegerische Arbeitsform innerhalb Klinischer Behandlungspfade dar.

b) Primary Nursing

Primary Nursing wurde von MANTHEY als pflegerisches Versorgungssystem entwickelt. Es besteht aus vier Grundelementen:

- „1. Übertragung der persönlichen Verantwortung für das Treffen von Entscheidungen auf eine Person und deren Akzeptanz durch diese Person
2. tägliche Arbeitszuweisung nach der Fallmethode
3. direkte Kommunikation von Mensch zu Mensch
4. Übernahme der Verantwortung für die Qualität der für einen Patienten erbrachten Pflege durch eine Person, und zwar für 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche“¹⁰⁷.

Die Pflegekraft ist im System Primary Nursing sowohl Pflegeplanende als auch Pflegedurchführende, wodurch eine umfassende Pflege gewährleistet werden soll. Sie trägt die Verantwortung für die Einschätzung der individuellen Pflegesituation in Form einer Pflegeanamnese, aber auch für die Evaluation der von ihr in Zusammenarbeit mit dem Patienten geplanten Maßnahmen. Da sich die Verantwortung und Rechenschaftspflicht der Primary Nurse (PN) über 24 Stunden erstreckt, muss „... ihre Pflegeplanung proaktiv sein, damit die nachfolgenden Pflegenden auf diese Pflegeplanung zurückgreifen können“¹⁰⁸. Durch die Übernahme der Pflegeverantwortung für den Patienten vom Tag seiner Aufnahme bis zum Tag

¹⁰⁷ Manthey, Marie: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002. S. 61.

¹⁰⁸ Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.): Primary Nursing. Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2000. S. 7.

seiner Entlassung in Form der 24-Stunden-Rechenschaftspflicht, bleiben die Anweisungen der PN über den gesamten Zeitraum bestehen. Während ihrer Abwesenheit wird die Pflege des Patienten von Associate Nurses (ANs) gemäß der Pflegeplanung der PN durchgeführt. ANs dürfen von der Pflegeplanung nur bei einer akuten Veränderung des Zustandes des Patienten abweichen und müssen diese Veränderungen in der Pflege gegenüber der zurückkehrenden PN rechtfertigen. Damit unterliegen auch ANs der Rechenschaftspflicht. Primary Nursing legt die personelle Verantwortung in der Pflege offen und führt die Rechenschaftspflicht der PN ein. Sie muss ihre Entscheidungen, vor dem Hintergrund ihres pflegfachlichen Wissens, begründen. Die PN ist dem Patienten und allen anderen Berufsgruppen namentlich als für die Pflege dieses Patienten verantwortlich bekannt. Die Handlungen der einzelnen Pflegekraft können deshalb nicht nur nachvollziehbar, sondern auch überprüfbar und transparent werden.

Die PN kann die Verantwortung für die Pflege des Patienten von seiner Aufnahme bis zur Entlassung nur übernehmen, wenn sie über seinen jeweiligen Behandlungszustand gut informiert ist. MANTHEY sieht die direkte Kommunikation als Kernelement von Primary Nursing. Diese Kommunikation erfolgt nicht nur zwischen der PN und den ANs, sondern ist vielmehr eine multiprofessionelle Kommunikation¹⁰⁹ (siehe Abb. 11, S. 51). Die PN ist für „... die Kommunikation mit den anderen Mitgliedern des Gesundheitsteams verantwortlich, die entweder über Informationen verfügen, die sie braucht, oder Information brauchen, die sie hat“¹¹⁰. Damit wird die PN zu einer „Organisationszentrale“ im Sinne einer Schnittstellenkoordinatorin mit anderen Berufsgruppen. Sie erfasst alle notwendigen Informationen und leitet sie an den entsprechenden Adressaten (Patient, Arzt, Physio-, Ergotherapeut usw.) weiter. Voraussetzung für eine so gestaltete Tätigkeit ist allerdings ein ganzheitliches Pflegebild, da nur so Informationen vollständig sind und sich nicht lediglich auf einzelne Teilbereiche beschränken bzw. einzelne Bereiche vollständig ausblenden. Die Pflegekraft kann den Patienten so als „Lotse“ bei seinem „Weg“ durch die Institution Krankenhaus begleiten.

¹⁰⁹ Vgl.: Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 67.

¹¹⁰ Ebd.

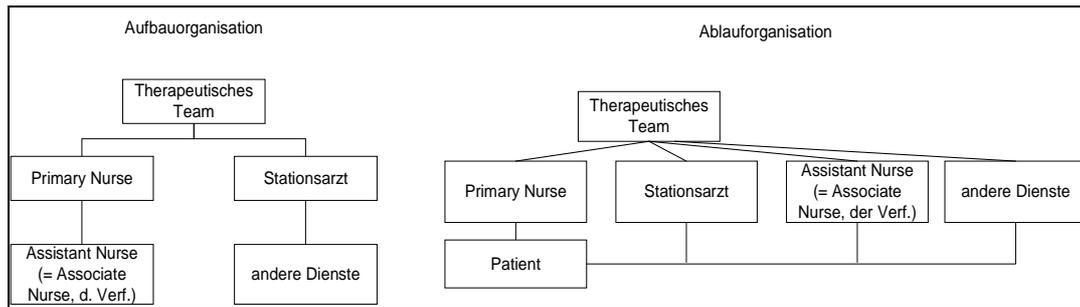


Abbildung 11: Aufbau- und Ablauforganisation des Primary Nursing¹¹¹

Im Gegensatz zur Zimmerpflege ist im System Primary Nursing der Patient das entscheidende Zuordnungskriterium. Wird ein Patient einer Pflegekraft zugewiesen, übernimmt diese alle pflegerischen Aufgaben, solange sie im Rahmen ihrer Qualifikation bleiben. Darf sie bestimmte Tätigkeiten nicht durchführen (z.B. das Anhängen einer bestimmten Infusion) bleibt sie dafür verantwortlich, dass jemand mit entsprechender Qualifikation diese Aufgabe erfüllt. MANTHEY bezeichnet die Methode der Patient-Pflegekraft-Zuordnung als *Fallmethode*, die in ihrem Ergebnis nicht mehr tätigkeits-, sondern patientenorientiert ist¹¹². Als Kriterien für eine sinnvolle Zuordnung nennt sie den „... besondere(n) Bedarf des Patienten ... (und) die Fähigkeiten und spezifischen Stärken des verfügbaren Personals“¹¹³. Wer für die Zuordnung der Pflegekräfte verantwortlich ist, lässt MANTHEY offen. Diese Zuordnung kann von der Stationsleitung vorgenommen werden, aber auch Selbstzuordnungen im Sinne von Scoring-Systemen¹¹⁴ sind möglich.

MANTHEY erklärt allerdings nicht, was geschehen soll, wenn die AN sich nicht nach den Vorgaben der PN richtet. Damit begründet Primary Nursing kein neues hierarchisches System, sondern lässt die PN in ein Dilemma geraten, da sie ihr keine Sanktionsmöglichkeiten gegenüber falsch oder nicht begründeten Planungsabweichungen gibt. Von der AN wird „... erwartet, die Anweisungen der primären Pflegekraft zu befolgen ...“¹¹⁵, die jedoch nicht über die Macht verfügt,

¹¹¹ Quelle: Andraschko, Heinz-Gerd: Das System der Bezugspflege, a.a.O., S. 5.

¹¹² Vgl. Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 64-67.

¹¹³ Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 65.

¹¹⁴ Ein solches Scoring-System könnte den Grad der Pflegebedürftigkeit der jeweiligen Patienten versuchen zu erfassen, um so die Überlastung einzelner als PN tätiger Pflegekräfte zu verhindern. Hätten die von der PN versorgten Patienten eine vorher festgelegt Gesamtpunktzahl erreicht, würde dem nächsten aufgenommenen Patienten eine andere Pflegekraft als PN zugeteilt. Ein solches System bräuchte nicht zwingend die Überwachung durch eine Stationsleitung im Sinne einer disziplinarischen Vorgesetzten. (Zum Versuch der Entwicklung eines Scoring-Systems in Deutschland, allerdings ohne Selbstzuweisung. Vgl. auch Stradmeyer, Peter: Primäre Zuständigkeit in der Pflege - oder auch: Mehr Verantwortung und Hierarchie wagen. In: Pflegezeitschrift 58 (2005) 1, Dokumentation Pflegemanagement, S.9.

¹¹⁵ Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 71.

diese im Konfliktfall auch durchzusetzen. Insofern trägt die PN zwar die Verantwortung, ist aber nicht mit den nötigen Kompetenzen ausgestattet dieser Verantwortung gerecht zu werden. Soll Primary Nursing in der Realität erfolgreich sein, muss die PN aber mit solchen Kompetenzen ausgestattet werden. Als pflegerische Pfadmanagerin können sie ihr übertragen werden. Dazu kann z.B. auch die Macht zur Versetzung einer AN zu einem anderen Patienten oder einer anderen PN gehören.

Werden der PN solche Kompetenzen, im Rahmen Klinischer Behandlungspfade übertragen, ist die Frage nach der notwendigen Qualifikation der Pflegekraft zu klären. MANTHEY geht davon aus, dass alle examinierten Pflegekräfte nach Ablauf eines Jahres in der Lage sein sollten, die Rolle der PN zu übernehmen¹¹⁶. Damit beruft sich das System „... mehr auf die persönlichen Qualitäten der Einzelnen als auf akademische Grade“¹¹⁷. Zieht man in Betracht, dass die PN nicht nur über hohe fachliche Kompetenzen, sondern im Konfliktfall auch über Führungsqualitäten verfügen muss, müssen die Vorstellungen MANTHEYS erweitert werden. Sie bergen ansonsten die Gefahr informeller Konfliktlösungsansätze. Pflegekräfte, die sich persönlich schätzen, kommunizieren miteinander. Gibt es persönliche Differenzen, wird einer Kommunikation aus dem Wege gegangen. Deshalb können die Qualitäten des Einzelnen, wie immer diese definiert und gemessen werden sollen, nicht das ausschlaggebende Qualifikationskriterium sein. Vielmehr müssen Grundkenntnisse und Fertigkeiten im Bereich von Personalführung und Konfliktlösung als Voraussetzungen zum Bekleiden der Funktion der PN verlangt werden. Der Verzicht auf eine anspruchsvolle, realistische und überprüfbare Qualifikation der PN kann schlussendlich dazu führen, dass die PN die Verantwortung für eine Pflege übernehmen soll, der sie nicht gerecht wird und die sie ggf. auch nicht kontrollieren kann.

Die Rolle der Stationsleitung hat sich im System Primary Nursing verändert¹¹⁸. Im Gegensatz zum Zimmerpflegesystem ist sie nicht mehr diejenige, die alle Fäden in

¹¹⁶ Vgl. Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 70-72. Allerdings sei darauf hingewiesen, dass sich amerikanische und deutsche Pflege voneinander unterscheiden. MANTHEY hat auf der einen Seite Pflegende mit akademischer Ausbildung vor Augen, denen sie solche ohne akademischen Hintergrund gegenüberstellt. Diese Trennung ist in Deutschland so nicht nachvollziehbar. Letztendlich kommt sie jedoch zu dem Schluss, dass auch begabte Krankenpflegehelferinnen die Rolle der PN übernehmen können, so dass eine akademische Ausbildung keine wesentliche Qualifikationsvoraussetzung darstellt.

¹¹⁷ Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 71.

¹¹⁸ Vgl. Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 72-78.

der Hand hält. Sie übt die klinische Leitung aus und ist für das Patientenmanagement verantwortlich. Sie hilft ihren Mitarbeitern bei Entscheidungen und ist zudem für die entsprechende Qualifikation der einzelnen Mitarbeiter zuständig. Entweder schult sie diese selbst oder sorgt für eine Fortbildung. Sie versucht, ihr eigenes Wissen zu vertiefen und ist damit selbst Lernende, die ihren Mitarbeitern als Vorbild dient. Sie überlässt die fachliche Entscheidungsbefugnis der PN. Zieht die Stationsleitung „... die Entscheidungsbefugnis, die von der Sache her der primären Pflegekraft zusteht ... wieder an sich, dann unterläuft sie das ganze System“¹¹⁹. Die Stationsleitung muss deshalb lernen, die pflegfachliche Verantwortung für den einzelnen Patienten an die PN abzugeben. Trotzdem trägt sie die pflegfachliche Gesamtverantwortung, was sie dazu zwingt, sich kontinuierlich weiterzubilden. Nicht zu Unrecht sieht MANTHEY deshalb im Rollenwechsel der Stationsleitung die „schwierigste Rollenänderung, die eine erfolgreiche Einführung des Primary Nursing voraussetzt“¹²⁰.

Primary Nursing und Klinische Behandlungspfade weisen eine hohe Kompatibilität auf. Der Fokus beider liegt auf dem Gesamtbehandlungsprozess, beiden Systemen ist Prozessplanung und -evaluation gemein und beide betonen die Verantwortung des klinisch tätigen Personals. Klinische Behandlungspfade begünstigen die Einführung von Primary Nursing und dem in Kapitel 3.4 vorgestellten EBN. Sie können deshalb großen Einfluss auf die Pflege in deutschen Krankenhäusern ausüben. Wie in Klinischen Behandlungspfaden die Rolle einer PN als Pfadmanagerin sowie deren Qualifikation aussehen könnten soll das nächste Kapitel darstellen.

4.5 Pflege als Prozessmanager

4.5.1 Die Rolle der Primary Nurse als Pfadmanagerin

Pflegekräfte stellen die größte Berufsgruppe im Krankenhaus dar. Sie übernehmen bei der Patientenversorgung schon jetzt Aufgaben, die weit über den originären pflegerischen Bereich hinausgehen und steuernd in den Behandlungsprozess eingreifen. Doch sind diese Prozesseingriffe nicht formal geregelt. „Schaut man genauer hin, handelt es sich eben nicht um eigenverantwortliche, steuernde und kontrollierende Einflussnahme auf den Prozess, sondern eher um eine kompensatorische

¹¹⁹ Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 75.

¹²⁰ Manthey, Marie: Primary Nursing, a.a.O., S. 72.

torische Funktion für schlechtes Management, beispielsweise bei Terminkollisionen zu vermitteln“¹²¹ Klinische Behandlungspfade versuchen diese für alle Beteiligten unbefriedigende Situation zu lösen, indem sie Zuständigkeiten klar beschreiben und festlegen. Damit eröffnen sie die Möglichkeit, demjenigen, der den Prozess bisher informell gemanagt hat, auch formal die entsprechenden Kompetenzen zuzuweisen. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich der Behandlungsprozess, neben seinen fachlichen Unterscheidungen in Medizin, Pflege und weitere an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen, auch in die Verantwortungsbereiche Therapie und Ablauforganisation unterteilen lässt. Klinische Behandlungspfade eröffnen die Möglichkeit, diese beiden Bereiche formal voneinander zu trennen und ihnen eigene Pfadverantwortliche im Sinne von Pfadmanagern zuzuweisen. Während Mediziner auch weiterhin die Therapieverantwortung tragen, kann die Organisationsverantwortung auf Pflegekräfte als Pfadmanager formal übertragen werden. Die formale Zuweisung ist durch den Pfadmanager, die Krankenhausleitung, durchzuführen. Sie stärkt damit sowohl die Funktion, als auch die Person des pflegerischen Pfadmanagers. Die Rolle der Pfadmanagerin kann von der PN übernommen werden. Dabei ist weniger entscheidend, dass sie der größten Berufsgruppe im Krankenhaus angehört, sondern vielmehr die Tatsache ausschlaggebend, dass sie „... den häufigsten, längsten und oft auch intensivsten Kontakt“¹²² mit dem Patienten hat und „... in viele direkte und indirekte patientenbezogene Leistungsprozesse involviert...“¹²³ ist. Damit hat die PN einen Überblick über die gesamte Behandlung des Patienten. Sie bündelt Information und leitet diese an die betreffenden Prozessbeteiligten, seien es der Patient, der Arzt oder z.B. der Sozialdienst weiter. Sie kann, aufgrund zeitlicher Zuordnungen innerhalb klinischer Behandlungspfade, in bestimmten Grenzen, selbständig über Terminverschiebungen bestimmen und so nicht nur den ärztlichen Dienst entlasten, sondern den Prozess auch sinnvoll steuern. Durch die entfallende Notwendigkeit der Rückversicherung bei einem Arzt, wird der Behandlungsprozess im Sinne eines Schnittstellenabbaus verbessert und unnötige Wartezeiten oder überflüssige Patiententransporte verhindert.

¹²¹ Dahlgaard, Knut; Strutmeyer, Peter: Kooperationsanforderungen an Medizin und Pflege im Krankenhaus der Zukunft. In: Das Krankenhaus 95 (2003) 2, S. 133.

¹²² Vgl. Strutmeyer, Peter: Primäre Zuständigkeit in der Pflege - oder auch: Mehr Verantwortung und Hierarchie wagen. In: Pflegezeitschrift 58 (2005) 1, Dokumentation Pflegemanagement, S. 5.

¹²³ Ebd.

Da die PN immer mehrere Patienten gleichzeitig versorgt, fallen ihr wiederkehrende Probleme schneller auf. Sie ist in der Lage Krankenhausrituale in Form von immer wiederkehrenden Pfadabweichungen als solche zu identifizieren. Dies sei am Beispiel einer Herzkatheteruntersuchung verdeutlicht. Einige Herzkatheterpatienten müssen nach der Untersuchung für eine Nacht zur Überwachung im Krankenhaus verbleiben. Vor und nach dieser Untersuchung muss der Patient nüchtern bleiben. Der Patient, von dem angenommen werden kann, dass er im Anschluss an die Untersuchung im Krankenhaus zur Überwachung verbleiben muss, wird am Morgen der Herzkatheteruntersuchung einbestellt, die Untersuchung aber erst am Mittag durchgeführt. Da der Patient auch im Anschluss an die Untersuchung noch für ca. 6 Stunden nüchtern bleiben muss, hat er in der Regel vom Vorabend bis ca. 17.00 Uhr des Untersuchungstages nichts zu essen bekommen. Da die Vorbereitung des Patienten, die Untersuchung und die anschließende Überwachung von verschiedenen Ärzten durchgeführt werden, fällt das Problem dieser Berufsgruppe nicht auf. Die PN, gemäß Definition verantwortlich für den Gesamtaufenthalt des Patienten, wird das Problem, z.B. an der verschlechterten Compliance solcher Patienten im Verlaufe des Nachmittags bemerken. Sie kann auf eine bessere Terminkoordination im Herzkatheterlabor drängen, die der Tatsache Rechnung trägt, diese Patienten grundsätzlich an erster Stelle zu untersuchen, um so die Zeit der Nahrungskarenz zu verkürzen. In Absprache mit dem Untersucher könnte dem Patienten allerdings auch erlaubt werden, eine Suppe zu sich zu nehmen, wenn absehbar ist, dass die Untersuchung erst verzögert durchgeführt werden kann. Die Beobachtungen der PN können so zur Anpassung des bestehenden Klinischen Behandlungspfades führen. Damit erfüllt sie zudem in idealer Weise die Voraussetzung Qualitätsmanagerin im Rahmen eines dezentralen Qualitätsmanagements.

Wie keine andere Berufsgruppe ist die Pflege in den organisatorischen Ablauf der Patientenbehandlung eingebunden. Bei jeder Blutentnahme sind z.B. Antragsformulare auszufüllen, die in der Regel vom Labor vorgegeben werden. Die Vorgaben richten sich dabei nach den Anforderungen des Labors. Sind Antragsformulare umständlich aufgebaut, so dass es zu Fehlanforderungen kommt, haben die Anwender bisher nur wenige Möglichkeiten, Einfluss auf eine Änderung der Formulare zu nehmen. Wird der Fokus auf die Patientenbehandlung gelegt, so wird

das Labor zum krankenhausinternen Dienstleister, der den Anforderungen seiner Kunden, in diesem Fall der PN als Prozessmanagerin, nachkommen muss. Eine weitere Aufgabe des Prozessmanagements besteht in der Aufrechterhaltung der Kommunikation innerhalb des Behandlungsprozess. Die PN fungiert dabei als „Schnittstelle“ zwischen Patient, Arzt und anderen Berufsgruppen. In dieser Funktion wirkt sich auf Seiten der Pflege der Anspruch Klinischer Behandlungspfade auf die berufsgruppenübergreifende Versorgung des Patienten aus. Dieser Anspruch kann in einer interdisziplinären Visite sehr gut umgesetzt werden. Dabei wird sich die tägliche Krankenvsichte in der Regel auf den Patienten, den behandelnden Arzt und die PN beschränken. Die PN wird die Visite als Instrument der Informationsvermittlung und -koordination nutzen, da die für die Behandlung ausschlaggebenden Personen anwesend sind. Da die Behandlung des Patienten im Krankenhaus von verschiedenen Berufsgruppen, d.h. multiprofessionell durchgeführt wird, ist davon auszugehen, dass sämtliche dieser Behandlungsbereiche auch während der Visite betroffen sind. Informationen und Ergebnisse aus diesen Behandlungsteilprozessen fließen entweder in die Visite ein oder sind von Entscheidungen, die in der Visite gefällt werden, betroffen. Die Visite stellt damit einen Informationspool sämtlicher an der Behandlung beteiligter Personen dar, obwohl nicht alle persönlich anwesend sind. Der mangelnde persönliche Kontakt, der zu unnötigen Übermittlungsmängeln und -fehlern führen kann, wird durch die „Kommunikationszentrale“ PN ausgeglichen (siehe Abb. 12). Wichtige Informationen, die den ärztlichen Dienst bisher gar nicht oder erst verzögert erreicht haben, bleiben so erhalten. Andererseits erhält auch die Pflege medizinische Informationen direkt. Beide Berufsgruppen tragen, neben anderen, einen Teil zur Genesung des Patienten bei und sind über die Installation einer interdisziplinären Visite besser über den Behandlungsverlauf informiert.

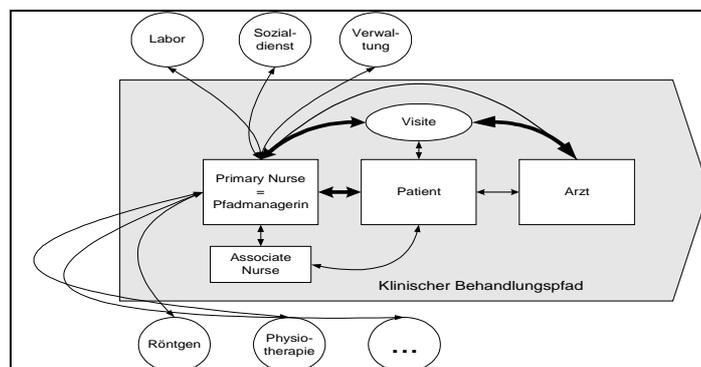


Abbildung 12: Die Pfadmanagerin als Kommunikationszentrale

Neben der Visite als Kooperationsinstrument ist der Klinische Behandlungspfad selbst durch seine interdisziplinäre Dokumentation ein weiteres wichtiges Kommunikationsinstrument. Da in ihm, interdisziplinär erarbeitet, die Aufgaben der einzelnen Aktionsträger festgelegt sind, entfällt die Notwendigkeit informeller Absprachen. Dies bedeutet nicht, dass die Vorgaben in jedem Fall, zu jeder Zeit zu erfüllen sind, doch gelten sie für den größten Teil der versorgten Patienten. So ist z.B. in vielen Krankenhäusern nur vage oder gar nicht geregelt, welche Berufsgruppe die Blutentnahmen durchführen soll. Ein Klinischer Behandlungspfad nimmt die eindeutige Zuweisung zu einer Berufsgruppe nach für den Patienten relevanten Maßgaben vor. Diese Vorgaben werden anschließend in der Praxis überprüft. Ist die Blutentnahme z.B. dem ärztlichen Dienst zugeordnet, so ist sie von diesem auch durchzuführen. Trotzdem können Situationen eintreten, in denen der Arzt verhindert ist. Es liegt in diesem Falle im gemeinsamen Verantwortungsbereich von PN und Arzt eine Blutentnahme sicherzustellen. Dieser Verantwortung kann schon bei der Pfaderstellung Rechnung getragen werden, indem die Blutentnahme in solchen Fällen an die PN delegiert wird. Sie kann sich aber auch in der Auswertung der Varianzen zeigen, wenn deutlich wird, dass es gehäuft immer wieder zu Pfadabweichungen in diesem Bereich kommt. Der Pfad ist dann zu ändern. Die Zuständigkeit für Blutentnahmen kann nach einer Anpassung des Pfades auf die Pflege übertragen werden. So ist es z.B. auf einer dem Verfasser bekannten Intensivstation zur Zeit üblich, die Blutentnahme morgens gegen 5.30 Uhr durch den Arzt des Nachtdienstes durchführen zu lassen, da dies einer der wenigen Zeitpunkte ist, zu dem der Arzt einen ausreichend großen Zeitkorridor zur Verfügung hat, um bei allen Patienten ($n=16-20$) die regelhafte Blutentnahme durchführen zu können. Die Patienten werden durch dieses Vorgehen unnötig in ihrem Schlaf gestört und haben dies auch schon zum Ausdruck gebracht. Im Sinne einer behandlungspfadassoziierten Patientenorientierung würde ein solches Vorgehen zu einer Pfadanpassung führen müssen, da es großen Einfluss auf das Befinden des Pfadhauptteilnehmers (des Patienten) hat. Bedenkt man, dass eine Pflegekraft auf dieser Intensivstation zwischen zwei und vier Patienten versorgt und dass das Labor regelhafte Blutentnahmen nicht vor 8.00 Uhr bearbeitet, wäre eine Zuweisung solcher Blutentnahmen an die Pflege wünschenswert. Die Tätigkeit wird dadurch auf mehrere Personen verteilt, wodurch sich die relative Gesamtdauer verkürzt. Blutentnahmen können so später durchgeführt werden, der Patient kann

seine Nachtruhe länger genießen. Diese Lösung scheidet zurzeit am anhaltenden Widerstand der Pflegekräfte, die ihren ärztlichen Kollegen unterstellen, eine wenig attraktive und zeitaufwändige Tätigkeit in den Bereich der Pflege verschieben zu wollen. Der Fokus Klinischer Behandlungsabläufe ist jedoch auf die Behandlung des Patienten und nicht auf die Ressentiments der einzelnen Berufsgruppen gerichtet. Damit ermöglichen Klinische Behandlungspfade eine Behandlung des Patienten, die nicht durch berufsständische Konflikte behindert wird.

Neben Medizin und Pflege sind auch andere Berufsgruppen in die Behandlung des Patienten involviert. Sollte die PN es für notwendig erachten, muss es ihr deshalb als Pfadmanagerin möglich sein, eine interdisziplinäre „Patientenkonferenz“ einzuberufen. Dies kann dann notwendig sein, wenn sich bei dem Patienten Probleme ergeben, die im Behandlungspfad nicht vorhergesehen wurden, zu deren Lösung es aber der persönlichen Zusammenarbeit mehrerer an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen bedarf. Solche Probleme müssen nicht zwingend medizinischer Natur sein. Im Rahmen der Entlassungsplanung können z.B. Terminprobleme bei der Versorgung mit einem Heimplatz auftauchen, die mit dem Sozialdienst des Krankenhauses geklärt werden müssen. In den Verlegungsprozess eines beatmeten Patienten in eine Rehabilitationseinrichtung sind verschiedene Berufsgruppen wie Medizin, Pflege, Physiotherapie und Sozialdienst innerhalb des Krankenhauses sowie die Rehabilitationseinrichtung außerhalb des Hauses involviert. Schöpft das Krankenhaus das Potential des Konzepts Klinischer Behandlungsabläufe aus, so wird es die PN als Pfadmanagerin autorisieren, die im Krankenhaus an der Behandlung Beteiligten zu einer gemeinsamen Zusammenkunft zu bestellen, da die PN den gesamten Behandlungsverlauf erfasst. Es ist deshalb sinnvoll, die Entlassungsplanung in ihren Verantwortungsbereich der Pfadmanagerin zu legen, da sie frühzeitig feststellen kann, ob sich Probleme ergeben, die der Klärung in einer „face-to-face“ Zusammenkunft aller am Behandlungsprozess beteiligter Teammitglieder bedürfen.

4.5.2 Die Etablierung einer neuen Pflegehierarchie

Ist eine PN als Prozessmanagerin formal etabliert, d.h. sind ihre Kompetenzen gegenüber anderen Berufsgruppen geklärt, müssen sich auch für das pflegerische Binnenverhältnis Konsequenzen ergeben. Eine PN, die ihre Autorität durch die Einführung eines neuen Behandlungsmanagements erlangt, wird diese nicht lange

halten können, wenn ihr innerhalb ihrer Berufsgruppe keine herausragende Position eingeräumt wird. Insofern wird eine Folge der Einführung Klinischer Behandlungsabläufe in Kombination mit Primary Nursing die Etablierung einer veränderten Pflegehierarchie sein müssen. Dabei muss der PN auf der einen Seite eine fachliche Weisungsbefugnis gegenüber der als Prozessmitarbeiterin fungierenden AN eingeräumt werden. Auf der anderen Seite müssen einer PN Instrumente zur Personalentwicklung zur Verfügung gestellt werden. Sie muss in Methoden der Personalführung, z.B. in Form berufsbegleitender Fortbildung, eingewiesen werden und benötigt einen Grundstock an didaktischen Fähigkeiten, um Wissen vermitteln zu können. Konfliktlösung besteht deshalb nicht einfach in der Zuordnung der AN zu einem neuen Patienten durch die PN, sondern in erster Linie in der Fortbildung der AN.

Trotzdem wird es Situationen geben, in denen eine AN berechtigter Kritik gegenüber nicht einsichtig ist. Dies kann sich gerade bei älteren Mitarbeitern als problematisch erweisen. Diese trennen sich manchmal schwer von lange praktizierten Ritualen und können Kritik gegenüber wenig einsichtig sein. Hat die PN in solchen Momenten keinerlei Sanktionsinstrumente, wird sie als Person, aber auch in ihrer Funktion, Respekt verlieren. Als Folge kann das gesamte System gefährdet sein. Sollte es der PN nicht gelingen, einen Konflikt mit einer AN zu lösen, muss sie sich deshalb auf die Unterstützung ihrer Stationsleitung verlassen können, der es möglich ist, arbeitsdisziplinarische Maßnahmen zu ergreifen. Insofern kann der Position von MANTHEY nicht gefolgt werden, wenn sie von der AN lediglich erwartet, dass sie den Anweisungen der PN folgt, die AN ist vielmehr zu verpflichten, dies zu tun.

Die PN trägt als Prozessmanagerin die Organisationsverantwortung für die Versorgung des Patienten innerhalb eines Klinischen Behandlungspfades. Sie trägt zudem die fachliche Verantwortung für Durchführung und Planung und damit für die Qualität der Pflege. Kompetenzen, die bisher in den Bereich der Stationsleitung gefallen sind auf die Pfadmanagerin übertragen worden. Aus diesem Grunde sollte sich langfristig auch das Verhältnis zwischen Stationsleitung und PN ändern. Eine Stationsleitung kann sich, im Rahmen Klinischer Behandlungspfade, der strategischen Planung der Station widmen. Sie wird für den reibungslosen Ablauf der anfallenden Pflege im Sinne einer ausreichenden Anzahl von Pflegekräften und deren Qualifikation verantwortlich sein. Einen weiteren Schwerpunkt ihrer Arbeit

bildet die kontinuierliche Weiterentwicklung des Personals. Dazu wird sie, neben persönlichen Gesprächen mit den Pflegekräften, Schulungen anbieten oder organisieren müssen. Sie wird auch weiterhin die fachliche Verantwortung für die Pflegequalität tragen, doch sich diese stärker als bisher durch kontinuierliches Lernen erhalten müssen, da ihr mit den PN fachlich hoch qualifizierte und kompetente Mitarbeiter unterstellt sind. Deshalb muss die Arbeit in der direkten Pflege ein fester Bestandteil der Tätigkeit einer Stationsleitung sein. Er könnte z.B. bei ca. 30% ihrer Arbeitszeit liegen. Die direkte Pflege wird sie in der Funktion einer AN durchführen, da ihre klinische Präsenz nicht ausreichend ist, den Patient vom Beginn bis zum Ende seiner Behandlung zu begleiten. Damit ist sie in der Arbeitssituation der direkten Pflege eines bestimmten Patienten der PN zunächst fachlich unterstellt. Sie kann weder Pflegeplanung, noch Durchführung der Pflege aufgrund der Tatsache, dass sie die Rolle der Stationsleitung inne hat verändern, sondern ist denselben Regeln unterworfen, wie andere ANs auch.

Es ist vorstellbar die Rolle der Stationsleitung der eines Oberarztes anzugleichen. Sie wäre dann für mehrere Stationen (in Abhängigkeit von der Größe einer einzelnen Station) zuständig. Über die klinische Tätigkeit bliebe ihre Fachlichkeit erhalten, die Verantwortung für mehrere Stationen, würde ihren Blick für die Gesamtbelange des Krankenhauses schärfen. Sie wäre in der Lage die Pflege der einzelnen Station zu vergleichen. In dieser Form ist ihre Tätigkeit mit der einer Abteilungsleitung im heutigen Sinne vergleichbar, allerdings unter Erhalt ihrer fachlichen Kompetenz. Die Leitung der direkten Pflege ist der PN für die von ihr betreuten Patienten anvertraut. In einem solchen System ist zunächst, mit der Etablierung der Pfadmanagerin eine neue Hierarchiestufe geschaffen worden. Die Neugestaltung der Rolle der Stationsleitung siedelt diese jetzt aber auf Ebene der Abteilungsleitung an, so dass die Position der Abteilungsleitung in ihrer jetzigen Ausgestaltung entfallen kann.

Diese veränderte, sich auf Fachlichkeit gründende, Pflegehierarchie stellt neue Anforderungen an Pflegekräfte. Sie werden, neben pflegerischen und medizinischen Kenntnissen, auch über solche aus dem Bereich der Personalführung und der Gesundheitsökonomie verfügen müssen. Nicht alle Pflegekräfte werden diese Voraussetzung erfüllen können und wollen. Deshalb bietet gerade für sie eine fachlich begründete Hierarchie die Chance sich zu orientieren und sich in ihrem weiteren Berufsleben zu entwickeln. Klinische Behandlungspfade aber benötigen

in der Position der Pfadmanagerin qualifizierte Pflegekräfte, für deren Qualifikation im bisherigen System pflegerischer Aus- und Weiterbildung noch nicht ausreichend Strukturen geschaffen sind.

4.5.3 Qualifikationsvoraussetzungen einer Pfadmanagerin

Da die Aufgabe der PN als Pfadmanagerin neben der direkten Pflege des Patienten auch die Steuerung des Versorgungsprozesses beinhaltet, nimmt sie direkt Einfluss auf Qualität und Kosten der Krankenhausversorgung. Sie ist außerdem in die Ausbildung ihrer Kollegen involviert, indem sie ANs anleitet und kontrolliert und muss Konflikte erkennen und in der Lage sein, diese zu lösen.

Momentan gibt es in Deutschland keine formalen Voraussetzungen für die Position einer PN als Pfadmanagerin. Soll die multiprofessionelle Zusammenarbeit nicht eine bloße Worthülse bleiben, muss zunächst Pflege in die Lage versetzt werden auf einer Ebene mit Medizin zu agieren. Tatsächlich aber handelt es sich bei der Medizin um eine *Profession*. Ärzte verfügen „... über eine lange akademische Ausbildung, haben eine Standesordnung, geben sich ethische Richtlinien und verfügen über eigene Richtlinien“¹²⁴. Pflege hingegen wird den medizinischen Hilfsberufen zugeordnet. Deshalb erscheint eine Akademisierung von Pflege sinnvoll. Viele der oben genannten Qualifikationsanforderungen werden in der immer größer werdenden Zahl deutscher Pflegestudiengänge vermittelt, die allerdings häufig von Studierenden noch als eine Form der Fort- und Weiterbildung betrachtet werden. Trotzdem wird mit der Zunahme solcher Studiengänge die Zahl akademisch gebildeter Pflegekräfte zunehmen. Diese haben zum großen Teil eine Berufsausbildung im Bereich der Pflege abgeschlossen und verfügen deshalb, neben ihrer akademischen Bildung, auch über praktische Erfahrungen. Sie stellen eine geeignete Gruppe für die Position des Pfadmanagements dar. Ihre akademische Erfahrung kann in die Erstellung und Kontrolle Klinischer Behandlungspfade einfließen. Es ist allerdings zu vermuten, dass Abgänger deutscher Hochschulen nicht aus rein altruistischen Gründen die Position eines Pflegemanagers anstreben würden. Nicht nur, aber auch deshalb, kann es sinnvoll sein, die Position der PN als Pfadmanagers hierarchisch über der einer AN als Pfadmitarbeiterin anzusiedeln und die PN mit größeren Machtbefugnissen auszustatten.

¹²⁴ Kesselring, Annemarie: Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. In: Pflege 18 (2005) 3, S. 143.

Ein grundlegenderer Weg besteht in der Reformierung der Krankenpflegeausbildung. Bisher findet diese an Krankenpflegeschulen statt. Die Lehrenden sind in den meisten Fällen Pflegekräfte, die ihre Qualifikation zu lehren über berufsbegleitende Weiterbildungen erhalten haben. Erst langsam wird der Unterricht an diesen Schulen von Lehrkräften, die ein Pflegepädagogikstudium absolviert haben, übernommen. Vorstellbar wäre, ähnlich wie in angelsächsischen Ländern, eine Form der Ausbildung zu etablieren, die die Möglichkeit eines akademischen Abschlusses, z.B. in Form eines Bachelors enthält. Die Abgänger eines solchen Ausbildungswegs könnten die Position des Pflegemanagers übernehmen, da die entscheidenden Qualifikationen schon in der Ausbildung vermittelt würden.

Daneben sollte eine Pfadmanagerin aber immer auch die Persönlichkeit besitzen eine solche Position bekleiden zu können. Sie muss nicht nur Kritik erteilen können, sondern selbst auch kritikfähig sein und darüber hinaus eine Bereitschaft zu lebenslangem Lernen haben, will sie immer auf dem neusten Stand pflegerischer Wissenschaft und Erkenntnisse bleiben. Sie ist Vorbild für ihre Kollegen, d.h. dass sie von diesen ständig beobachtet wird. Neben hoher Fachkompetenz werden an sie also auch Anforderungen aus dem Bereich der Management- und Personalführung gestellt. Bedenkt man, dass Klinische Behandlungspfade eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der Berufsgruppe Pflege und Medizin als Behandlungsteam fordern, ist auch ein verändertes Verständnis der Pflege gegenüber der Medizin entscheidend. Eine PN muss in der Lage sein, „... die aufgebaute Frontstellung gegenüber dem ärztlichen Bereich aufzugeben und selbstbewusst ... die Kooperation suchen“¹²⁵.

5 Zusammenfassung und Diskussion

Klinische Behandlungspfade sind ein Instrument zur Standardisierung diagnosebezogener Behandlungsprozesse im Krankenhaus. Die Idee der Etablierung Klinischer Behandlungspfade entstammt medizinischen und ökonomischen Überlegungen. Damit verbunden ist die „...Gefahr, dass genau diese beiden Perspekti-

¹²⁵ Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperationsanforderungen an Medizin und Pflege, a.a.O., S. 136.

ven alle weiteren Schritte und Entscheidungen dominieren“¹²⁶. Mit dieser Dominanz ist das Risiko verbunden, dass der Pflegebedarf des Patienten, der „...sich in beachtlichem Umfang nicht aus der Erkrankung direkt, sondern aus deren Folgen für das betroffenen Individuum und seine Angehörigen ergibt“¹²⁷, unberücksichtigt bleibt. Umso wichtiger ist es, dass Pflege sich aktiv mit diesem Instrument auseinandersetzt. Im deutschsprachigen Raum lassen sich bisher allerdings nur wenige Publikationen identifizieren, die sich mit Klinischen Behandlungspfaden aus pflegerischer Perspektive befassen. In einer nicht repräsentativen, vom Autor in Medline¹²⁸ durchgeführten Literatursuche mit den Begriffen *Clinical Pathways*, *Critical Pathways*, *Behandlungspfade*, *Klinische Behandlungspfade* konnte lediglich eine relevante Publikation identifiziert werden. Die Suche mit den gleichen Begriffen im Archiv der Zeitschrift *Pflege* ergab einen Treffer, im Archiv der Zeitschrift *Pflege Zeitschrift* fünf Treffer, von denen sich einer als relevant erwies. Im Archiv der Zeitschrift *Pflege Aktuell* resultierte die Suche in einen relevanten Treffer.

Ein Aufruf des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) stützt die Hypothese, dass die Pflege das Konzept Klinischer Behandlungspfade bisher kaum wahrgenommen hat. Dort sucht der DBfK Beiträge zu dem Thema „Rolle und Aufgabe der Pflege bei der Verkürzung klinischer Pfade“¹²⁹, um als Berufsverband Konzepte und Erfahrungen zu sammeln.

Diese Arbeit hat dargelegt, dass Klinische Behandlungspfade große Auswirkungen auf die Pflege haben. Diese liegen in der, für die Pflege nicht neuen, Standardisierung auch pflegerischer Behandlungsabläufe. Waren Pflegestandards bisher monodisziplinär ausgearbeitete Verfahrensanweisungen, denen es häufig an wissenschaftlicher Fundierung fehlte, sind Klinische Behandlungspfade das Gegenteil. Sie entstehen in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit der Medizin und fordern auch von der Pflege eine wissenschaftliche Basis ein. Damit wird Pflege aufgefordert, ihre Behandlungsmethoden, die bisher eher tradiertem, aber wenig wissen-

¹²⁶ Hellige, Barbara; Stemmer, Renate: Klinische Behandlungspfade: Ein Weg zur Integration von standardisierter Behandlungsplanung und Patientenorientierung. In: *Pflege* 18 (2005) 3, S. 179.

¹²⁷ Ebd.

¹²⁸ Bei Medline handelt es sich um eine über das Internet zugängliche Literaturdatenbank, in der Veröffentlichungen aus allen Bereichen der Medizin, der Zahn- und Tiermedizin, sowie der Psychologie und des öffentlichen Gesundheitswesens recherchiert werden können. Zurzeit sind ca. 4500 internationale Zeitschriften in die Datenbank aufgenommen.

Die Zugriffe auf Medline und die genannten Archive der Pflegezeitschriften wurden am 22.06.2005 durchgeführt.

¹²⁹ DBfK: Info. In: *Pflege Aktuell* 59 (2005) Februar 2005, S. 92.

schaftlich belegtem Wissen entstammen, zu begründen. Dies stellt neue Anforderungen an Pflegekräfte dar, die ihre Position gegenüber der Medizin nicht nur begründen, sondern auch vertreten können müssen. Gelingt ihnen dies nicht, besteht die Gefahr der unreflektierten Übernahme medizinischer Grundannahmen von Pflege und damit die Ausrichtung der Pflege an einem stark naturwissenschaftlich geprägten Behandlungsverständnis. Sollen Klinische Behandlungspfade nicht nur aus medizinischer Sicht erfolgreich sein, muss Pflege lernen sich selbst kritisch zu hinterfragen und aus dieser Selbstreflexion fundierte Erkenntnisse ziehen, die dann selbstbewusst in die Erstellung von Klinischen Behandlungspfaden zum Wohl des Patienten eingebracht werden können. Diese Qualitätssteigerung der Patientenversorgung kann im Rahmen Klinischer Behandlungspfade über ein zentrales oder dezentrales Qualitätsmanagement erreicht werden. EBN kann im Kontext dieser qualitätsorientierten Betrachtungsweise als ein wichtiges Instrument betrachtet werden. Um Pflegende in die Lage zu versetzen den veränderten Anforderungen im Rahmen Klinischer Behandlungspfade gerecht zu werden, bedarf es einer akademischen Ausbildung, wenigstens von Teilen der Pflegenden, die kritisches Denken und wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege initiiert.

Die Standardisierung von Behandlungsabläufen im Sinne Klinischer Behandlungspfade stellt für die Pflege eine Chance dar. Sie ist notwendig, da auch Pflege sich im Spannungsfeld zwischen Qualität und Kosten im deutschen Gesundheitswesen bewegt. Das SGB V hebt in Paragraph 12 auf die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen ab und sichert dem Patienten die notwendige, keinesfalls optimale Behandlung zu. Diese Rationierung von Gesundheitsleistungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung findet ihre Begründung schlussendlich in der Solidarität aller Versicherten und in der Tatsache, dass deren finanzielle Mittel beschränkt sind. Die Individualität tritt damit im System der gesetzlichen Krankenversicherung hinter der Solidarität zurück. Pflege hat, ebenso wie Medizin, eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung, die im sinnvollen Einsatz knapper, beschränkter finanzieller Ressourcen besteht. Dies legt nahe, die Behandlung, wo immer es möglich ist, zu standardisieren, um allen Patienten die gleiche Pflege zukommen zu lassen. Dort wo aufgrund der besonderen Erfordernisse des Patienten, und nicht bedingt durch persönliche Vorlieben der Pflegekraft, vom Standard abgewichen wird, ist dies begründet zugelassen. Damit erhält die Pflege die Chance, aufwändige, aber durch den Patienten beding-

te Behandlungsmaßnahmen begründet durchzuführen und transparent zu machen.

In der praktischen klinischen Arbeit kann die Pflegekraft die Rolle der Pfadmanagerin einnehmen. Die beste Grundvoraussetzung hierzu ist die Etablierung einer ganzheitlichen Pflegeorganisationsform, wie dem *Primary Nursing*. Die Anforderungen an die PN als Prozessmanagerin sind dabei höher als die, die an die derzeit tätigen Pflegekräfte gestellt werden. Die Prozessmanagerin trägt im Konzept Klinische Behandlungspfade die organisatorische Verantwortung für den Gesamtbehandlungsprozess, ist aber zugleich auch die fachlich Verantwortliche für den pflegerischen Teil des Klinischen Behandlungspfades. Sie wird deshalb weiterhin aktiv in der klinischen Arbeit tätig sein müssen, um sich ihre Fachkompetenz zu erhalten. Daneben wird sie diese aber auch durch ständiges Lernen erweitern müssen. Sie ist allen anderen am Behandlungsprozess Beteiligten namentlich bekannt und wird damit als Individuum identifizierbar. Es ist anzunehmen, dass sich nicht alle Pflegekräfte in eine solche Rolle begeben möchten. Die Etablierung einer neuen, auf Fachkompetenz beruhenden Pflegehierarchie scheint deshalb notwendig zu sein. Pflegekräfte, die sich in der Position der Prozessmanagerin befinden, sollten über erweiterte Kompetenzen Anerkennung finden, da sich andernfalls die Zunahme an Verantwortung bei fehlender Kompetenzerweiterung als Ausgangspunkt für Frustrationen erweisen kann, der gerade befähigte Pflegekräfte zur Berufsaufgabe verleitet.

Die Befähigung zur Pfadmanagerin kann durch eine Veränderung der Krankenpflegeausbildung erzielt werden. Die Krankenpflegeausbildung kann, z.B. in Zusammenarbeit mit Fachhochschulen, als Option einen akademischen Anteil beinhalten. So ausgebildete Pflegekräfte wären in der Lage, die Position einer Prozessmanagerin in der Behandlung des Patienten einzunehmen. Einzelne Pilotprojekte zu einer solchen Ausbildungsreform werden zurzeit in Deutschland schon diskutiert.

Ob die in dieser Arbeit beschriebenen Folgen tatsächlich eintreten, muss allerdings noch durch begleitende Forschungsprojekte evaluiert werden. Bisher lassen sich Erfahrungen mit Klinischen Behandlungsabläufen nur sehr vereinzelt finden. Diese Erkenntnisse beruhen zumeist auf den Erfahrungen Einzelner und nicht auf systematischen Evaluationen und stammen aus dem angelsächsischen Raum. Danach fördern Klinische Behandlungspfade die Kommunikation zwischen den

Teammitgliedern und senken die Verweildauer des Patienten im Krankenhaus¹³⁰. De LUC¹³¹ sieht als Ergebnis einer von ihr durchgeführten Studie, die Vorteile von Klinischen Behandlungspfaden vor allem in deren Entwicklung. In dieser Phase würden die meisten Veränderungen und Fortschritte, auch in Bezug auf eine Teamentwicklung erzielt. Allerdings bereite die Praxis Klinischer Behandlungspfade große Probleme in Bezug auf deren Überwachung. ATWAL¹³² hingegen kommt nach ihrer Untersuchung zu dem Ergebnis, dass es nur wenige Hinweise darauf gäbe, dass Klinische Behandlungspfade die interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation steigern würden. Wissenschaftliche Evaluationen Klinischer Behandlungspfade aus Deutschland konnten nicht nachgewiesen werden.

Klinische Behandlungspfade bieten das Potential, die Krankenhausbehandlung für den Patienten durch ein Mehr an Transparenz und das Ausschöpfen medizinisch/pflegerischer Effizienzreserven zu verbessern. Sie bieten der Pflege die Möglichkeit, ihre Position im Krankenhaus darzulegen und begründen. Dabei sollte sich die Pflege nicht mit dem Hinweis auf die Unmöglichkeit der Standardisierbarkeit pflegerischer Leistungen verweigern, da sie sich, wie auch die Medizin, im Rahmen eines zu über 90% solidarisch finanzierten Gesundheitswesens bewegt und dies auch zur Kenntnis nehmen muss. Die aktive Auseinandersetzung mit Klinischen Behandlungspfaden kann vielmehr zu einer Stärkung der pflegerischen Position im Krankenhaus im Sinne einer Zusammenarbeit auf gleicher Ebene mit der Medizin führen und damit die Behandlung des Patienten verbessern. Schlussendlich muss diese Behandlungsverbesserung, unabhängig jeder Professionalisierungsdiskussion, das Ziel sämtlicher pflegerischer Bemühungen sein.

¹³⁰ Vgl. Ellis, Brian: Interdisziplinäre Versorgungspfade in der Urologie. In: Johnson, Sue (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade, a.a.O. S. 80-84.

¹³¹ De Luc, Kathryn: Care pathways: an evaluation of their effectiveness. In: Journal of Advanced Nursing 32 (2000) 2, S. 496.

¹³² Atwal, Anita; Caldwell, Kay: Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 16 (2002) 4, S. 360.

6 Literaturverzeichnis

- Abt, Judith: In der Praxis lernen. In: Holenstein, Hildegard (Hrsg.): Spielräume in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 1997.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung "äzq" (Gemeinschaftseinrichtung von BÄK und KBV): Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. 2. Aufl. 2001. Als pdf- Datei unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/Manual.htm>, letzter Zugriff am 26.06.2005.
- Andraschko, Heinz-Gerd: Das System der Bezugspflege. In: Pflegezeitschrift 49 (1996) 12, Beilage Pflegedokumentation, S. 1-12.
- Atwal, Anita; Caldwell, Kay: Do multidisciplinary integrated care pathways improve interprofessional collaboration? In: Scandinavian Journal of Caring Sciences 16 (2002) 4, S. 360-367.
- Bachmann-Mettler, Irène: Professionelle Erfahrung erwerben. In: Holenstein, Hildegard (Hrsg.): Spielräume in der Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 1997.
- Benner, Patricia; Tanner, Christine, A.; Chesla, Catherine: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2000.
- Behrens, Johann; Langer, Gero: Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2004.
- Berger, Katrin: Behandlungspfade als Managementinstrument im Krankenhaus. In: Greiling, Michael (Hrsg.): Pfade durch das Klinische Prozessmanagement. Methodik und aktuelle Diskussionen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2004.
- Bischoff, Claudia: Zukunftschance Zusammenarbeit – Die Dynamik von Theorie und Praxis in der Krankenpflegeausbildung. In: Pflegepädagogik (1993) 2, S. 8-15.
- Brandenburg, Hermann; Dorschner, Stephan: Pflegewissenschaft I. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2003.
- Brockhaus Enzyklopädie, 19. völlig neu bearbeitete Aufl. Mannheim: Brockhaus 1995.
- Büssing, André: Neue Entwicklungen in der Krankenpflege. Reorganisation von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege. In: Büssing, André (Hrsg.): Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege: Reorganisation von Dienstleistungen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1997, S. 15-48.
- Chinn, Pegg L.; Kramer, Maeona K.: Pflegetheorie. Konzepte - Kontext - Kritik. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby 1996.

- Dahlgaard, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperationsanforderungen an Medizin und Pflege im Krankenhaus der Zukunft. In: Das Krankenhaus 95 (2003) 2, S. 131-138.
- Darmann, Ingrid: Anforderungen der Pflegeberufswirklichkeit an die kommunikative Kompetenz von Pflegekräften. In: Pflege 13 (2000) 4, S.219-225.
- DBfK: Info. In: Pflege Aktuell 59 (2005) Februar 2005, S. 92.
- De Luc, Kathryn: Care pathways: an evaluation of their effectiveness. In: Journal of Advanced Nursing 32 (2000) 2, S. 485-496.
- Donabedian, Avedis: Explorations in quality assesment and monitoring. Vol. 1: The definitions of quality and approaches to ist assessment. Ann Arbor: Health Administration Press 1980.
- Dreyfus, Hubert L.; Dreyfus, Stuart E.: Kompetenzerwerb im Wechselspiel von Theorie und Praxis. In: Benner, Patricia; Tanner, Christine, A.; Chesla, Catherine: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2000.
- Dykes, Patricia C., Wheeler, Kathleen (Hrsg.): Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade. DRG-Management-Instrumente. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002.
- Elkeles, Thomas: Kritik an der Funktionspflege. In: Büssing, André: Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege: Reorganisation von Dienstleistungen im Krankenhaus. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie 1997, S. 49-63.
- Ellis, Brian: Interdisziplinäre Versorgungspfade in der Urologie. In: Johnson, Sue (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade, In: Johnson, Sue (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade. Pathways of Care.1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002, S. 71-85.
- Ersser, Steven; Tutton, Elizabeth (Hrsg.): Primary Nursing. Grundlagen und Anwendungen eines patientenorientierten Pflegesystems. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2000.
- Feinen, Rainer: Patientenbezogene Organisation von Behandlungsprozessen. In: Eichhorn, Siegfried; Schmidt-Rettig, Barbara (Hrsg.): Profitcenter und Prozessorganisation: Optimierung von Budget, Arbeitsprozessen und Qualität. Stuttgart: Kohlhammer 1999.
- French, Peter: The developement of evidence based nursing. In: Journal of Advanced Nursing 29 (1999) 1, S. 72-78.
- German Center for Evidence based Nursing: Beurteilungshilfen. <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>, letzter Zugriff am 22.06.2005.
- Greulich, Andreas; Thiele, Günther; Thiex-Kreye, Monika: Prozessmanagement im Krankenhaus. Heidelberg: R. v. Decker`s Verlag 1997.
- Gross, Dorothea: Evidence Based Nursing – der umfassende Begriff. In: Pflege 17 (2004) 3, S. 196-207.

- Görres, Stefan: Pflegewissenschaft: Herausforderung für die Forschung - Innovation für die Praxis. In: Görres, Stefan u.a. (Hrsg.): Pflegewissenschaft in der Bundesrepublik Deutschland. Bremen: Altera-Verlag 1996.
- Görres, Stefan u.a.: Evaluation pflegewissenschaftlicher Studiengänge in Deutschland. Ein Pilotprojekt zum gegenwärtigen Stand und zukünftigen Entwicklungsperspektiven. In: Pflege 13 (2000) 1, S. 33-41.
- Hajen, Leonhard, Paetow, Holger, Schumacher, Harald: Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer 2000.
- Hellige, Barbara; Stemmer, Renate: Klinische Behandlungspfade: Ein Weg zur Integration von standardisierter Behandlungsplanung und Patientenorientierung. In: Pflege 18 (2005) 3, S. 176-186.
- Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade – Clinical Pathways. Konzepte, Umsetzungen, Erfahrungen. Landsberg/Lech: ecomed 2002.
- Hellmann, W.: Wettbewerb der Instrumente. In: Klinik Management Aktuell 84 (2003) 6, S. 52-54.
- Henke, Inge: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege. In: Görres, Stefan u.a.: Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002.
- Hildebrandt, R.: Ziele und Nutzen Klinischer Pfade. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Praxis Klinischer Pfade. Viele Wege führen zum Ziel. Landsberg/Lech: ecomed 2003.
- Holler, Thomas u.a.: Praktische Pfadarbeit – Konstruktion, Implementierung und Controlling von Patientenpfaden. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade – Clinical Pathways. Konzepte, Umsetzungen, Erfahrungen. Landsberg/Lech: ecomed 2002.
- Holler, Thomas u.a.: Patientenpfade (Clinical Pathways) im DRG-Kontext – Erfahrungen aus der Schweiz. In: Burk, Rainer; Hellmann, Wolfgang: Krankenhausmanagement für Ärztinnen und Ärzte. Landsberg: ecomed 2001, 1. Erg.-Lfg.2/2002, V3, S. 1-20.
- Johnson, Sue (Hrsg.): Interdisziplinäre Versorgungspfade. Pathways of Care. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002.
- Kerres, Martin; Lohmann, Heinz: Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung. Wien: Überreuther 1999.
- Kesselring, Annemarie: Praxiserfahrung als Quelle des Lernens. Krankenpflege, Soins Infirmiers Bd.3 (1993) 8, S. 17-22.
- Kesselring, Annemarie: Interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Pflege. In: Pflege 18 (2005) 3, S. 143-145.
- Lomas, Jonathan L. u.a.: DO PRACTICE GUIDELINES GUIDE PRACTICE? The Effect of a Consensus Statement on the Practice of Physicians. In: The New England Journal of Medicine 312 (1989) 19, S. 1306-1311.
- Manthey, Marie: Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2002.

- Neubauer, Günther; Nowy, Roland: Ergebnisqualität durch Leistungstransparenz für Krankenhausleistungen. In: Büssing, André; Glaser, Jürgen: Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus. Göttingen: Hogrefe 2003. S. 271-286.
- Neuweg, Georg Hans: Könnerschaft und implizites Wissen. Zu lehrerlerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michal Polanyis. 2. korr. Aufl. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann 2001 (= Internationale Hochschulschriften, Bd. 311).
- Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im DIN Deutsches Institut für Normung: DIN EN ISO 9004. Berlin: 2000.
- Notter, Lucille E.; Hott, Jaqueline R.: Grundlagen der Pflegeforschung. 2. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 1994.
- Paeger, A.; Zimmer, O.; Budde A.: Implementierung von Indikationspfaden in deutschen Krankenhäusern – Zielsetzungen, praktische Arbeit, Ergebnisse. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade – Clinical Pathways. Konzepte, Umsetzungen, Erfahrungen. Landsberg/Lech: ecomed 2002.
- Roeder, Norbert u.a.: Instrumente zur Behandlungsoptimierung. Klinische Behandlungspfade. In: Der Chirurg 74 (2003) 12, S. 1149-1155.
- Roeder, Norbert: Klinische Behandlungspfade: Erfolgreich durch Standardisierung. In: f&w 19 (2002) 5, S. 462-464.
- Roes, Martina: Wissenstransfer in der Pflege. Neues Lernen in der Pflegepraxis. 1. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Huber 2004.
- Sackett, David L. u.a.: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. British Medical Journal 312 (1996) 13 January, S. 71-72.
- Schlömer, Gabriele: Evidence-based nursing. In: Pflege 13 (2000) 1, S. 47-52.
- Scheu, Chrisitan: Klinische Pfade im Evangelischen Krankenhaus Oberhausen (EKO) – Tipps zur Umsetzung auf der Grundlage eigener Erfahrungen. In: Hellmann, Wolfgang (Hrsg.): Klinische Pfade – Clinical Pathways. Konzepte, Umsetzungen, Erfahrungen. Landsberg/Lech: ecomed 2002
- Schwing, Claus.: Reizwort Clinical Pathways. In: Klinikmanagement Aktuell, 82 (2001) 10, S. 8-19.
- Schwing, Claus: Klinische Behandlungspfade. In: krankenhauseinschau, 73 (2004) 1, S. 52-54.
- Stratmeyer, Peter: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim und München: Juventa-Verlag 2002.
- Stratmeyer, Peter: Primäre Zuständigkeit in der Pflege - oder auch: Mehr Verantwortung und Hierarchie wagen. In: Pflegezeitschrift 58 (2005) 1, Dokumentation Pflegemanagement, S. 1-10.
- Vahs, Dietmar: Organisation. Einführung in die Organisationstheorie und -praxis. 3. Aufl. Stuttgart: Schäffer-Poeschl 2001.

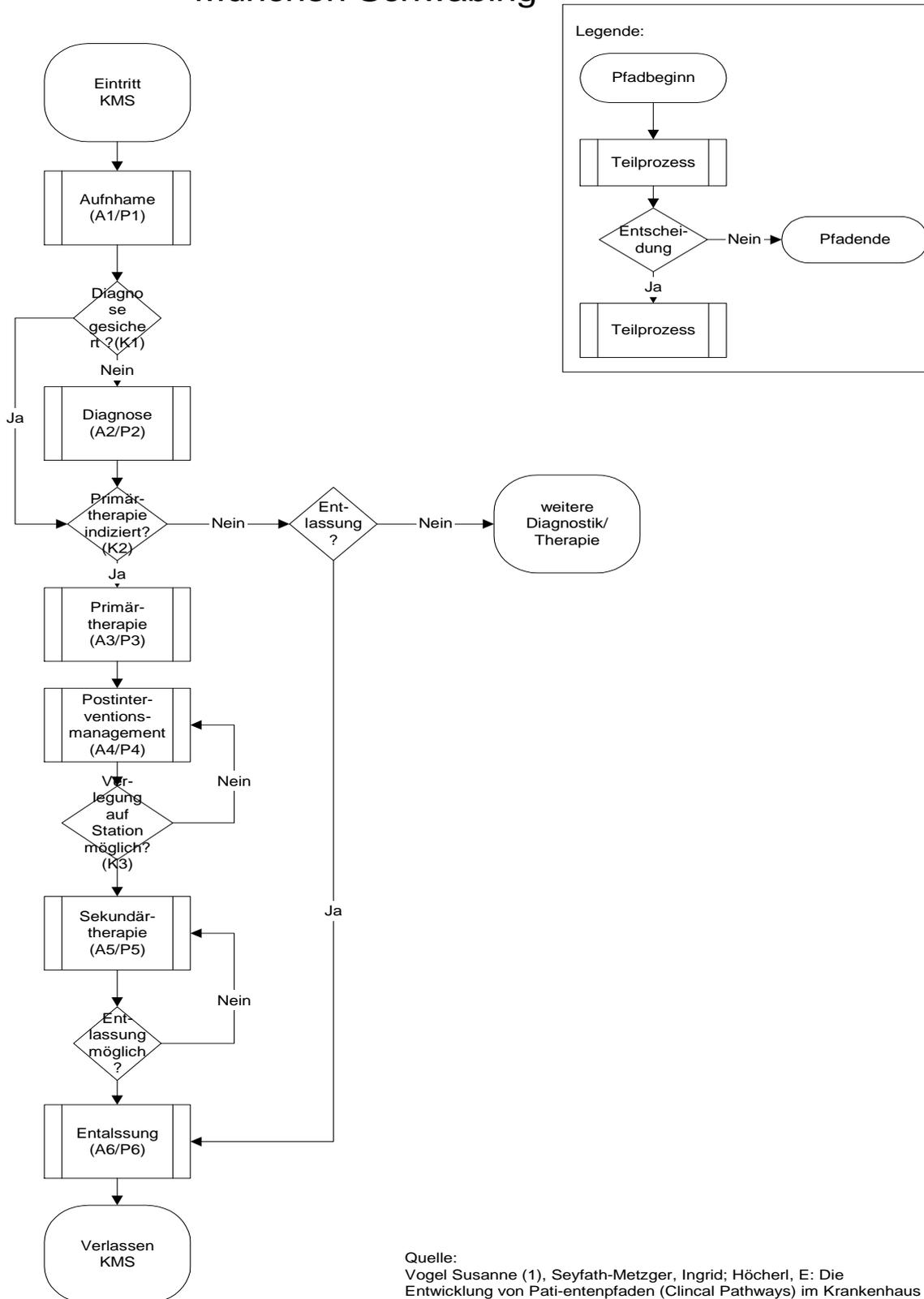
Vogel Susanne, Seyfath-Metzger, Ingrid; Höcherl, E: Die Entwicklung von Patientenpfaden (Clinical Pathways) im Krankenhaus München Schwabing (KMS)
In: Burk, Rainer; Hellmann, Wolfgang: Krankenhausmanagement für Ärztinnen und Ärzte. Landsberg: ecomed 2001, 1. Erg.-Lfg.2/2002, V4, S. 1-17.

Vogel, Susanne; Buchecker, Petra; Seyfath-Metzger, Ingrid: Patientenpfade im Krankenhaus München Schwabing (KMS). In: Das Krankenhaus 94 (2002) 10, S. 787-793.

Übersicht der Pflegestudiengänge in Deutschland: <http://www.pflegestudium.de/>, letzter Zugriff: 26.06.2005.

7 Anhang

Systemischer Modellpfad Krankenhaus München Schwabing



Quelle:
 Vogel Susanne (1), Seyfath-Metzger, Ingrid; Höcherl, E: Die Entwicklung von Patientenpfaden (Clinical Pathways) im Krankenhaus München Schwabing (KMS) In: Burk, Rainer; Hellmann, Wolfgang: Krankenhausmanagement für Ärztinnen und Ärzte. Landsberg: ecomed 2001, 1. Erg.-Lfg.2/2002, V4, S. 13.

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?
Forschungsgegenstand in seinem Umfeld dokumentiert? Ziele der Untersuchung definiert?
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?
z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?
Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?
Wie erfolgte die Auswahl?
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?
Auch die Perspektive des Forschers?
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?
Methode der Datensammlung?
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?
Codier, Muster, Themen? Verschiedene Hermeneutik
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?
Wenn nein: warum nicht?

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?
Prozess von der Datensammlung bis zur Entwicklung von Themen transparent? Zitiert?
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?
Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 2 3 4 5 6

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern

Quelle: German Center for Evidence based Nursing: Beurteilungshilfen. <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>, letzter Zugriff am 22.06.2005.

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt? Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?

2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei? Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?

3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?

4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich? Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?

5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt? Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen könnten?

6. Wurden alle Teilnehmer in der Randomisierung zugewiesenen Gruppe bewertet? Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe?

7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können? Power?

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt? z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?

10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen? p-Wert?

11. Wie präzise sind die Ergebnisse? Konfidenzintervalle?

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?

13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? Nebenwirkungen? Compliance?

14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? Kostenanalyse?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 2 3 4 5 6

Quelle: Quelle: German Center for Evidence based Nursing: Beurteilungshilfen, a.a.O.

Beurteilung einer Diagnosestudie

Quelle:

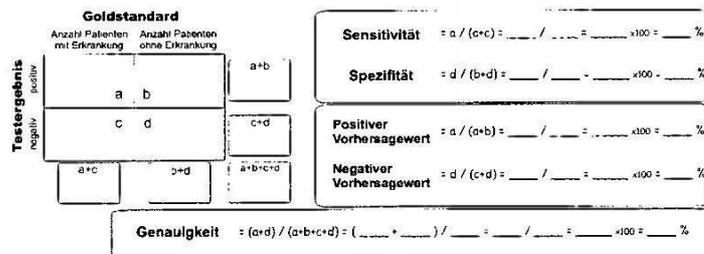
Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde der neue Test mit einem validierten Goldstandard verglichen? Ist der Goldstandard anerkannt und sicher?
2. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet? Wenn nein: Ware eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?
3. Waren die untersuchten Pflegebedürftigen beispielhaft für diejenigen, auf die der Test später angewandt werden soll? milde und schwere Erkrankung, behandelt und unbehandelt, häufige Pflegeleiterkrankungen?
4. Hatte das Ergebnis des neuen Tests einen Einfluss auf die Entscheidung, den Goldstandard zum Vergleich durchzuführen? Beide Tests an allen Pflegebedürftigen?
5. Sind die Testmethoden ausreichend genau beschrieben worden, um den Test in der Praxis zu wiederholen? genaue Anwendung, Interpretation der Ergebnisse
6. Wurde genau und sinnvoll definiert, was »normal« ist und was krankhaft?

Aussagekraft

7. Sind alle nötigen Kenngrößen genannt oder Angaben gemacht worden, um sie selbst auszurechnen?



Anwendbarkeit

8. Ist der Test überhaupt für mich durchführbar? Ressourcen?
9. Sind die Ergebnisse auf meine Pflegebedürftigen übertragbar? ähnliche Pflegebedürftige, ähnliche Umgebung?
10. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 2 3 4 5 6

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

- | | |
|---|--|
| 1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? | <i>Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?</i> |
| 2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? | <i>Welche Kriterien? Welche Studienzeugen?</i> |
| 3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? | <i>Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?</i> |
| 4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? | <i>Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?</i> |
| 5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? | <i>Quellen angegeben?</i> |
| 6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? | <i>Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?</i> |
| 7. Waren die Studien ähnlich? | <i>Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studienzeugen? Heterogenitätstest?</i> |

Aussagekraft

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 8. Was sind die Ergebnisse? | <i>Odds ratio? Relatives Risiko? Mittelwert-Differenz?</i> |
| 9. Wie präzise sind die Ergebnisse? | <i>Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?</i> |

Anwendbarkeit

- | | |
|---|---|
| 10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? | <i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i> |
| 11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? | <i>Nebenwirkungen? Compliance?</i> |
| 12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? | <i>Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?</i> |

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung):



Quelle: Quelle: German Center for Evidence based Nursing: Beurteilungshilfen, a.a.O.

Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert? genug eingegrenzt?

2. Wie wurde die Leitlinie erstellt? Schritte?

3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt? Alternativen beleuchtet? wer bewertet?

4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?

5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?

6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?

Aussagekraft

7. Wie gut war die Recherche? welche Datenbanken? Exporten? Quellen analysiert? Handsuchen?

8. Wie gut waren die einzelnen Studien? Stärke der Evidence? Stichprobengröße? Bias?

7. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?

Anwendbarkeit

9. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?

10. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar? ähnliche Patienten? ähnliche Umgebung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 2 3 4 5 6

<http://www.msklin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/clin/>

V 1.0

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004). *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern.

Quelle: Quelle: German Center for Evidence based Nursing: Beurteilungshilfen, a.a.O.

Grade der Evidenz der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ)

Grad	
Ia	Evidenz aufgrund von Metaanalysen randomisierter, kontrollierter Studien
Ib	Evidenz aufgrund mindestens einer randomisierten kontrollierten Studie
IIa	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter nicht experimenteller deskriptiver Studien (z.B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien, Fall-Kontrollstudien)
IV	Evidenz aufgrund von Berichten/Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten.

Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung "äzq" (Gemeinschaftseinrichtung von BÄK und KBV); Das Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ. 2. Aufl. 2001 S. 41. Als pdf- Datei unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/IIman-05.pdf>, letzter Zugriff am 26.06.2005.

8 Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die 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.



.....
Kay Winkler-Budwasch