

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Studiendepartment Pflege und Management

Studiengang Pflege

Internationale Modelle pflegerischer Leistungen in der ambulanten Versorgung von Patienten mit Rheumatoider Arthritis und COPD und Möglichkeiten ihrer Übertragbarkeit auf Deutschland

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 21.04.2008

Vorgelegt von: Martina Bremer



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Peter Stratmeyer
Zweite Prüfende: Dr. Uta Gaidys

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Methode	9
3	Die eingeschlossenen Studien im Überblick	11
4	Internationale Modelle pflegerischer Leistungen	12
4.1	Formale Qualifikation von Pflegekräften und rechtliche Aspekte der Berufsausübung – international	12
4.1.1	Großbritannien	12
4.1.2	USA	14
4.1.3	Niederlande	16
4.2	Pflegerische Leistungen	18
4.2.1	Hospital at Home	18
4.2.2	Patientenedukation	23
4.2.3	Educational Outreach	25
4.2.4	Ambulante Rehabilitation	27
4.2.5	Erweiterte häusliche Versorgung	28
4.2.6	Pflegesprechstunden	32
4.3	Nutzen für die Patienten	34
4.3.1	Hospital at Home	35
4.3.2	Patientenedukation	37
4.3.3	Educational Outreach	40
4.3.4	Ambulante Rehabilitation	42
4.3.5	Erweiterte häusliche Versorgung	43
4.3.6	Pflegesprechstunden	47
4.4	Zusammenfassung	51
5	Mögliche Übertragbarkeit der international erbrachten pflegerischen Leistungen auf Deutschland	55
5.1	Formale Qualifikation von Pflegekräften in Deutschland	55
5.2	Rechtliche Aspekte der Berufsausübung in Deutschland	57
5.3	Zur Übertragbarkeit international erbrachter pflegerischer Leistungen	61
5.3.1	Durchführung von Assessments	62
5.3.2	Durchführung körperlicher Untersuchungen	62
5.3.3	Initiierung weiterführender Untersuchungen	63
5.3.4	Beurteilung der erhobenen Befunde	63
5.3.5	Erstellung von Versorgungsplänen	64
5.3.6	Überwachung der Therapie	64
5.3.7	Initiierung von Therapieänderungen	64
5.3.8	Verabreichung von Medikamenten	65
5.3.9	Überweisung des Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister	65
5.3.10	Durchführung von Patientenedukation	66
5.3.11	Entscheidung über die Entlassung des Patienten aus der Versorgung	66
5.4	Zusammenfassung	67
6	Potentieller Nutzen für Patienten in Deutschland	69

7	Diskussion.....	71
7.1	Limitationen.....	71
7.2	Diskussion.....	72
	Quellenverzeichnis	76
	Allgemeine Quellen.....	76
	Eingeschlossene Studien.....	80
	Reviews und Hintergrundtexte.....	83
	Anhang	I

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ausbildungsniveaus in den Niederlanden	17
Tabelle 2:	Formen der Patientenedukation.....	23

Abkürzungsverzeichnis

AltPflG	Altenpflegegesetz
ANP	Advanced Nursing Practice
APN	Advanced Practice Nurse
BÄK	Bundesärztekammer
BGA	Blutgasanalyse
BSN	Bachelor of Science in Nursing
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CNS	Clinical Nurse Specialist
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease / Chronisch obstruktive Lungenerkrankung
DMARD	Disease modifying anti-rheumatic drug
DMP	Disease Management Programm
FEV ₁	Forced Expiratory Volume in 1 Second
GBA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HaH	Hospital at Home
HPG	Heilpraktikergesetz
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KrPflAPrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege
KrPflBO-Bremen	Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger im Lande Bremen
KrPflG	Krankenpflegegesetz
LCN	Licensed Practical Nurse
LVN	Licensed Vocational Nurse
MeSH	Medical Subject Heading
NCSBN	National Council of State Boards of Nursing
NMC	Nursing and Midwifery Council
NP	Nurse Practitioner
PfIBO-Saarland	Berufsordnung für Pflegefachkräfte im Saarland
PfIWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
RA	Rheumatoide Arthritis
RCN	Royal College of Nursing
RCT	Randomised Controlled Trial / Randomisierte kontrollierte Studie
RICT	Respiratory Intermediate Care Team
RN	Registered Nurse
RRT	Rapid Response Team
SARS	Severe Acute Respiratory Syndrome
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
SVRKAiG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

1 Einleitung

Das deutsche Gesundheitswesen befindet sich seit einigen Jahren im Umbruch. Wesentliche Auslöser dafür sind zum einen die Zunahme chronischer Erkrankungen, die das Gesundheitssystem vor veränderte Anforderungen stellt. Zum anderen führt die zunehmende Knappheit von Ressourcen zu Umstrukturierungen, in deren Mittelpunkt die Schaffung von Wettbewerb und die Einführung marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismen stehen (Schaeffer 1999: 141 f.). Verschärft wird diese Situation durch weitere Faktoren wie z.B. regionale Versorgungsengpässe mit Hausärzten und eine steigende Arbeitsunzufriedenheit der Berufsgruppen im Gesundheitswesen (SVR 2007: 69).

Vor diesem Hintergrund findet zurzeit eine Diskussion über die Neuverteilung von Aufgaben im Gesundheitswesen und über die Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe statt, von der auch die Pflege betroffen ist (Ebd.). So schreibt der *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR)* (2007: 179) im Hinblick auf den ambulanten Bereich: *„Eine Tätigkeitsübertragung von Aufgaben insbesondere auf die Pflege und eine größere Handlungsautonomie derselben ist nicht zu umgehen, wenn die Versorgung aufrechterhalten und verbessert werden soll.“* Oberstes Ziel einer Neuverteilung von Aufgaben soll die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung sein (SVR 2007: 139). Der SVR (2007: 179) empfiehlt in diesem Zusammenhang auch, die Übertragbarkeit internationaler Modelle einer erweiterten Pflegepraxis wie Advanced Nursing Practice (ANP)¹ auf Deutschland zu überprüfen.

ANP an sich ist in der deutschsprachigen pflegewissenschaftlichen Literatur bisher nur selten Thema. Es werden hauptsächlich Praxisprojekte zur Einführung von ANP beschrieben, wobei keines dieser Projekte in Deutschland durchgeführt wurde (z.B. Strömberg 2004). In zwei Artikeln erläutern *Sachs* (2007) sowie *Spirig und De Geest* (2004), was in verschiedenen Ländern unter ANP verstanden wird und leiten daraus Hinweise darauf ab, welche Voraussetzungen zur Etablierung von ANP notwendig sind. Es gibt jedoch bisher keine systematische Übersicht darüber, inwieweit internationale Modelle einer erweiterten Pflegepraxis auf Deutschland übertragbar sind.

Vor dem beschriebenen Hintergrund war ursprünglich geplant, in dieser Arbeit eine systematische Literaturübersicht über internationale Modelle einer erweiterten Pflegepraxis in der ambulanten Versorgung von Patienten mit ausgewählten chronischen Krankheiten zu erstellen und anschließend zu überprüfen, inwieweit diese Modelle hinsichtlich der formalen Qualifikation von Pflegekräften und rechtlicher Aspekte ihrer Berufsausübung auf Deutschland übertragbar sind. Im Verlauf der Arbeit stellte sich jedoch heraus, dass aufgrund der weit

¹ Unter ANP wird in dieser Arbeit eine erweiterte Pflegepraxis verstanden, die von Pflegefachkräften mit unterschiedlichen Berufsbezeichnungen wie z.B. Nurse Practitioner (NP) oder Clinical Nurse Specialist (CNS) ausgeübt wird. Es handelt sich nach der Definition des International Council of Nursing grundsätzlich um Pflegefachkräfte mit akademischer Qualifikation, *„die in spezifischen sektoralen Versorgungsbereichen autonom arbeiten. Sie verfügen über Expertenwissen, Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei komplexen Sachverhalten und klinische Kompetenzen für eine erweiterte pflegerische Praxis.“* (DBfK 2007: 9).

gefassten Auswahl der Suchwörter die formale Qualifikation der Pflegekräfte in vielen Artikeln nicht der von Pflegekräften im Sinne von ANP entsprach. Da die pflegerischen Leistungen in diesen Artikeln sich jedoch von dem unterscheiden, was Pflegekräfte in Deutschland üblicherweise tun, wurden unabhängig von der formalen Qualifikation der Pflegekräfte alle Artikel eingeschlossen, in denen pflegerische Leistungen beschrieben wurden.

Es wurden zunächst mit Diabetes mellitus, chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen (COPD) und Rheumatoider Arthritis (RA) drei chronische Krankheiten ausgewählt, die sich in ihren Auswirkungen auf das tägliche Leben der Betroffenen sowie in der Therapie und der notwendigen Überwachung unterscheiden. Die Recherche für alle drei Krankheiten ergab 1692 zu sichtende Treffer. Diese waren absehbar nicht adäquat im Zeitrahmen dieser Diplomarbeit zu bearbeiten, so dass die Ergebnisse für Diabetes mellitus ausgeschlossen wurden. Es werden jedoch mit COPD und RA zwei ebenfalls relevante chronische Krankheiten betrachtet. So ist die COPD nach SVRKAiG (2001b: 109) in Deutschland zurzeit die neunthäufigste Todesursache². Die RA hat eine Prävalenz von ca. 0,5% bei Erwachsenen, es kommt hier jedoch bei 70% der Erkrankten zu deutlichen bis schweren Funktionseinschränkungen, so dass 37% regelmäßig Hilfe bedürfen und 14% pflegebedürftig werden (Zink, Mau, Schneider 2001: 211).

Mit dieser Arbeit sollen nun also folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche Modelle pflegerischer Leistungen in der ambulanten Versorgung von Patienten mit COPD und RA werden in der internationalen pflegewissenschaftlichen Literatur beschrieben?
- Welchen Nutzen haben die chronisch Kranken von diesen Modellen?
- Inwieweit sind diese Modelle hinsichtlich der formaler Qualifikation von Pflegekräften und rechtlicher Aspekte ihrer Berufsausübung auf Deutschland übertragbar?

Das Ziel der Arbeit ist dabei eher, einen explorativen Überblick zu erhalten und nicht, die eingeschlossenen Studien im Sinne einer Meta-Analyse auszuwerten. Dazu wird auf die von *Polit und Beck* (2008: 105 ff.) beschriebene Methode zur Erstellung eines „Literature Review“ zurückgegriffen.

Im Folgenden wird zuerst das methodische Vorgehen beschrieben, bevor im dritten Kapitel die eingeschlossenen Studien im Überblick vorgestellt werden. Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse erfolgt im vierten Kapitel, wobei zunächst als Grundlage die formale Qualifikation von Pflegekräften international und rechtliche Aspekte ihrer Berufsausübung beschrieben werden. Dann werden die pflegerischen Leistungen und im Anschluß der Nutzen dieser Leistungen für die Patienten dargestellt. Das fünfte Kapitel beinhaltet die Überprüfung der Übertragbarkeit der international erbrachten pflegerischen Leistungen auf Deutschland. Dazu werden zuerst die formale Qualifikation von Pflegekräften in Deutschland sowie rechtliche

² Diese Zahl muss aufgrund einer wahrscheinlich zu niedrig eingeschätzten Prävalenz eher als zu niedrig angesehen werden. Es können jedoch wegen der ungenügenden Datenlage zur COPD keine genaueren Angaben gemacht werden (SVRKAiG 2001b: 109).

Aspekte ihrer Berufsausübung dargestellt, bevor die mögliche Übertragbarkeit dieser Modelle untersucht wird. Im sechsten Kapitel wird der potentielle Nutzen einer Übertragung der beschriebenen pflegerischen Leistungen für die Patienten in Deutschland beschrieben. Die Arbeit schließt mit einer Diskussion.

2 Methode

Die systematische Literaturübersicht wurde in Anlehnung an die von *Polit und Beck* beschriebene Strategie zur Erstellung eines „Literature Review“ durchgeführt (Polit, Beck 2008: 105 ff.). Zu Beginn wurden die Datenbanken CINAHL³, Medline und das Cochrane Central Register of Controlled Trials nach englisch- und deutschsprachigen Zeitschriftenartikeln für den Zeitraum 1995-2007 durchsucht. Die Recherche wurde nach den folgenden Hauptthemen gegliedert:

- Advanced Nursing Practice (ANP)
- Ambulante Versorgung
- Erfassung des Nutzen für die Patienten
- Rheumatoide Arthritis (RA) bzw. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

Für das jeweilige Hauptthema wurden in den Datenbanken mit entsprechenden Suchwörtern gesucht. Hierzu wurde eine Kombination aus Schlagwörtern (in CINAHL „CINAHL Headings“ und in Medline „MeSH“⁴) und Stichwörtern angewendet, wobei die Auswahl der Schlagwörter an die jeweilige Systematik der Datenbank angepasst wurde (Polit, Beck 2008: 111). Die Suchwörter der einzelnen Hauptthemen wurden mit dem logischen Operator „OR“ verknüpft. In einem zweiten Schritt wurden dann die Ergebnisse der einzelnen Hauptthemen mit dem logischen Operator „AND“ verbunden (Behrens, Langer 2004: 98ff.). Die Suchwörter mit der jeweiligen Trefferanzahl sind in Anhang 1 aufgeführt.

Die gefundenen Abstracts wurden nach festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien durchgesehen.⁵ Einschlusskriterien waren:

- Es muss eine pflegerische Leistung beschrieben sein. Wird in einem Artikel auf die genaue Beschreibung der pflegerischen Leistung in einem anderen Artikel verwiesen, wird dieser weitere Artikel als Hintergrundtext⁶ zur Information hinzugezogen.
- Die pflegerische Leistung soll in der ambulanten Versorgung erbracht werden. Da eine Abgrenzung zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor nicht in allen Gesundheitssystemen einheitlich möglich ist, wird unter „ambulanter Versorgung“ jegliche Versorgung verstanden, bei der der Patient nicht außerhalb seiner eigenen Häuslichkeit übernachten muss (Schneider et al. 2002: 33).
- Die pflegerische Leistung soll sich auf Patienten mit COPD oder RA beziehen. Dabei soll die pflegerische Leistung sich hauptsächlich auf eine der genannten Erkrankungen beziehen; Studien, die sich hauptsächlich auf z.B. Depressionen COPD-Patienten beziehen, wurden ausgeschlossen.
- Es muss der Nutzen dieser Leistung für die Patienten erfasst und beschrieben werden.

³ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

⁴ Medical Subject Heading

⁵ Dies war der Punkt, wo sich herausstellte, dass aufgrund der weit gefassten Auswahl der Suchwörter die formale Qualifikation der Pflegekräfte in vielen Artikeln nicht der von Pflegekräften im Sinne von ANP entsprach. Es wurde dann entschieden, unabhängig von der formalen Qualifikation alle Artikel einzuschließen, in den pflegerische Leistungen beschrieben wurden, da sich diese Leistungen von dem unterscheiden, was Pflegekräfte in Deutschland gewöhnlich tun (Kapitel 1).

⁶ Die Hintergrundtexte sind im Quellenverzeichnis unter „Reviews und Hintergrundtexte“ aufgeführt.

- Die Methode, mit der der Nutzen erfasst wurde, muss beschrieben und nachvollziehbar sein. Da die Recherche in Bezug auf die von Pflegekräften erbrachten Leistungen eher explorativen Charakter hatte, wurden unabhängig von der gewählten Methode und der Qualität der Studie alle Studien eingeschlossen, die dieses Kriterium erfüllen.

Ausgeschlossen wurden zum einen Studien, bei denen Kinder und Jugendliche sowie Schwangere Ziel der pflegerischen Leistung sind, da international für die Versorgung dieser Patientengruppen unterschiedliche Ausbildungswege bestehen. Zum anderen wurden Studien ausgeschlossen, bei denen Bewohner von Altenheimen Ziel der pflegerischen Leistungen sind, da es sich hierbei um eine besondere Versorgungsform handelt.

Bei den eingeschlossenen Studien und bei den im Laufe der Recherche gefundenen Übersichtsarbeiten wurden die Literaturverzeichnisse im Hinblick auf relevante Artikel durchgesehen. Des Weiteren wurde in der Cochrane Database of Systematic Reviews eine Suche zu den Hauptthemen durchgeführt und auch bei den so gefundenen Reviews die Literaturverzeichnisse durchsucht.⁷

Die eingeschlossenen Studien wurden mithilfe einer selbst erstellten Tabelle analysiert (Polit, Beck 2008 119 ff.). Diese Tabelle ist in Anhang 2 exemplarisch für eine Studie dargestellt. Anschließend wurden ausgehend von den beschriebenen unterschiedlichen pflegerischen Leistungen und der Zielsetzung dieser Leistungen Kategorien entwickelt, denen die Studien zugeordnet wurden (Carnwell, Daly 2001: 61; Polit, Beck 2008: 131 f.). Dabei entstanden folgende sechs Kategorien.⁸

- Hospital at home
- Patientenedukation⁹
- Educational Outreach
- Ambulante Rehabilitation
- Erweiterte häusliche Versorgung
- Pflegesprechstunden

Die Studien der einzelnen Kategorien wurden dann im Hinblick auf die pflegerischen Leistungen und auf den Nutzen dieser Leistungen für die Patienten zusammengefasst, bevor in Bezug auf die formale Qualifikation von Pflegekräften und auf rechtliche Aspekte ihrer Berufsausübung überprüft wurde, inwieweit diese Leistungen auf Deutschland übertragbar sind. Danach wurde der potentielle Nutzen einer Übertragung dieser Leistungen für die Patienten in Deutschland herausgearbeitet.

⁷ Die Reviews sind im Quellenverzeichnis unter „Reviews und Hintergrundtexte“ aufgeführt.

⁸ Eine nähere Beschreibung der einzelnen Kategorien erfolgt in Kapitel 4.2 bei der detaillierten Darstellung der pflegerischen Leistungen.

⁹ Patientenedukation wird in Deutschland erst in der jüngsten Vergangenheit zunehmend als pflegerische Aufgabe anerkannt, jedoch wird auch immer wieder darauf hingewiesen, dass diese Aufgabe bisher in der Pflegeausbildung und Pflegepraxis nur wenig wahrgenommen wird (Müller-Mundt et al. 2000; Bartholomeyczik 2007: 144). Daher wurden Studien aus dieser Kategorie in diese Arbeit aufgenommen.

3 Die eingeschlossenen Studien im Überblick

Bevor die Ergebnisse der Literaturübersicht detailliert dargestellt werden, soll an dieser Stelle ein Überblick über die eingeschlossenen Studien gegeben werden. Insgesamt wurden 40 Artikel zu 34 Studien eingeschlossen. Von diesen Studien beziehen sich 25 auf COPD und neun auf RA.

Die 34 Studien verteilen sich wie folgt auf die sechs Kategorien:

- Hospital at home 9 Studien
- Patientenedukation 6 Studien
- Educational Outreach 2 Studien
- Ambulante Rehabilitation 2 Studien
- Erweiterte häusliche Versorgung 8 Studien
- Pflegesprechstunden 7 Studien

Die Studien kommen aus elf verschiedenen Ländern. Am häufigsten ist dabei Großbritannien mit zwölf Studien vertreten, dann folgen die USA und die Niederlande mit jeweils fünf Studien. Aus den anderen Ländern kommen jeweils ein bis drei Studien.

Aufgrund des eher explorativen Charakters der Recherche und da es nicht Ziel der Arbeit war, die Studien im Sinne einer Meta-Analyse auszuwerten, wurden Studien unterschiedlicher Methode und Qualität eingeschlossen.

32 Studien sind quantitative Studien, eine Studie hat ein rein qualitatives Design und in einer Studie wurde ein gemischtes Design gewählt. Bei 22 Studien handelt es sich um randomisierte kontrollierte Studien (RCT). Fünf Studien sind nicht-randomisierte kontrollierte Studien mit Prätest-Posttest-Design, eine weitere Studie ist eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie mit einem Nur-Posttest-Design. Vier Studien wurden ohne Kontrollgruppe durchgeführt, wobei zwei Studien ein Prätest-Posttest-Design und zwei Studien ein Nur-Posttest-Design hatten.

Die Studien unterscheiden sich auch hinsichtlich ihrer Aussagekraft, wobei diesbezüglich bei der Darstellung des Nutzens der pflegerischen Leistungen für die Patienten (Kapitel 4.3) darauf hingewiesen wird, wenn die Aussagekraft einer Studie stark begrenzt ist. Letztendlich können jedoch aus diesem Grund im Hinblick auf den Nutzen keine verallgemeinerbaren Ergebnisse, sondern lediglich Tendenzen herausgearbeitet werden.

Zur besseren Übersicht sind im Anhang 3 die Ergebnisse in einer Tabelle dargestellt, wobei für die einzelnen Studien jeweils die Stichprobengröße und der Untersuchungszeitraum angegeben ist, um zumindest einen groben Hinweis auf die Aussagekraft der jeweiligen Studie zu geben.

4 Internationale Modelle pflegerischer Leistungen

Nachdem bisher die Methode und die Studien im Überblick vorgestellt wurden, folgt in diesem Kapitel die detaillierte Darstellung der pflegerischen Leistungen und des Nutzens dieser Leistungen für die Patienten. Zuvor werden jedoch als Grundlage die formale Qualifikation von Pflegekräften und rechtliche Aspekte der Berufsausübung in den anderen Ländern beschrieben, um im nächsten Kapitel darauf aufbauend die Übertragung der internationalen Modelle auf Deutschland im Hinblick auf diese Aspekte zu überprüfen.

4.1 Formale Qualifikation von Pflegekräften und rechtliche Aspekte der Berufsausübung – international

Bei der Beschreibung der formalen Qualifikation und der rechtlichen Aspekte der Berufsausübung werden nicht alle Länder berücksichtigt, aus denen Studien in diese Arbeit eingeschlossen wurden, sondern es werden lediglich die drei Länder Großbritannien, die USA und die Niederlande einbezogen. Diese Auswahl beruht auf mehreren Gründen. Zum einen können diese Länder aufgrund ihrer anderen Strukturen eine Vorbildfunktion einnehmen oder sie haben, wie die USA, für die deutsche Pflegepraxis bereits eine Vorreiterrolle inne (Landenberger 2005a: 13; Buckley-Viertel 2001: 18). Zum anderen sind dies die drei Länder, aus denen die meisten der Studien stammen (insgesamt 22 Studien, also 65% der Studien insgesamt; Anhang 3).

4.1.1 Großbritannien

Seitdem 1989 mit dem „Project 2000“ eine Ausbildungsreform durchgeführt wurde, findet die Pflegeausbildung in Großbritannien auf Hochschulniveau statt¹⁰. Eine weitere Modifikation fand im Rahmen des Programms „Making a Difference“ im Jahr 2000 statt. Aktuell dauert die Ausbildung drei Jahre, wobei das erste Jahr für eine Grundausbildung vorgesehen ist und in den folgenden zwei Jahren eine Spezialisierung in den Bereichen Erwachsenenpflege, Kinderpflege, Pflege psychisch Kranker oder Pflege geistig Behinderter folgt. Jede Pflegekraft darf nur in dem Bereich arbeiten, für den sie ausgebildet wurde (Landenberger, Ortman 1999: 60 f.; Filkins, Landenberger 2005: 84 ff.). Es gibt zwei verschiedene Formen der Ausbildung. Eine Form wird mit einem Diploma in Higher Education¹¹ abgeschlossen, die andere mit einem Bachelor of Nursing. Das Bachelor-Studium ist im Vergleich zur Diploma-Ausbildung mehr wissenschaftlich ausgerichtet, des Weiteren sind die Zulassungskriterien für den Bachelor höher angesiedelt als für das Diploma (Filkins, Landenberger 2005: 89).

¹⁰ Filkins und Landenberger (2005: 106) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Hochschulen in Großbritannien „[...] neben rein wissenschaftlichen Ausbildungen einen großen Teil dessen, was in Deutschland und Österreich an Ausbildungen im berufsbildenden System inklusive Fachschulen, Berufsfachschulen u.ä. stattfindet“ übernehmen. Die Ansiedlung der Pflegeausbildung an Hochschulen verdeutlicht jedoch, dass in Großbritannien neben berufspraktischen Kompetenzen wissenschaftliche Grundlagen als notwendig für die Pflegeausbildung angesehen werden.

¹¹ Hierbei handelt es sich im Gegensatz zum deutschen Diplom um einen vorakademischen Abschluss (Filkins, Landenberger 2005: 89).

Nach erfolgreich abgeschlossener Ausbildung werden die Pflegekräfte beim Nursing and Midwifery Council (NMC)¹² registriert. Ohne die Registrierung ist in Großbritannien keine legale Tätigkeit als Pflegekraft möglich. Die Registrierung muss alle drei Jahre erneuert werden. Dazu müssen die Registered Nurses (RN) nachweisen, dass sie in diesen drei Jahren mindestens 450 Stunden in der Pflege tätig waren sowie mindestens 35 Stunden Fortbildung absolviert haben (Filkins, Landenberger 2005: 87; NMC 2006a: 5 ff.).

Der Aufgabenbereich der RN umfasst die pflegerische Versorgung von Menschen der Gruppe, für die sich die RN in ihrer Ausbildung spezialisiert hat. Dazu gehören ein umfassendes Assessment, die Entwicklung eines Pflegeplans, die Durchführung der geplanten Interventionen sowie die Evaluation der Ergebnisse pflegerischer und anderer Interventionen. Des Weiteren beinhaltet Pflege die Durchführung von Patientenedukation (NMC 2004: 26 ff.).

Für RN bestehen in Großbritannien vielfältige Möglichkeiten zur Erweiterung der Berufsqualifikation durch Spezialisierung. So können RN in Weiterbildungen den Titel Specialist Practitioner erwerben. Dieser kann in bestimmten Fachbereichen (z.B. Diabetes, Onkologie) erworben werden, es gibt aber auch die Möglichkeit, sich z.B. zur District Nurse weiterzubilden. Dafür ist seit 1998 eine mindestens einjährige Weiterbildung vorgeschrieben, die mindestens mit dem Bachelor abschließt. Der Aufgabenbereich der District Nurse umfasst die pflegerische Versorgung aller Gemeindemitglieder überwiegend in deren eigener Häuslichkeit, z.B. nach Entlassung aus dem Krankenhaus oder bei terminaler Erkrankung. Auch eine Weiterbildung zur Practice Nurse ist möglich. Practice Nurses arbeiten in einer Allgemeinarztpraxis, ihr Aufgabenbereich umfasst Assistenz Tätigkeiten für den Arzt, die Durchführung von Patientenedukation und Vorsorgeuntersuchungen. Des Weiteren können Practice Nurses Sprechstunden anbieten, in denen sie selber Patienten betreuen. Diese und weitere mögliche Spezialisierungen werden im Berufsregister erfasst (Landenberger, Ortmann 1999: 58 f.; Filkins, Landenberger 2005: 98 f. und 102 f.; NHS o.J.).

Darüber hinaus gibt es in Großbritannien die Möglichkeit, sich zum Nurse Practitioner (NP) bzw. Advanced Nurse Practitioner¹³ weiterzubilden. Diese Weiterbildung wird nicht im Berufsregister eingetragen, sie ist jedoch vom Royal College of Nursing (RCN) anerkannt. Das RCN sieht für NP mindestens den Bachelor-Abschluss vor (RCN 2008: 3). Der Aufgabenbereich von NP umfasst das eigenständige Diagnostizieren und Behandeln, wozu auch das Anfordern von Labor- und Röntgenuntersuchungen, das Verschreiben von Medikamenten und die Überweisung an andere professionelle Gesundheitsdienstleister gehört. NP sind überwiegend in Arztpraxen angestellt, arbeiten jedoch auch in Krankenhäusern (Filkins, Landenberger 2005: 88 ff. und 103; Sachs 2007: 108 ff.). Sachs (2007: 109 ff.) führt als weiteres pflegerisches Berufsbild die Clinical Nurse Specialist (CNS)

¹² Filkins und Landenberger (2005: 101) bezeichnen das NMC als Pflegerat bzw. Pflegekammer.

¹³ Das Royal College of Nursing (RCN – Berufsverband und Gewerkschaft für Pflegekräfte) hat in einer aktuellen Veröffentlichung die Bezeichnung „Nurse Practitioner“ durch „Advanced Nurse Practitioner“ ersetzt, um so die erweiterten Kompetenzen und Aufgabenbereiche bereits in der Berufsbezeichnung zum Ausdruck zu bringen (RCN 2008: 2).

an, die hauptsächlich in Krankenhäusern angestellt und auf ein bestimmtes Fachgebiet spezialisiert sind. Bezüglich der Kompetenzen und der Rollen von NP und CNS herrscht in Großbritannien jedoch keine Klarheit. Diese Situation wird noch dadurch verschärft, dass ständig neue Berufsbilder und Berufsbezeichnungen (z.B. Nurse Consultant, Higher Level Practitioner) entstehen (Daly, Carnwell 2003: 158 ff.).

1992 haben Pflegekräfte in Großbritannien per Gesetz das Recht erhalten, unter bestimmten Voraussetzungen Medikamente zu verschreiben. Diese Befugnis wurde seitdem mehrmals erweitert und verändert. Aktuell sind Community Practitioners¹⁴ befugt, Verbandsmaterialien und Medikamente, die in einer Liste aufgeführt sind, zu verschreiben. Das dazu notwendige Wissen wird im Rahmen der jeweiligen Weiterbildung vermittelt.

Entsprechend weitergebildete Pflegekräfte können darüber hinaus eigenständig jedes zugelassene Medikament (mit Ausnahme einiger Betäubungsmittel) zur Behandlung der Krankheiten verschreiben, die in ihrem Kompetenzbereich liegen (Independent Prescriber). Außerdem können sie jedes Medikament, das im Rahmen eines in Kooperation mit einem Arzt oder Zahnarzt individuell für den Patienten erstellten Behandlungsplans vorgesehen ist, verschreiben (Supplementary Prescriber). Um die entsprechende Fortbildung zu absolvieren, müssen die Pflegekräfte RN oder Specialist Community Public Health Nurses mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung sein. Die Verschreibungsbefugnis wird vom NMC in das Berufsregister eingetragen. (Filkins, Landenberger 2005: 86 f.; Schneider et al. 2002: 107 f.; Department of Health 2006: 3 f.; NMC 2006b: 7 f.).

4.1.2 USA

In den USA wird Pflege von Pflegekräften unterschiedlicher formaler Qualifikation auf verschiedenen Hierarchiestufen durchgeführt. Die Aufgabenbereiche der Pflegekräfte auf den jeweiligen Hierarchiestufen wird in jedem einzelnen Bundesstaat durch ein State Board of Nursing¹⁵ geregelt.¹⁶ Pflegekräfte müssen des Weiteren in dem Bundesstaat, in dem sie arbeiten wollen, eine Lizenz beantragen. Voraussetzung für den Erhalt dieser Lizenz ist das erfolgreiche Bestehen eines nationalen Exams. Diese Lizenz wird in Abständen erneuert, in einigen Bundesstaaten müssen die Pflegekräfte dafür Weiterbildungsnachweise erbringen (Buckley-Viertel 2001: 36).

Der niedrigste Ausbildungsgrad lizenzierter Pflegekräfte in den USA ist der der Practitioner Nurse bzw. der Vocational Nurse¹⁷. Dafür wird eine 12-monatige Ausbildung an einer

¹⁴ Diese Bezeichnung umfasst die Specialist Community Public Health Nurses (vormals Health Visitors) und Specialist Practitioners, die in der Gemeinde tätig sind, wie z.B. District Nurses (Schneider et al. 2002: 140; Filkins, Landenberger 2005: 103).

¹⁵ Buckley-Viertel (2001: 36) beschreibt die „State Boards of Nursing“ als „[...] Verwaltungsrat für die Pflegekräfte des jeweiligen Staates [...]“, die den deutschen Kammern ähnlich sind.

¹⁶ Das National Council of State Boards of Nursing (NCSBN) hat für die Weiterentwicklung dieser Regelungen ein Modell veröffentlicht, an dem sich die Boards of Nursing der einzelnen Bundesstaaten orientieren (NCSBN 2004). Dieses Modell ist bei der Darstellung der Aufgabenbereiche der Pflegekräfte eingeflossen.

¹⁷ Diese Berufsbezeichnungen beziehen sich auf dasselbe Ausbildungsniveau, es ist jedoch von Bundesstaat zu Bundesstaat unterschiedlich, welche Bezeichnung verwendet wird (Buckley-Viertel 2001: 31).

Berufsschule oder einem Krankenhaus durchlaufen, in der die Teilnehmer auf die Durchführung der praktischen Pflege am Bett vorbereitet werden. Nach Bestehen des nationalen Exams erhalten die Teilnehmer ein Zertifikat und die Lizenz, als Licensed Practical Nurse (LPN) bzw. Licensed Vocational Nurse (LVN) zu arbeiten (Buckley-Viertel 2001: 31 ff.). Die LPN/LVN arbeiten auf Anweisung und unter der Kontrolle von Pflegekräften höherer Hierarchiestufen oder anderer professioneller Gesundheitsdienstleister und übernehmen dabei Teilaufgaben vor allem in der Pflege stabiler Patienten (Buckley-Viertel 2001: 31 f.; NCSBN 2004).

Die nächste Hierarchiestufe ist die der Registered Nurse (RN). Um diesen Titel zu erlangen, gibt es drei Möglichkeiten. Eine ist die an einem Krankenhaus angesiedelte dreijährige Ausbildung, die mit einem Diploma-Zertifikat¹⁸ abschließt. Die Anzahl dieser Ausbildungsgänge nimmt jedoch seit Jahren kontinuierlich ab. Der zweite Weg zur RN besteht in der Absolvierung einer zweijährigen Ausbildung, die an einer Hochschule angesiedelt ist und mit einem Associate Degree¹⁹ abgeschlossen wird. Die dritte Möglichkeit ist ein grundständiges Studium über vier Jahre, das mit einem Bachelor of Science in Nursing (BSN) abgeschlossen wird. Alle drei Ausbildungswege beinhalten sowohl Seminare als auch Praxiseinsätze in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die umfassendste Ausbildung bietet dabei das Studium, wo in den ersten zwei Jahren Geistes-, Natur- und Sozialwissenschaften behandelt werden, bevor in den letzten beiden Jahren der Schwerpunkt auf Pflege gelegt wird. (Buckley-Viertel 2001: 32 ff.; Kim 2001: 212; Jones Taylor, Bairan 2001: 55 ff.)

Um den Titel Registered Nurse zu erlangen, muss nach der erfolgreich absolvierten Ausbildung ein nationales Examen abgelegt werden, welches die Voraussetzung für den Erhalt einer Lizenz ist (Buckley-Viertel 2001: 32 ff.). Der Aufgabenbereich der RN umfasst die eigenständige Durchführung der Pflege von Einzelnen, Familien und Gruppen. Dazu gehört die Durchführung eines umfassenden Assessments, die Entwicklung eines Pflegeplans, das Management und die Evaluation dieses Pflegeplans (hierzu gehört auch die Delegation von Aufgaben) sowie die Zusammenarbeit mit anderen professionellen Gesundheitsdienstleistern (Buckley-Viertel 2001: 36 f.; NCSBN 2004: 4 ff.; Kim 2001: 212).²⁰

Aufbauend auf der Ausbildung zur RN können sich die Pflegekräfte in den USA zur Advanced Practice Nurse (APN) weiterbilden. Unter der Bezeichnung APN werden NP, CNS, Nurse Anaesthetists und Nurse Midwives subsumiert (Jones Taylor, Bairan 2001: 61; NCSBN 2004: 12 f.). Im Hinblick auf den Fokus dieser Arbeit wird im Folgenden nur auf die NP und die CNS

¹⁸ Dieses „Diploma-Zertifikat“ ist nicht mit dem deutschen Diplom zu verwechseln, da es sich hierbei nicht um das Abschlusszeugnis einer Hochschulausbildung handelt (Buckley-Viertel 2001: 30).

¹⁹ Hierbei handelt es sich um einen vorakademischen Abschluss (Buckley-Viertel 2001: 32).

²⁰ Nach *Buckley-Viertel* (2001: 37 f.) gibt es Bestrebungen, die Rollen der Associate Nurse und der BSN aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungen stärker voneinander abzugrenzen. Die Associate Nurse wäre dann für die Pflege von Einzelpersonen in vergleichsweise einfachen Arbeitssituationen zuständig, wohingegen die BSN auch für die Pflege von Familien und Gruppen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung zuständig wäre. In der Praxis hat sich dies jedoch noch nicht durchgesetzt.

eingegangen. 1997 legten die American Nurses Association²¹ und die American Association of Colleges of Nursing²² fest, dass APN eine postgraduierte Ausbildung, also mindestens einen Masterabschluss haben müssen, für den wiederum ein Bachelor-Abschluss Voraussetzung ist. Vorher wurden auch RN ohne Bachelor-Abschluss in Weiterbildungsprogrammen, die mit einem Zertifikat abschlossen, zu APN ausgebildet. In den meisten Bundesstaaten erhalten die ANP mittlerweile eine Lizenz nur mit Fachzertifizierung und Masterabschluss (Jones Taylor, Bairan 2001: 60 ff.; Sachs 2007: 106 f.).

CNS arbeiten überwiegend in Kliniken, wohingegen NP eher in der Primärversorgung tätig sind. Die CNS sind dabei auf ein klinisches Fachgebiet spezialisiert. Sie arbeiten direkt in der Pflege, übernehmen darüber hinaus aber auch Aufgaben als Lehrende, als Berater, als Forscher und in der Verwaltung. NP diagnostizieren und behandeln akute und chronische Erkrankungen, d.h., sie führen körperliche Untersuchungen durch, ordnen diagnostische Tests (z.B. Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen) an, wählen die Therapie aus und verschreiben Medikamente. Je nach Bundesstaat sind diese Rechte jedoch unterschiedlich ausgeprägt, auch die Kooperation mit Ärzten ist unterschiedlich geregelt. In einigen Staaten arbeiten NP völlig unabhängig, in den meisten Staaten ist jedoch eine Zusammenarbeit mit den Ärzten in irgendeiner Form geregelt (Jones Taylor, Bairan 2001: 60 ff.; Sachs 2007: 107; NCSBN 2004: 13).

4.1.3 Niederlande

In den Niederlanden war die Ausbildung für Pflegeberufe bis in die 1990er Jahre stark zersplittert. 1997 wurde die Ausbildung neu strukturiert und national vereinheitlicht. Zuerst waren vier Ausbildungsniveaus gesetzlich festgelegt, seit 2000 sind es fünf mit unterschiedlicher Ausbildungsdauer. Die Ausbildung der Niveaus 1-4 findet an Berufsfachschulen statt, für das Niveau 5 wird an Fachhochschulen ausgebildet, der Abschluss entspricht dem des Bachelor. Auf jedem Niveau wird für ein bestimmtes Tätigkeitsprofil ausgebildet, das sich im Hinblick auf die damit einhergehende Verantwortung und die Komplexität der Arbeitssituationen von den anderen Niveaus unterscheidet (de Jong, Landenberger 2005: 119 ff.; Schneider et al. 2002: 136). In Tabelle 1 sind die unterschiedlichen Ausbildungsniveaus im Überblick dargestellt.

Die Ausbildung der Niveaus 4 und 5 beinhaltet in den ersten drei Jahren eine generalisierte Grundausbildung. Im letzten Jahr spezialisieren sich die Auszubildenden auf einen der vier Bereiche Intensive klinische Pflege (nicht auf Intensivstationen), Pflege von Schwangeren und im Wochenbett sowie von Kindern und Jugendlichen, Pflege von psychiatrisch Erkrankten und geistig Behinderten, Pflege von chronisch Kranken und geriatrischen Patienten. Auch die Ausbildung auf Niveau 3 bietet im letzten Jahr Spezialisierungsmöglichkeiten. Hier können die Auszubildenden zwischen den Bereichen Individuelle Pflege, Pflege der Patientenumgebung

²¹ Berufsverband der US-amerikanischen Pflege

²² Verband der US-amerikanischen Colleges der Pflege

und Organisation der Haushalte wählen. Die Spezialisierung grenzt jedoch das Einsatzgebiet der Pflegekräfte nicht ein, sie können in allen pflegerischen Bereichen für alle Patientengruppen eingesetzt werden (de Jong, Landenberger 2005: 124 f.; Schneider et al. 2002: 137 und 201).

Nach erfolgreich absolvierter Ausbildung müssen sich die Pflegekräfte (Verpleegkundige) registrieren. Ab dem 01.01.2009 muss die Registrierung alle fünf Jahre erneuert werden. Die Pflegekraft muss dazu innerhalb dieser fünf Jahre mindestens 2080 Stunden in der Pflege gearbeitet haben. Kann diese Stundenzahl nicht erfüllt werden, muss die Pflegekraft an einer Schulung teilnehmen (MVWS o.J.).

Abschluss	Niveau	Dauer	Tätigkeitsprofil
Assistierende (Zorghulp)	1	1 Jahr	- Hauswirtschaftliche Hilfe/Assistenz in der Pflege der Umgebung
Pflegehelfer (Helpende)	2	2 Jahre	- Haushaltsführung und Körperpflege im häuslichen Umfeld (auch Pflegeheime) - Förderung und Unterstützung der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen
Sozialpfleger (Verzorgende)	3	3 Jahre	- Unterstützung oder Ausgleich eingeschränkter Fähigkeiten des Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld (auch Pflegeheime) - In wenig komplexen Pflegesituationen
Pflegefachkraft (Verpleegkundige MBO)	4	4 Jahre	- Durchführung des gesamten Pflegeprozesses - In komplexen Pflegesituationen - Organisation und Koordination der für die Versorgung des Pflegebedürftigen notwendigen Arbeiten
Pflegefachkraft mit Hochschulbildung (Verpleegkundige HBO-V)	5	4 Jahre	- Wie Pflegefachkraft (Niveau 4) - In hochkomplexen Pflegesituationen - Durchführung von Patientenedukation - Organisation und Koordination der Versorgung des Pflegebedürftigen (z.B. Überweisung an geeignete Einrichtungen) - Leitende und qualitätssichernde Aufgaben

Tabelle 1: Ausbildungsniveaus in den Niederlanden
(Quelle: nach de Jong, Landenberger 2005: 121 und 123 f.)

Der Aufgabenbereich von Pflegekräften in den Niederlanden umfasst neben den in Tabelle 1 beschriebenen Tätigkeiten auch die Durchführung von Tätigkeiten auf Anweisung Angehöriger anderer Gesundheitsberufe (meist Ärzte). Im niederländischen Gesetz über die Gesundheitsberufe (Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg – erstmals 1993 in Kraft getreten) sind für Ärzte, Hebammen und Zahnärzte vorbehaltene Aufgaben benannt, die diese jedoch an geeignete Personen delegieren können. Dabei muss der Delegierende von der Eignung der Person, an die er delegiert, überzeugt sein, er muss erreichbar sein, ggf. intervenieren und er muss die Ausführung kontrollieren. Es besteht jedoch die Möglichkeit, dass durch Rechtsverordnungen bestimmte Berufsgruppen vorbehaltene Aufgaben nach Anordnung eigenverantwortlich ohne Kontrolle und Intervention des Delegierenden durchführen dürfen. So gibt es eine Rechtsverordnung, nach der Pflegekräfte (Verpleegkundige) befugt sind, auf Anordnung eigenverantwortlich subcutane, intramuskuläre

und intravenöse Injektionen durchzuführen sowie Infusionen, Magensonden und Urinkatheter anzulegen. In jüngster Zeit werden zunehmend weitere medizinische Aufgaben auf entsprechend ausgebildete Pflegekräfte übertragen (de Jong, Landenberger 2005: 134; MVWS 2001: 8 f.; Landenberger, Ortmann 1999: 78).

Auch in den Niederlanden können Pflegekräfte sich nach der Ausbildung weiterbilden. Für Pflegekräfte der Niveaus 3-5 besteht die Möglichkeit der klinischen Spezialisierung (z.B. Pflege bei Diabetes). Diese Weiterbildungen sind jedoch sehr unterschiedlich aufgebaut und führen im Allgemeinen nicht zum Erreichen eines höheren Niveaus. Pflegekräfte des Niveaus 5 können neben weiterführenden Studiengängen in der Pflegewissenschaft auch eine Masterausbildung in Advanced Nursing Practice zum NP absolvieren. NP übernehmen in den Niederlanden im pflegerischen Handlungsfeld in bestimmten Fachgebieten selbständig medizinische Aufgaben (de Jong, Landenberger 2005: 131 f.). Sachs (2007: 112) führt als Tätigkeiten der NP die Durchführung von körperlichen Untersuchungen, von Diagnostik und die Interpretation von Laborwerten an. NP arbeiten überwiegend in Krankenhäusern. Die Berufsbezeichnung ist gesetzlich geschützt (de Jong 2008).

de Jong und Landenberger (2005: 131) führen mit der Pflegekraft in Hausarztpraxen einen weiteren der Pflegeberufe an, die in den letzten Jahren in den Niederlanden entstanden sind. Pflegekräfte in Hausarztpraxen versorgen hauptsächlich chronisch Kranke und halten eigene Sprechstunden ab. Diese Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk sind mindestens auf Fachhochschulniveau ausgebildet.

4.2 Pflegerische Leistungen

Auf die Beschreibung der formalen Qualifikation von Pflegekräften und der rechtlichen Aspekte ihrer Berufsausübung in drei ausgewählten Ländern im vorigen Kapitel folgt nun die detaillierte Darstellung der Leistungen, die Pflegekräfte international in der ambulanten Versorgung von Patienten mit RA und COPD erbringen. Diese Darstellung ist geordnet nach den Kategorien, in die die Studien im Rahmen der Analyse eingeordnet wurden (Kapitel 2). In diesem Zusammenhang werden auch diese Kategorien näher beschrieben.

4.2.1 Hospital at Home

In der Kategorie Hospital at Home (HaH) wurden die Studien zusammengefasst, bei denen die pflegerische Leistung vorrangig beiträgt zur *„[...] Bereitstellung [...] notwendiger Leistungen bei den PatientInnen Zuhause, die traditionellerweise im Krankenhaus erbracht werden und in erster Linie dazu dienen, einen Krankenhausaufenthalt zu ersetzen (als Alternative), vorzubeugen (als Prävention) oder zu verkürzen („early discharge“)*“ (Lademann 2000: 16).

In diese Kategorie wurden neun Studien aufgenommen, die sich alle auf Patienten beziehen, die an COPD erkrankt sind (siehe Anhang 3). HaH soll hier dazu beitragen, bei einer akuten Exacerbation der COPD einen Krankenhausaufenthalt zu verkürzen oder ganz zu vermeiden.

Zwei dieser Studien (Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen und Tolson 2006²³) beziehen sich auf dasselbe HaH-Modell, folglich werden in diesem Abschnitt also acht unterschiedliche HaH-Modelle beschrieben.

Ein wesentliches Differenzierungsmerkmal der HaH-Modelle ist die organisatorische Einbindung. In sechs Fällen ist das HaH-Modell organisatorisch an einem Krankenhaus angesiedelt und die Versorgung zu Hause findet durch Pflegekräfte des Krankenhauses statt. Die Patienten werden dabei entweder direkt aus der Notaufnahme wieder nach Hause verlegt (Hernandez et al. 2003; Davies et al. 2000; Skwarska et al. 2000) und/oder nach einer oder mehrerer Nächten Aufenthalt im Krankenhaus frühzeitig entlassen (Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Sala et al. 2001; Ojoo et al. 2002; Skwarska et al. 2000).

Ein organisatorisch sektorenübergreifend angesiedeltes HaH-Modell wird von *Davison et al.* (2006) beschrieben. Dort wird unter der Woche von einer auf Atemwegserkrankungen spezialisierten CNS bei potentiellen Patienten ein Assessment durchgeführt, anhand dessen das Team für Thoraxerkrankungen über die Aufnahme in die HaH-Versorgung oder eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus entscheidet. Am Wochenende wird dieses Procedere durch das Ärzteteam einer aufnehmenden Abteilung durchgeführt. Ist eine HaH-Versorgung möglich, wird der Patient an ein in der Primärversorgung verankertes, aus Pflegekräften unterschiedlicher Qualifikation bestehendes Rapid Response Team (RRT) überwiesen und von diesem zu Hause weiterversorgt. Das RRT arbeitet dabei eng mit der CNS des Krankenhauses zusammen. Die Patienten, für die bei den ganz oder teilweise krankenhausbasierten Organisationsformen eine HaH-Versorgung in Betracht gezogen wird, werden im Allgemeinen nach bestimmten Kriterien ausgewählt.²⁴

Eines der beschriebenen Modelle ist organisatorisch nur in der Primärversorgung angesiedelt (Ward et al. 2005). Der Patient wird initial von einem anderen professionellen Gesundheitsdienstleister an ein aus Pflegekräften gebildetes Respiratory Intermediate Care Team (RICT) überwiesen, ohne zwingend zuvor in einer Notaufnahme bzw. in einem Krankenhaus gewesen zu sein. In Folge kann der Patient dann bei Bedarf selber Kontakt zum RICT aufnehmen. Hier werden im Gegensatz zu den anderen Modellen die Patienten nicht nach bestimmten Kriterien ausgewählt.²⁵

Die in den Artikeln beschriebenen pflegerischen Leistungen im Rahmen der HaH-Versorgung sind nicht einheitlich. So wird bei vier Modellen von einem initialen Assessment berichtet, dass

²³ Das HaH-Modell, das in den Studien von *Cotton et al.* (2000) und von *Schofield, Knussen und Tolson* (2006) untersucht wurde, wurde bei *Gravil et al.* (1998) sowie bei *Flanigan, Irwin und Dagg* (1999) näher beschrieben. Diese Beschreibungen sind in die Auswertung der Studie mit eingeflossen, es wird jedoch jeweils nur auf *Cotton et al.* (2000) und *Schofield, Knussen und Tolson* (2006) verwiesen.

²⁴ So waren z.B. in den meisten Studien neu aufgetretene Veränderungen im Röntgenbild der Lunge, Azidose in der Blutgasanalyse, schwere Begleiterkrankungen und/oder Bewusstseinsintrübung Ausschlusskriterien für eine HaH-Versorgung (z.B. Hernandez et al. 2003; Davies et al. 2000; Davison et al. 2006).

²⁵ Patienten können an das RICT auch zum Assessment für das Management chronischer Krankheiten, zur Anleitung und Beratung und zur terminalen Pflege überwiesen werden. Da jedoch der deutlich größte Teil der Patienten zur Vermeidung oder Verkürzung eines Krankenhausaufenthaltes an das RICT überwiesen wird und sich auch der Artikel überwiegend auf diese Klientel bezieht, wird diese Studie im Rahmen dieser Arbeit in der Kategorie „Hospital at Home“ vorgestellt. (Ward et al. 2005)

die Pflegekräfte, die auch die HaH-Versorgung übernehmen, noch im Krankenhaus durchführen (Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Davies et al. 2000; Skwarska et al. 2000; Ward et al. 2005). In den Fällen, wo das initiale Assessment genauer beschrieben wird, gehört die Aufnahme der Krankengeschichte, Durchführung einer Spirometrie, Messung der peripheren Sauerstoffsättigung, Durchführung einer arteriellen Blutgasanalyse (BGA), Initiierung einer Röntgenaufnahme der Lunge und einer Sputumkultur dazu (Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Skwarska et al. 2000). In den genannten Studien wird das Assessment von einem Arzt überprüft, der dann auch letztendlich über die Teilnahme des Patienten an der HaH-Versorgung entscheidet. *Davies et al. (2000)* weisen jedoch in den Ergebnissen ihrer Studie darauf hin, dass mit einem von Pflegekräften durchgeführten Assessment die Patienten, die sich für eine HaH-Versorgung eignen, sicher ermittelt werden konnten.

Bei dem von *Davison et al. (2006)* beschriebenen HaH-Modell wird ein umfassendes initiales Assessment von der CNS des Krankenhauses durchgeführt, die Pflegekräfte des RRT suchen die an sie überwiesenen Patienten jedoch noch im Krankenhaus auf.

Außer in den genannten Studien wird nur noch von *Ward et al. (2005)* ausdrücklich beschrieben, dass die Pflegekräfte ein Assessment bei den Patienten durchführen (in diesem Fall bei dem Patienten Zuhause) und darauf aufbauend einen Versorgungsplan für den Patienten erstellen. Daraus kann man jedoch nicht schließen, dass in den übrigen Studien keine pflegerischen Assessments und Planungen durchgeführt wurden, da dies für die Autoren ggf. so selbstverständlich sein kann, dass sie es nicht mehr explizit erwähnen.

Die wesentliche pflegerische Leistung im Rahmen der HaH-Versorgung besteht in der Durchführung der Hausbesuche beim Patienten. Zusätzlich haben bei einzelnen Modellen die Patienten die Möglichkeit, die Pflegekräfte telefonisch zu erreichen (Hernandez et al. 2003; Sala et al. 2001; Ojoo et al. 2002) und bei einem Modell ruft die Pflegekraft die Patienten zur weiteren Unterstützung zusätzlich zu den Hausbesuchen an (Ward et al. 2005).

Bei drei Modellen werden zu den Tätigkeiten der Pflegekräfte während der Hausbesuche keine genauen Angaben gemacht (Davies et al. 2000; Davison et al. 2006; Ward et al. 2005). Bei den anderen fünf Modellen steht die Beurteilung des Zustands des Patienten und seiner Fortschritte im Mittelpunkt. Hierzu kann neben einer allgemeinen klinischen Einschätzung die Kontrolle von Puls, Blutdruck, Temperatur und der peripheren Sauerstoffsättigung gehören (Hernandez et al. 2003; Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Sala et al. 2001). Bei einem Modell gehört auch die Abnahme einer arteriellen BGA dazu (Hernandez et al. 2003), bei einem weiteren die Durchführung einer Spirometrie und die Auskultation der Lunge (Cotton et al. 2000, Schofield, Knussen, Tolson 2006). Bei zwei Modellen wird von den Pflegekräften das Sputum der Patienten kontrolliert (Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Sala et al. 2001) und ebenfalls bei zwei Modellen wird ausdrücklich erwähnt, dass die Pflegekräfte im Rahmen der Hausbesuche edukative Maßnahmen durchführen

(Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Ojoo et al. 2002). Bei dem von *Hernandez et al.* (2003) beschriebenen HaH-Modell erhalten die Patienten noch vor Entlassung aus dem Krankenhaus eine zweistündige Patientenedukation, deren Inhalte dann während der Hausbesuche vertieft werden.

Der Beginn und die Dauer der HaH-Versorgung sowie die Anzahl der Hausbesuche variiert. So werden z.B. bei *Davies et al.* (2000) die Patienten von einer Pflegekraft aus dem Krankenhaus nach Hause begleitet und erhalten an den folgenden drei Tagen jeweils zwei Hausbesuche. Die Durchführung weiterer Hausbesuche liegt im Ermessen der Pflegekraft und es wurden im Durchschnitt elf Hausbesuche pro Patient durchgeführt. Anders z.B. bei *Hernandez et al.* (2003) wo der erste Hausbesuch innerhalb von 24 Stunden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt wird. Der Patient hat dann ein Anrecht auf maximal fünf Hausbesuche innerhalb von acht Wochen, im Schnitt wurden 1,66 Hausbesuche pro Patient durchgeführt.

In keiner der Studien wird berichtet, dass die Pflegekräfte die Therapie selbständig verändern. Für fünf Modelle wird jedoch beschrieben, dass sie bei Bedarf Kontakt mit dem Arzt aufnehmen und nach Rücksprache mit diesem die Therapie anpassen können. Ob dies der im Krankenhaus behandelnde Arzt (*Hernandez et al.* 2003; *Cotton et al.* 2000; *Schofield, Knussen, Tolson* 2006; *Sala et al.* 2001) oder der in der Primärversorgung tätige Allgemeinarzt (*Skwarska et al.* 2000; *Ward et al.* 2005) ist, hängt dabei von der Organisation des HaH-Modells ab. Bei drei der ganz oder teilweise krankenhausbasierten Modellen finden des Weiteren regelmäßige Besprechungen der Pflegekräfte mit den im Krankenhaus tätigen Ärzten bzw. den dortigen Teams für Atemwegserkrankungen statt (*Davison et al.* 2006; *Sala et al.* 2001; *Skwarska et al.* 2000).

In zwei Studien wird über die Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit anderen Berufsgruppen außer den Ärzten berichtet. So können die Pflegekräfte bei dem von *Ward et al.* (2005) beschriebenen RICT aufgrund der organisatorischen Einbettung in ein umfassenderes Intermediate Care Team Physiotherapeuten und Ergotherapeuten einschalten. In der Studie von *Davies* (2000) arbeiten die Pflegekräfte, die die HaH-Versorgung durchführen, mit den zuständigen District Nurses zusammen. Letztere übernehmen im Bedarfsfall die Versorgung der Patienten abends und nachts. Des Weiteren ist hier eine Unterstützung durch Social Services²⁶ bei Bedarf sofort verfügbar.

Die Entlassung des Patienten aus der HaH-Versorgung liegt in fünf Modellen im Ermessen der Pflegekraft (*Hernandez et al.* 2003; *Cotton et al.* 2000; *Schofield, Knussen, Tolson* 2006; *Davies et al.* 2000; *Davison et al.* 2006; *Skwarska et al.* 2000), in zwei Artikeln wird dazu keine Angabe gemacht (*Ward et al.* 2005; *Ojoo et al.* 2002) und lediglich bei einem Modell wird der Patient vor Entlassung von einem Facharzt angesehen (*Sala et al.* 2001).

²⁶ Diese Social Services bieten hauswirtschaftliche Hilfe, Unterstützung bei der Körperpflege und beim Ankleiden, Essen auf Rädern sowie Sitzwachen (*Davies et al.* 2000).

Zur formalen Qualifikation der Pflegekräfte, die die HaH-Versorgung durchführen, wird in einem Artikel keine Angabe gemacht (Skwarska et al. 2000). In den beiden spanischen Studien ist von einer Specialised Clinical Nurse bzw. einer Specialised Respiratory Nurse die Rede (Hernandez et al. 2003; Sala et al. 2001). Bei den Modellen aus Großbritannien werden in drei Fällen die pflegerischen Leistungen von Specialist Nurses erbracht (Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Davies et al. 2000, Ward et al. 2005). *Ojoo et al.* (2002) spricht von Respiratory Outreach Nurses und verdeutlicht die formale Qualifikation nicht näher. Die von *Davison et al.* (2006) beschriebene HaH-Versorgung wird von besonders geschulten District Nurses, Registered General Nurses und Nurse Auxiliaries²⁷, die als Team mit einer auf Atemwegserkrankungen spezialisierten CNS zusammenarbeiten, durchgeführt.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die von Pflegekräften im Rahmen von HaH erbrachten Leistungen ein weites Spektrum umfassen. Dieses Spektrum reicht von der Aufnahme der Krankengeschichte über die Durchführung bzw. Initiierung diagnostischer Untersuchungen bis hin zur Beurteilung der erhobenen Befunde und der Veranlassung von ggf. notwendigen Therapieänderungen. Hinzu kommen die Durchführung von edukativen Maßnahmen sowie die Entscheidung über die Entlassung des Patienten aus der HaH-Versorgung.

Die Berufsbezeichnungen der Pflegekräfte, die die HaH-Versorgung durchführen, deuten darauf hin, dass in fünf Modellen Pflegekräfte mit einer klinischen Spezialisierung eingesetzt werden (Hernandez et al. 2003; Sala et al. 2001; Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Davies et al. 2000, Ward et al. 2005). Die von *Ojoo et al.* (2002) gewählte Berufsbezeichnung Respiratory Outreach Nurse lässt diesen Schluss m. E. ebenfalls zu. In dem von *Davison et al.* (2006) beschriebenen Modell sind die Pflegekräfte besonders auf den Einsatz in der HaH-Versorgung vorbereitet worden, verfügen aber nicht über eine klinische Spezialisierung. In diesem Modell ist jedoch die CNS auf Atemwegserkrankungen spezialisiert. Damit kommt hier eine Pflegekraft im Sinne von ANP zum Einsatz, die allerdings keine Tätigkeiten direkt in der HaH-Versorgung übernimmt.

Die Pflegekräfte führen die HaH-Versorgung nicht völlig selbständig durch. So entscheiden außer in der Studie von *Ward et al.* (2005) in allen Modellen Ärzte über die endgültige Aufnahme der Patienten in die HaH-Versorgung. Auch die letztendliche Entscheidung über Therapieänderungen wird von Ärzten getroffen. Unklar bleibt, inwieweit die Pflegekräfte selber über die Auswahl der durchzuführenden Untersuchungen entscheiden, oder ob diese nach einem Routineschema von den Pflegekräften lediglich durchgeführt bzw. initiiert werden. Auffallend ist jedoch, dass in fünf Modellen die Pflegekräfte über die Entlassung des Patienten entscheiden (Hernandez et al. 2003; Cotton et al. 2000; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Davies et al. 2000; Davison et al. 2006; Skwarska et al. 2000).

²⁷ Nursing Auxiliaries sind Hilfskräfte, die ein mindestens dreimonatiges betriebliches Training ohne begleitende schulische Ausbildung absolviert haben (Filkins, Landenberger 2005: 88).

4.2.2 Patientenedukation

In die Kategorie Patientenedukation²⁸ wurden die Studien aufgenommen, in denen die pflegerische Leistung darauf abzielt, den Patienten Wissen zu vermitteln und/oder sie in der Entwicklung von Bewältigungs- und Selbstmanagementkompetenzen zu unterstützen (Müller-Mundt et al. 2000).²⁹

Insgesamt wurden sechs Studien eingeschlossen, von denen sich fünf auf COPD und eine auf RA bezieht (siehe Anhang 3). Die untersuchten Edukationsmaßnahmen unterscheiden sich dabei sowohl in der gewählten Form (Einzel- oder Gruppenschulung) als auch in der Anzahl der Schuleinheiten sowie in der gesamten Dauer der Edukationsmaßnahme. In Tabelle 2 sind die Studien bezüglich der gewählten Form der Patientenedukation näher beschrieben.

Studien	Form der Edukation	Häufigkeit und Dauer
- Carrieri-Kohlman et al. 1996 - Carrieri-Kohlman et al. 2001	Einzelbildung	- 12x in 4-6 Wochen - danach über 8 Wochen wöchentlich 1 Telefonat
- Coultas et al. 2005	Einzelbildung	- Initial Hausbesuch - danach über 6 Monate mind. 1 Telefonat pro Monat
- Gallefoss, Bakke 1999 - Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999 - Gallefoss, Bakke 2000a - Gallefoss, Bakke 2000b	Gruppenschulung mit nachfolgenden Einzelsitzungen	- 4x 2-stündige Gruppensitzung - danach jeweils 1-2 Einzelsitzungen bei einer Pflegekraft und bei einem Physiotherapeuten
- Monninkhof et al. 2003	Gruppenschulung	- 5x 2-stündige Gruppensitzungen über 4 Monate - über 1 Jahr 1-2x pro Woche Fitnessprogramm mit dem Physiotherapeuten
- Sinclair et al. 1998	Gruppenschulung	- 3 Gruppensitzungen, Zeitraum nicht näher benannt
- Wong, Wong, Chan 2005	Einzelbildung	- initial Treffen mit dem Patienten - danach 2 Telefonate im Zeitraum von 3 Wochen

Tabelle 2: Formen der Patientenedukation (eigene Darstellung)

In drei Studien wird eine Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit anderen Berufsgruppen beschrieben. So wird in einer Studie jeweils eine der zweistündigen Gruppensitzungen von einem Arzt, einem Apotheker und einem Physiotherapeuten abgehalten, die vierte Sitzung wurde von einer Pflegekraft durchgeführt. Des Weiteren haben die Patienten hier im Anschluss an die Gruppensitzungen sowohl bei der Pflegekraft als auch bei dem Physiotherapeuten Einzelsitzungen (Gallefoss, Bakke 1999; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Gallefoss, Bakke 2000a; Gallefoss, Bakke 2000b). In einer weiteren Studie wird neben

²⁸ Wie bereits in Kapitel 2 erwähnt, wurde diese Kategorie aufgenommen, da Patientenedukation in der pflegefachlichen Diskussion in Deutschland durchaus als pflegerische Aufgabe anerkannt ist, jedoch immer wieder darauf hingewiesen wird, dass diese Aufgabe in der Pflegeausbildung und Pflegepraxis nur wenig wahrgenommen wird (Müller-Mundt et al. 2000; Bartholomeyczik 2007: 144).

²⁹ Bei der Studie von Coultas et al. (2005: 2018) war das Ziel: „[...] to investigate the effectiveness of increasing access to selected components of pulmonary rehabilitation [...]“. Da es sich bei diesen ausgewählten Komponenten jedoch um Patientenedukation im Sinne obiger Erläuterung handelt, wurde diese Studie der Kategorie Patientenedukation und nicht der Kategorie Ambulante Rehabilitation zugeordnet.

der Edukationsmaßnahme über 2 Jahre hinweg 1-2x pro Woche von einem Physiotherapeuten ein Fitnessprogramm durchgeführt (Monninkhof et al. 2003). Bei der von *Wong, Wong, Chan* (2005) beschriebenen Maßnahme können die Patienten bei Bedarf an eine CNS, einen Allgemeinarzt oder an eine Notaufnahme überwiesen werden.

Die im Rahmen der Patientenedukation erbrachten pflegerischen Leistungen sind abhängig vom Ziel der edukativen Maßnahme.³⁰ Dabei umfasst das Spektrum der pflegerischen Leistungen neben der Vermittlung von Wissen auch die Einübung von Fertigkeiten (z.B. Durchführung von Inhalationen) und Fähigkeiten (z.B. Atem- und Entspannungstechniken) (Coultras et al. 2005; Gallefoss, Bakke 1999; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Gallefoss, Bakke 2000a; Gallefoss, Bakke 2000b; Monninkhof et al. 2003; Carrieri-Kohlman et al. 1996; Carrieri-Kohlman et al. 2001; Wong, Wong, Chan 2005). In vier Studien sind das Vereinbaren von Zielen mit dem Patienten und die Evaluation des Zielerreichungsgrads Teil der pflegerischen Leistung (Carrieri-Kohlman et al. 1996; Carrieri-Kohlman et al. 2001; Gallefoss, Bakke 1999; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Gallefoss, Bakke 2000a; Gallefoss, Bakke 2000b; Sinclair et al. 1998; Wong, Wong, Chan 2005). Bei drei Edukationsprogrammen für COPD-Patienten wird ein abgestufter Maßnahmenplan für Exacerbationen vorgestellt, individuell angepasst und der Umgang damit den Patienten vermittelt (Coultras et al. 2005; Gallefoss, Bakke 1999; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Gallefoss, Bakke 2000a; Gallefoss, Bakke 2000b; Monninkhof et al. 2003). In zwei Studien werden komplexe kognitiv-verhaltensorientierte Interventionen durchgeführt (Carrieri-Kohlman et al. 1996; Carrieri-Kohlman et al. 2001; Sinclair et al. 1998). Bei vier Maßnahmen werden unterstützende Materialien (z.B. Videofilme, Broschüren) eingesetzt (Carrieri-Kohlman et al. 1996; Carrieri-Kohlman et al. 2001; Gallefoss, Bakke 1999; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Gallefoss, Bakke 2000a; Gallefoss, Bakke 2000b; Sinclair et al. 1998; Monninkhof et al. 2003). Bei einer Maßnahme wird die Edukation in Verbindung mit einem Laufbandtraining und Walking-Trainingseinheiten durchgeführt (Carrieri-Kohlman et al. 1996; Carrieri-Kohlman et al. 2001).

Die Patientenedukation wird in zwei Studien von Pflegekräften („Nurses“) durchgeführt, die besonders für die Durchführung dieser Maßnahme geschult wurden (Coultras et al. 2005; Gallefoss, Bakke 1999; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Gallefoss, Bakke 2000a; Gallefoss, Bakke 2000b). In zwei Studien sind die durchführenden Pflegekräfte RN (Carrieri-Kohlman et al. 1996; Carrieri-Kohlman et al. 2001; Wong, Wong, Chan 2005), in einer Studie führt eine Respiratory Nurse die Maßnahme durch (Monninkhof et al. 2003) und in einer weiteren Studie sind es Pflegekräfte im Sinne von ANP mit ausdrücklich erwähntem Master-Abschluss (Sinclair et al. 1998).

³⁰ In der Studie von *Coultras et al.* (2005) werden zwei unterschiedliche Interventionen durchgeführt. In einer Gruppe soll hauptsächlich Wissen vermittelt werden, in der zweiten Gruppe wird zusätzlich über patientenzentrierte Interaktion angestrebt, Veränderungen in den Selbstmanagementfähigkeiten und im Lebensstil zu erreichen. In diesem Abschnitt werden die von den Pflegekräften erbrachten Leistungen für beide Gruppen gemeinsam beschrieben.

Auffallend ist, dass die edukativen Maßnahmen in vier Studien von „normalen“ Pflegekräften durchgeführt werden. Dies spricht dafür, dass Patientenedukation z.B. in den USA als Kernaufgabe der Pflege angesehen wird (Buckley-Viertel 2001: 46; Müller-Mundt et al. 2000: 42). Dabei gehen die edukativen Maßnahmen durchaus über eine reine Wissensvermittlung hinaus, wie die obige Darstellung der pflegerischen Leistungen verdeutlicht. Es deutet sich jedoch an, dass weit reichende Formen der Patientenedukation eher von formal höher qualifizierten Pflegekräften durchgeführt werden. So ist die eine Studie, in der die Patientenedukation von Pflegekräften im Sinne von ANP durchgeführt wird, eine der beiden Studien, in der komplexe kognitiv-verhaltensorientierte Interventionen durchgeführt werden (Sinclair et al. 1998).

4.2.3 Educational Outreach

O'Brien et al. (2007: 2) definieren Educational Outreach folgendermaßen: „*The term educational outreach visit is used to describe a personal visit by a trained person to health professionals in their own settings. [...] Originally described as a multi-component process by Soumerai 1989, key principles included surveys of practitioners to determine barriers to appropriate practice and the subsequent development of an intervention that was tailored to address those barriers using simple messages; targeting of practitioners with low compliance; and the delivery of the intervention by a respected person. The intervention often included feedback on existing practice.*“ Im Sinne dieser Definition wurden in diese Kategorie Studien aufgenommen, in denen Pflegekräfte andere professionelle Gesundheitsdienstleister in deren Arbeitsumgebung aufsuchen und diese bei der Weiterentwicklung ihrer Arbeitspraxis unterstützen. In den Studien musste dabei nach den Einschlusskriterien dieser Arbeit (siehe Kapitel 2) der Nutzen dieser Maßnahme für die Patienten erfasst werden.

Es wurden zwei solcher Studien gefunden, von denen sich eine auf die Behandlung von Patienten mit COPD (Rea et al. 2004) und die andere auf die Therapie von Patienten mit RA bezieht (Grahame, West 1996; siehe Anhang 3). Das Educational Outreach wird in beiden Studien in Allgemeinarztpraxen durchgeführt. In einer Studie sind sowohl der Allgemeinarzt als auch die Practice Nurse Ziel der Intervention; sie sollen bei der Implementierung eines Disease Management Programms (DMP) unterstützt werden (Rea et al. 2004). In der anderen Studie hingegen bezieht sich das Educational Outreach nur auf die Practice Nurse (Grahame, West 1996). Diesen Zielgruppen entsprechen auch die Berufe derjenigen, die das Educational Outreach durchführen. Bei Rea et al. (2004) sind dies ein Facharzt für Atemwegserkrankungen und eine Respiratory Specialist Nurse, bei Grahame und West (1996) ist es eine Rheumatology Nurse Practitioner. In beiden Studien sind die Durchführenden organisatorisch an einem Krankenhaus angesiedelt.

Ein Teil der pflegerischen Leistung³¹ besteht darin, zusammen mit der Practice Nurse Patienten zu betreuen (Rea et al. 2004; Grahame, West 1996). Bei *Grahame und West* (1996) beinhaltet dies die Durchführung von Patientenedukation, Durchführung einer Anamnese und einer körperlichen Untersuchung, ein Assessment des Wissens, welches der Patient über seine Krankheit hat, die Besprechung der aktuellen Therapie und der damit ggf. verbundenen Probleme sowie die Auseinandersetzung mit evtl. vorhandenen anderen Problemen des Patienten. Die Rheumatology Nurse Practitioner übernimmt dabei zu Beginn die Hauptrolle in der Interaktion mit dem Patienten und lässt nach und nach immer mehr Tätigkeiten von der Practice Nurse ausüben. In der Studie von *Rea et al.* (2004) führen die Respiratory Specialist Nurse und die Practice Nurse gemeinsam Patientenedukation durch. Zusätzlich macht die Respiratory Nurse Specialist einen Hausbesuch bei den Patienten.³² Wird einer der Patienten im Krankenhaus aufgenommen, besucht die Respiratory Nurse Specialist ihn im Krankenhaus, informiert die Allgemeinarztpraxis über den Krankenhausaufenthalt und beteiligt sich an der Entlassungsplanung. Nach der Entlassung führt sie dann einen weiteren Hausbesuch durch.

Sowohl bei *Rea et al.* (2004) als auch bei *Grahame und West* (1996) gehört zur pflegerischen Leistung, der Practice Nurse professionelle Unterstützung zu bieten. *Rea et al.* (2004) beschreiben diese Unterstützung nicht näher, sondern geben nur an, dass in diesem Zusammenhang eine Verbindung zu Einrichtungen und Spezialisten der Sekundärversorgung hergestellt wird. Bei *Grahame und West* (1996) besteht die professionelle Unterstützung darin, dass die Practice Nurse Informationen über staatliche Unterstützungsangebote für die Patienten, über die Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln sowie über Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Spezialisten erhält.

Zur Häufigkeit der Besuche der Respiratory Nurse Specialist in der Allgemeinarztpraxis machen *Rea et al.* (2004) keinen näheren Angaben. Bei *Grahame und West* (1996) besucht die Rheumatology Nurse Practitioner über einen Zeitraum von zwölf Wochen einmal wöchentlich für einen halben Tag die Practice Nurse an ihrem Arbeitsplatz.

Die Leistung der Pflegekräfte, die das Educational Outreach durchführen, kann zusammengefasst als Fortbildung bezeichnet werden, bei der den Practice Nurses Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten vermittelt werden. Diese Fortbildung wird von Pflegekräften durchgeführt, deren Berufsbezeichnung darauf hindeutet, dass sie mindestens über eine klinische Spezialisierung im entsprechenden Fachgebiet verfügen bzw. im Fall der Rheumatology Nurse Practitioner als Pflegekraft im Sinne von ANP bezeichnet werden können.

³¹ Der Begriff „pflegerische Leistung“ bezieht sich im Folgenden immer auf die von der Specialist Nurse bzw. der Nurse Practitioner durchgeführten Leistungen.

³² Dieser sollte im Rahmen des DMP ursprünglich von den Practice Nurses durchgeführt werden, die dies aber aus nicht näher benannten Gründen nicht getan haben.

4.2.4 Ambulante Rehabilitation

Bei den Studien in dieser Kategorie werden Rehabilitationsprogramme untersucht, die nach den in Kapitel 2 aufgeführten Kriterien ambulant durchgeführt werden; die Patienten übernachten also während des Rehabilitationsprogramms in ihrer eigenen Häuslichkeit. Es wurden zwei Studien in diese Kategorie eingeschlossen, die sich beide auf Patienten mit COPD beziehen. Ziel dieser Programme ist, über eine Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit die Selbstpflegekompetenz der Patienten zu steigern (Strijbos et al. 1996a). Die Rehabilitationsmaßnahmen werden in einer stabilen Phase der Erkrankung durchgeführt, d.h., es liegt keine akute Exacerbation vor.

In einer Studie wird das Rehabilitationsprogramm von den Allgemeinärzten der Patienten, einer Home-Care Nurse und einem Physiotherapeuten durchgeführt. Es gibt dabei für jede Berufsgruppe Leitlinien, in die die beteiligten Akteure vor Beginn der Maßnahme von einem Arzt aus dem Krankenhaus, das die Studie durchführte, eingewiesen wurden. (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b). Parallel wurde in dieser Studie eine andere Form der ambulanten Rehabilitation untersucht, die an der Tagesklinik eines Krankenhauses angesiedelt ist. Auch hier wird von den beteiligten Berufsgruppen nach Leitlinien gearbeitet (Strijbos et al. 1996b). Die zweite Studie untersucht ein Rehabilitationsprogramm, das von den Patienten nach einer initialen Einführung komplett zu Hause durchgeführt wird (Oh 2003).

Die Dauer der Rehabilitationsprogramme und die Häufigkeit der Kontakte der Patienten zu den Gesundheitsdienstleistern sind unterschiedlich. In der Studie, in der ein in der Primärversorgung und ein an einer Tagesklinik angesiedeltes Programm untersucht wurden, dauern beide Programme drei Monate (Strijbos et al. 1996; Strijbos et al. 1996b). Im Rahmen des in der Primärversorgung angesiedelten Programms besucht der Patient in dieser Zeit zweimal pro Woche den Physiotherapeuten, konsultiert dreimal zu festgelegten Zeitpunkten seinen Allgemeinarzt und erhält dreimal zu festgelegten Zeitpunkten Hausbesuche von der Pflegekraft (Strijbos et al. 1996a). Im Rahmen des Programms, das an der Tagesklinik durchgeführt wird, kommt der Patient zweimal wöchentlich zum Physiotherapeuten in die Tagesklinik. Des Weiteren erhält er im Rahmen des Programms dreimal eine einstündige Patientenedukation durch die Pflegekraft und konsultiert dreimal einen Arzt der Tagesklinik (Strijbos et al. 1999b). Das von Oh (2003) untersuchte Programm dauert acht Wochen. Hier erhalten die Patienten initial eine Einführung in das Programm durch eine Pflegekraft und werden dann zweimal pro Woche von dieser Pflegekraft angerufen. Die Patienten haben auch die Möglichkeit, selber telefonisch Kontakt zur Pflegekraft aufzunehmen, um Fragen und/oder Probleme mit dieser zu besprechen.

In allen beschriebenen Rehabilitationsprogrammen gehört Patientenedukation zu den pflegerischen Leistungen. Dabei werden in allen Studien Informationen über die Krankheit und ihre Therapie vermittelt und die Patienten werden in der korrekten Anwendung der Medikamente unterwiesen (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b; Oh 2003). In einer

Studie werden die Patienten außerdem instruiert, bei welchen Veränderungen ihrer Symptome sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen sollen (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b). Im Rahmen des in der Primärversorgung angesiedelten Programms in dieser Studie werden die Patienten zusätzlich noch darin bestärkt, die vom Physiotherapeuten erlernten Übungen auch zu Hause durchzuführen (Strijbos 1996a). In der Studie von Oh (2003) umfasst die Edukation auch Hinweise zur Ernährung, die Einweisung in ein Gerät zum Training der Atemmuskulatur sowie die Einweisung in physiotherapeutische Übungen. Die Patienten erhalten zusätzlich eine Audiokassette, anhand der sie zweimal täglich Entspannungsübungen durchführen sollen. In den nachfolgenden Telefonaten bestärkt die Pflegekraft die Patienten in der täglichen Durchführung der Übungen und klärt auftauchende Probleme.

Zur formalen Qualifikation der Pflegekräfte macht Oh (2003) keine Angaben. In der anderen Studie übernehmen bei dem in der Primärversorgung verankerten Programm Home-Care Nurses den pflegerischen Teil, bei dem an einer Tagesklinik angesiedelten Programm sind es Respiratory Nurses (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Leistungen, die von Pflegekräften im Rahmen von ambulanten Rehabilitationen erbracht werden, überwiegend in der Durchführung von edukativen Maßnahmen bestehen, deren Ziel jedoch, anders als in der Kategorie Patientenedukation, die Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit ist. Dabei werden die Patienten entweder von den Pflegekräften in der Durchführung körperlicher Übungen unterwiesen und/oder die Pflegekräfte bestärken die Patienten in der regelmäßigen Durchführung dieser Übungen. Daneben besteht die pflegerische Leistung hauptsächlich in der Vermittlung von Wissen. Bei den beteiligten Pflegekräften handelt es sich (soweit eine Berufsbezeichnung genannt wird) in einem Fall um eine Pflegekraft mit klinischer Spezialisierung (Strijbos et al. 1996b) und im anderen Fall um eine Pflegekraft, deren formale Qualifikation sich aus der Berufsbezeichnung nicht konkret erschließt (Home-Care Nurse) (Strijbos et al. 1996a). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich dabei um eine Pflegekraft handelt, die nach ihrer Grundausbildung keine höhere formale Qualifikation erreicht hat. Dies entspricht in etwa dem Bild, das sich auch in der Kategorie Patientenedukation bietet.

4.2.5 Erweiterte häusliche Versorgung

In den acht Studien, die in die Kategorie Erweiterte häusliche Versorgung aufgenommen wurden (siehe Anhang 3), werden pflegerische Leistungen untersucht, die über die übliche häusliche Versorgung hinausgehen. Das Spektrum reicht dabei von relativ überschaubaren Interventionen, wie z.B. dem Weiterleiten der Patienten an andere Gesundheitsdienstleister (Ketelaars et al. 1998) bis hin zu komplexen pflegerischen Leistungen, die eher dem Case

Management zuzuordnen sind (Aiken et al. 2006).³³ Eine Studie wurde parallel in Spanien und Belgien durchgeführt, wobei die Intervention jedoch nur in geringem Ausmaß an die jeweiligen Versorgungsstrukturen angepasst wurde (Casas et al. 2006).³⁴

Alle Studien in dieser Kategorie beziehen sich auf Patienten mit COPD, wobei jeweils Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsmerkmalen die Stichprobe bilden. In zwei Studien werden Patienten in die erweiterte häusliche Versorgung aufgenommen, wenn sie aufgrund einer Exacerbation gerade einen Krankenhausaufenthalt hinter sich haben (Casas et al. 2006; Hermiz et al. 2002), in einer weiteren Studie müssen die Patienten innerhalb der letzten zwei Jahre mindestens vier Krankenhausaufenthalte gehabt haben (Poole et al. 2001). Bei *Ketelaars et al.* (1998) werden die Patienten direkt im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme über die erweiterte häusliche Versorgung weiter betreut. In den anderen vier Studien geht der erweiterten häuslichen Versorgung nicht zwingend eine stationäre Versorgung voraus. *Farrero et al.* (2001) beschränken die erweiterte häusliche Versorgung jedoch auf die Patienten, die seit mindestens sechs Monaten zu Hause Sauerstoff erhalten. In der Studie von *Aiken et al.* (2006) haben die Patienten eine angenommene Lebenserwartung von zwei Jahren, wobei jedoch noch die Therapie und nicht die Palliativversorgung im Vordergrund steht. Bei *Smith et al.* (1999) und *Neff, Madigan und Narsavage* (2003) hingegen müssen die Patienten lediglich relativ stabil sein.

In vier Studien sind die Pflegekräfte organisatorisch an einem Krankenhaus angesiedelt (Casas et al. 2006; Poole et al. 2001; Smith et al. 1999; Farrero et al. 2001), in vier Studien in der Primärversorgung (Aiken et al. 2006; Hermiz et al. 2002; Ketelaars et al. 1998; Neff, Madigan, Narsavage 2003). In drei Studien ist die Pflegekraft Teil eines Teams, das die erweiterte häusliche Versorgung gemeinsam durchführt. Die anderen Teammitglieder sind entweder Sozialarbeiter (Poole et al. 2001), andere Pflegekräfte unterschiedlicher Qualifikation (Neff, Madigan, Narsavage 2003) oder ein Facharzt für Atemwegserkrankungen (Farrero et al. 2001). Bei *Aiken et al.* (2006) erhält die Pflegekraft von einem Arzt, einem Sozialarbeiter und einem Seelsorger Unterstützung.

In fünf Studien wird auch die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern im Rahmen der erweiterten häuslichen Versorgung beschrieben (Aiken et al. 2006; Casas et al. 2006; Smith et al. 1999; Hermiz et al. 2002; Ketelaars et al. 1998). Näher benannt werden diesbezüglich der Allgemeinarzt der Patienten (Aiken et al. 2006; Casas et al. 2006; Smith et al. 1999; Hermiz et al. 2002), ein Sozialarbeiter (Casas et al. 2006; Smith et al. 1999) sowie Pflegekräfte der Primärversorgung (Casas et al. 2006). Des Weiteren können die Pflegekräfte

³³ Unter „Case Management“ wird dabei im Sinne von *Ewers* (2000: 54 f.) ein Konzept verstanden, dessen Wesenskern darin besteht, „[...] daß es in Anlehnung an die Zielvorstellungen einer kontinuierlichen und integrierten Versorgung (continuum of care) die zeitlichen und räumlichen Dimensionen des Versorgungsgeschehens überbrückt [...]“ und somit ein langfristiges, auf Kontinuität ausgerichtetes Versorgungsangebot quer zu den bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems darstellt.

³⁴ In dieser Studie wurden die Hausbesuche bei den Patienten im spanischen Zweig von Pflegekräften und im belgischen Zweig von den Allgemeinärzten der Patienten durchgeführt (Casas et al. 2006).

bei drei Versorgungsformen die Patienten an weitere Dienste (z.B. zur psychologischen Beratung) überweisen (Aiken et al. 2006; Hermiz et al. 2003; Ketelaars et al. 1998). Bei *Aiken et al.* (2006) ist die Pflegekraft für die Koordinierung der gesamten Versorgung des Patienten zuständig und arbeitet auch mit der für den Patienten zuständigen Managed Care Organisation³⁵ zusammen.

Diese Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern wird unterschiedlich gestaltet. Bei *Aiken et al.* (2006) und *Hermiz et al.* (2002) informiert die Pflegekraft den Allgemeinarzt über den von ihr entwickelten Versorgungsplan und nimmt bei Bedarf auch im weiteren Verlauf Kontakt zu ihm auf. Bei der von *Smith et al.* (1999) beschriebenen erweiterten häuslichen Versorgung initiiert die Pflegekraft im Bedarfsfall bei Patienten, die aus dem Krankenhaus in die Versorgung übernommen werden, zu Beginn eine Fallbesprechung mit dem Allgemeinarzt des Patienten, einem Sozialarbeiter und dem im Krankenhaus zuständigen Arzt. Bei Patienten, die vor der erweiterten häuslichen Versorgung nicht in einem Krankenhaus stationär aufgenommen waren, bespricht sie offene Bedarfe mit dem Allgemeinarzt, den sie im Verlauf auch weiter über den Patienten informiert. In der Studie von *Casas et al.* (2006) erörtert die Pflegekraft den von ihr entwickelten Versorgungsplan mit dem gesamten Team der Primärversorgung. Im spanischen Zweig dieser Studie wird auch der erste Hausbesuch beim Patienten von der Pflegekraft, dem Allgemeinarzt des Patienten, der Pflegekraft der Primärversorgung und einem Sozialarbeiter gemeinsam durchgeführt. Des Weiteren kann das Team der Primärversorgung sowohl im spanischen als auch im belgischen Zweig der Studie die Pflegekraft über ein Callcenter erreichen und anhand einer EDV-gestützten Patientenakte, auf die alle Beteiligten Zugriff haben, offene Fragen klären.

In allen Versorgungsformen werden von den Pflegekräften Hausbesuche beim Patienten durchgeführt, wobei die Häufigkeit der Hausbesuche und die Dauer der erweiterten häuslichen Versorgung unterschiedlich sind (*Casas et al.* 2006; *Poole et al.* 2001; *Smith et al.* 1999; *Farrero et al.* 2001; *Aiken et al.* 2006; *Hermiz et al.* 2002; *Ketelaars et al.* 1998; *Neff, Madigan, Narsavage* 2003). In der Studie von *Casas et al.* (2006) wird allerdings nur im spanischen Zweig der Studie ein obligatorischer Hausbesuch von der Pflegekraft durchgeführt. Im belgischen Zweig dieser Studie werden die Hausbesuche nur bei Bedarf von den Allgemeinärzten der Patienten durchgeführt. Die Patienten haben jedoch in beiden Zweigen der Studie die Möglichkeit, die Pflegekraft über das Callcenter zu erreichen und einen Hausbesuch anzufordern. In fünf Versorgungsformen erhalten die Patienten zusätzlich zu den Hausbesuchen telefonische Unterstützung von der Pflegekraft bzw. können diese von sich aus anrufen (*Aiken et al.* 2006; *Poole et al.* 2001; *Neff, Madigan, Narsavage* 2003; *Farrero et al.* 2001; *Casas et al.* 2006). Bei *Neff, Madigan und Narsavage* (2003) ist die Pflegekraft 24 Stunden täglich zu erreichen. Bei *Aiken et al.* (2006) begleitet die Pflegekraft außerdem den Patienten im Bedarfsfall auch zum Allgemeinarzt, um dort die Versorgung zu besprechen.

³⁵ Managed Care Organisationen bieten vertraglich festgelegte Leistungen von Pflegediensten an (*Kim* 2001).

Bei sechs der dargestellten Versorgungsformen wird die Durchführung eines Assessments als pflegerische Leistung genannt. Der Umfang dieses Assessments wird bei *Neff, Madigan und Narsavage* (2003) und *Smith et al.* (1999) nicht näher beschrieben. In den anderen vier Studien gehört die Erfassung des aktuellen Gesundheitsstatus dazu (Aiken et al. 2006; Casas et al. 2006; Poole et al. 2001; Hermiz et al. 2002). In zwei Studien wird der Bedarf an sozialer Unterstützung ermittelt (Casas et al. 2006; Poole et al. 2001), ebenfalls in zwei Studien die Notwendigkeit weiterführender Hilfen (Hermiz et al. 2002; Aiken et al. 2006) sowie in einer Studie spirituelle und psychologische Bedürfnisse (Aiken et al. 2006).

In drei Studien wird davon berichtet, dass auf der Grundlage des Assessments von der Pflegekraft ein Versorgungsplan erstellt wird, der mit dem Allgemeinarzt bzw. dem Team der Primärversorgung besprochen wird (Aiken et al. 2006; Hermiz et al. 2002 bzw. Casas et al. 2006). Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass in den anderen Studien kein Assessment durchgeführt und kein Versorgungsplan erstellt wird, da diese Aufgaben für die Autoren durchaus so selbstverständlich sein können, dass sie sie nicht ausdrücklich aufführen (siehe Kapitel 4.2.1).

Eine weitere Aufgabe der Pflegekräfte ist bei sechs Versorgungsformen die Patientenedukation (Aiken et al. 2006; Casas et al. 2006; Poole et al. 2001; Smith et al. 1999; Hermiz et al. 2002; Ketelaars et al. 1998).

Bei zwei der beschriebenen Versorgungsformen gehört die Durchführung einer Spirometrie und die Messung der peripheren Sauerstoffsättigung zu den pflegerischen Leistungen (Smith et al. 1999; Farrero et al. 2001), wohingegen in einem Artikel ausdrücklich erwähnt wird, dass im Rahmen der erweiterten häuslichen Versorgung keine körperlichen Untersuchungen durch die Pflegekraft vorgenommen werden (Ketelaars et al. 1998).

In der von *Poole et al.* (2001) beschriebenen Versorgungsform wird die Pflegekraft informiert, wenn der Patient in das Krankenhaus kommt. Sie versucht dann möglichst schon in der Aufnahmesituation zu prüfen, ob sich die Aufnahme vermeiden lässt. Muss der Patient stationär aufgenommen werden, besucht sie ihn täglich und wird auch in die Entlassungsplanung involviert.

Die formale Qualifikation der Pflegekräfte ist bei den beschriebenen Versorgungsformen nicht einheitlich. In drei Fällen handelt es sich um Respiratory Nurses (Casas et al. 2006; Smith et al. 1999; Farrero et al. 2001), bei *Aiken et al.* (2006) werden die Pflegekräfte als Nurse Case Managers benannt. In zwei Studien wird die erweiterte häusliche Versorgung von Community Nurses durchgeführt, die bei *Ketelaars et al.* (1998) speziell für die erweiterten Aufgaben geschult wurden (Hermiz et al. 2002; Ketelaars et al. 1998). Bei *Poole et al.* (2001) und bei *Neff, Madigan und Narsavage* (2003) sind Pflegekräfte im Sinne von ANP involviert. Im ersten Fall handelt es sich dabei um eine CNS (Poole et al. 2001), im zweiten Fall um eine APN, die einem Team von auf Atemwegserkrankungen spezialisierten Registered Nurses und Licensed Practical Nurses vorgesetzt ist und gemeinsam mit diesen die erweiterte häusliche

Versorgung durchführt (Neff, Madigan, Narsavage 2003). Dabei besteht die Aufgabe der APN darin, die anderen Pflegekräfte zu kontrollieren, zu unterstützen und sie zu schulen. Lediglich Hochrisikopatienten versorgt die APN selbst.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die pflegerischen Leistungen in dieser Kategorie vielfältig sind. Sie umfassen die Durchführung von Assessments, die Erstellung von Versorgungsplänen, die Durchführung körperlicher Untersuchungen und edukativer Maßnahmen. Hinzu kommt die Möglichkeit, Patienten an andere Gesundheitsdienstleister zu überweisen und in einer Studie die Koordination der gesamten Versorgung des Patienten (Aiken et al. 2006).

Ähnlich vielfältig sind auch die Berufsbezeichnungen der Pflegekräfte, wobei dies durchaus auch der Tatsache geschuldet ist, dass die Studien aus sechs unterschiedlichen Ländern stammen. In drei Studien lässt sich aus der Berufsbezeichnung jedoch schließen, dass die Pflegekraft über eine klinische Spezialisierung im Bereich der Atemwegserkrankungen verfügen (Casas et al. 2006; Smith et al. 1999; Farrero et al. 2001). In zwei weiteren Studien werden Pflegekräfte im Sinne von ANP eingesetzt, die jedoch in einer Studie hauptsächlich Leitungsaufgaben wahrnimmt (Poole et al. 2001; Neff, Madigan, Narsavage 2003).

4.2.6 Pflegesprechstunden

Unter Pflegesprechstunden werden im Rahmen dieser Arbeit Sprechstunden verstanden, die regelmäßig von Pflegekräften angeboten werden und in denen sie die Patienten eigenverantwortlich betreuen.

In diese Kategorie wurden sieben Studien aufgenommen, wobei in allen Studien die Pflegesprechstunde für Patienten mit RA angeboten wird (siehe Anhang 3)³⁶. Fünf der Pflegesprechstunden sind organisatorisch an einem Krankenhaus angesiedelt (Arthur, Clifford 2004³⁷; Ryan et al. 2006; Hill 1997³⁸; Hill, Thorpe, Bird 2003³⁸; Arvidsson et al. 2006), zweimal finden sie unter der gemeinsamen Verantwortung eines Krankenhauses und einer Organisation der ambulanten Pflege statt (Timmink et al. 2001³⁸; Tjihuis et al. 2002; Tjihuis et al. 2003). Drei der Pflegesprechstunden werden zusätzlich zu der ambulanten Versorgung der Patienten durch einen Arzt durchgeführt (Ryan et al. 2006; Timmink et al. 2001; Tjihuis et al. 2002; Tjihuis et al. 2003), viermal finden sie anstelle der ärztlichen Versorgung statt (Arthur, Clifford 2004; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003; Arvidsson et al. 2006). In zwei Studien wird

³⁶ In der Studie von *Timmink et al.* (2001) bestand die Population aus Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Ca. 20% der Patienten hatten keine RA. Da jedoch mit 80% der wirklich überwiegende Teil der Population an RA erkrankt war, wurde diese Studie in die Übersicht eingeschlossen.

³⁷ In dieser Studie wird zur Beschreibung der pflegerischen Tätigkeiten im Rahmen der Pflegesprechstunde auf den Artikel von *Arthur* (1994) verwiesen. Die Beschreibung der pflegerischen Leistung aus diesem Artikel ist in die Auswertung der Studie mit eingeflossen, es wird jedoch jeweils nur auf *Arthur und Clifford* (2004) verwiesen.

³⁸ Die Studien von *Hill* (1997) und *Hill, Thorpe und Bird* (2003) beziehen sich auf dieselbe Form der Pflegesprechstunde, die bei *Hill et al.* (1994) beschrieben ist. Auch *Timmink et al.* (2001) verweisen bezüglich der Beschreibung der pflegerischen Leistung auf diesen Artikel. Die Beschreibung der pflegerischen Tätigkeiten von *Hill et al.* (1994) ist in diesen Abschnitt eingeflossen, es wird jedoch jeweils nur auf *Hill* (1997), *Hill, Thorpe und Bird* (2003) und *Timmink et al.* (2001) verwiesen.

außerdem davon berichtet, dass die Versorgung der Patienten in der Pflegesprechstunde zeitlich begrenzt ist (Tijhuis et al. 2002; Tijhuis et al. 2003; Arthur, Clifford 2004). In diesen beiden Studien trifft die Pflegekraft die Entscheidung darüber, wann die Betreuung des Patienten beendet wird.

In allen beschriebenen Formen der Pflegesprechstunde ist die Durchführung von Patientenedukation Teil der pflegerischen Leistung. Dies umfasst sowohl das Vermitteln von Informationen über die Krankheit und die Therapie als auch psychosoziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. In einer Studie wenden die Pflegekräfte mit „Pendleton's consultation framework“ ein Instrument zum Assessment von Problemen bei der Krankheitsbewältigung an (Ryan et al. 2006).

Die Überwachung der Therapie gehört in sechs Studien zu den Aufgaben der Pflegekräfte (Arthur, Clifford 2004; Ryan et al. 2006; Temmink et al. 2001; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003; Arvidsson et al. 2006). In einer Studie werden dazu keine näheren Angaben gemacht (Arvidsson et al. 2006), in fünf Studien wird diesbezüglich die Durchführung von Blutentnahmen genannt (Arthur, Clifford 2004; Ryan et al. 2006; Temmink et al. 2001; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003). *Ryan et al.* (2006) führen des Weiteren an, dass die Pflegekräfte die Patienten gezielt nach Nebenwirkungen der Therapie befragen und in der Studie von *Arthur und Clifford* (2004) gehören die körperliche Untersuchung der Patienten sowie die Messung der Groben Kraft zu den Aufgaben der Pflegekräfte.

Die Anpassung der Therapie wird nur bei *Arthur und Clifford* (2004) als pflegerische Leistung genannt. Hier werden die Patienten durch einen Rheumatologen zur Einstellung auf DMARD (Disease modifying anti-rheumatic drugs) in die Pflegesprechstunde überwiesen. Nach erfolgter Einstellung wird der Patient dann zurück an seinen Allgemeinarzt überwiesen. In vier Studien überweisen die Pflegekräfte die Patienten wieder an den Rheumatologen, wenn eine Änderung der Therapie notwendig ist (Temmink et al. 2001; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003; Tijhuis et al. 2002; Tijhuis et al. 2003), wobei die Pflegekraft dafür in drei Studien direkten Zugang zum Rheumatologen hat (Temmink et al. 2001; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003). In zwei Studien bleibt das Procedere unklar (Ryan et al. 2006; Arvidsson et al. 2006).

Bei zwei der beschriebenen Pflegesprechstunden gehört auch die Verabreichung von Medikamenten zu den pflegerischen Leistungen (Ryan et al. 2006; Arvidsson et al. 2006), wobei *Ryan et al.* (2006) diesbezüglich auch die Verabreichung von Injektionen nennen.

Zur Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit anderen Berufsgruppen werden in sechs Studien Angaben gemacht. Dabei besteht in allen sechs Studien die Möglichkeit, die Patienten bei Bedarf an andere professionelle Gesundheitsdienstleister (z.B. Physiotherapeuten) zu überweisen (Arthur, Clifford 2004; Ryan et al. 2006; Temmink et al. 2001; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003; Tijhuis et al. 2002; Tijhuis et al. 2003).

In einer Studie können die Pflegekräfte des Weiteren in Zusammenarbeit mit dem Rheumatologen notwendige Hilfsmittel verschreiben (Tijhuis et al. 2002; Tijhuis et al. 2003). In

drei Studien haben die Pflegekräfte während der Pflegesprechstunde jederzeit Zugang zum Rheumatologen, um auftauchende Fragen besprechen zu können (Temmink et al. 2001; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003). In diesen drei Studien gibt es auch mündliche Vereinbarungen, wann welche Blutwerte kontrolliert und wann welche Überweisungen getätigt werden.

Zur formalen Qualifikation der Pflegekraft wird in einer Studie keine Aussage gemacht (Arvidsson et al. 2006). In den anderen Studien weisen die genannten Berufsbezeichnungen darauf hin, dass die Pflegekräfte überwiegend über eine klinische Spezialisierung verfügen. Hierbei handelt es sich zweimal um Rheumatology Nurse Specialists (Arthur, Clifford 2004; Temmink et al. 2001), zweimal um eine CNS (Ryan et al. 2006; Tjihuis et al. 2002; Tjihuis et al. 2003) und zweimal um eine Rheumatology Nurse Practitioner (Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003). Auffallend ist, dass in vier Studien Pflegekräfte im Sinne von ANP die pflegerischen Leistungen erbringen (Ryan et al. 2006; Tjihuis et al. 2002; Tjihuis et al. 2003; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Durchführung von Patientenedukation in den Pflegesprechstunden eine wichtige Rolle spielt. Hinzu kommt die Überwachung der Therapie (hauptsächlich durch die Kontrolle der Blutwerte), wobei die Pflegekräfte zum Teil nach einem vorher vereinbarten Schema arbeiten. Die Anpassung der Therapie wird nur in einer Studie von den Pflegekräften vorgenommen, hier handelt es sich um Pflegekräfte mit klinischer Spezialisierung, aber nicht um Pflegekräfte im Sinne von ANP. Eine weitere pflegerische Leistung ist die Überweisung der Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister, auch hier arbeiten die Pflegekräfte teilweise nach einem vorher vereinbarten Schema. In den Studien, in denen die Pflegesprechstunden zeitlich begrenzt sind, entscheiden die Pflegekräfte über die Entlassung der Patienten aus der Versorgung. Insgesamt muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Leistungen der Pflegekräfte in den Pflegesprechstunden nur wenig beschrieben sind. Dies kann darin begründet sein, dass Pflegesprechstunden in anderen Ländern bereits seit längerem etabliert sind und den Autoren daher eine genauere Beschreibung der pflegerischen Tätigkeiten nicht mehr notwendig scheint. Hier wäre es auf jeden Fall empfehlenswert, eine weitere Recherche zum Thema durchzuführen und dabei den Zeitraum deutlich weiter zu fassen.

4.3 Nutzen für die Patienten

Nach der detaillierten Beschreibung der pflegerischen Leistungen erfolgt nun die Darstellung des Nutzens, den die Patienten von diesen pflegerischen Leistungen haben, bevor nach einer kurzen Zusammenfassung des gesamten Kapitels im nächsten Kapitel die Übertragbarkeit der beschriebenen Modelle auf Deutschland überprüft wird.

Da die Literaturrecherche in Bezug auf die pflegerischen Leistungen eher explorativen Charakter hatte und somit Studien unterschiedlicher Methodik und Qualität eingeschlossen wurden, sind die Ergebnisse der einzelnen Studien in den jeweiligen Kategorien nicht

unmittelbar miteinander vergleichbar. Die Patienten wurden nach z.T. verschiedenen Einschlusskriterien ausgewählt und waren unterschiedlich schwer erkrankt. Die durchgeführten Interventionen sind in den einzelnen Kategorien nicht identisch und es wurden verschiedene Forschungsmethoden angewandt. Des Weiteren unterscheiden sich die Studien bezüglich der Stichprobengröße und des Untersuchungszeitraums. Nichtsdestotrotz lassen sich bei näherer Betrachtung durchaus allgemeine Aussagen herausarbeiten, bei denen es sich jedoch nur um Tendenzen und nicht um verallgemeinerbare Ergebnisse handelt.³⁹

4.3.1 Hospital at Home

Sechs der neun Studien in dieser Kategorie sind kontrollierte Studien (siehe Anhang 3). Fünf davon sind RCT (Cotton et al. 2000; Davies et al. 2000; Hernandez et al. 2003; Ojoo et al. 2002; Skwarska et al. 2000), eine ist nicht randomisiert (Sala et al. 2001). Bei einer Studie kann die Stichprobe mit 60 Patienten als klein (Ojoo et al. 2002) und bei drei Studien der Untersuchungszeitraum mit zwei bzw. acht Wochen als kurz angesehen werden (Hernandez et al. 2003, Skwarska et al. 2000; Ojoo et al. 2002). In allen kontrollierten Studien wurden die Patienten der Kontrollgruppe stationär im Krankenhaus versorgt.

Die anderen Studien wurden ohne Kontrollgruppe mit einem Nur-Posttest-Design durchgeführt (Davison et al. 2006; Schofield, Knussen, Tolson 2006; Ward et al 2005). Die Studie von *Schofield, Knussen und Tolson (2006)* beinhaltet zusätzlich qualitative Interviews.

In allen kontrollierten Studien wurde als ein Ergebniskriterium die Anzahl der Krankenhausaufnahmen sowohl während der HaH-Versorgung als auch nach der Entlassung aus der jeweiligen Versorgungsform erfasst. Hier zeigten sich nach Entlassung aus der jeweiligen Versorgungsform zwischen der jeweiligen Interventions- und Kontrollgruppe keine Unterschiede (Hernandez et al. 2003; Cotton et al. 2000; Davies et al. 2000; Sala et al. 2001; Ojoo et al. 2002; Skwarska et al. 2000). Der Anteil der Patienten, die während der HaH-Versorgung in einem Krankenhaus aufgenommen wurden, schwankt bei den HaH-Modellen, die organisatorisch in einem Krankenhaus angesiedelt sind, zwischen 1% (Sala et al. 2001) und 9% (Davies et al. 2000). Dieser Wert liegt bei dem einzigen in der Primärversorgung angesiedelten Modell bei 16% (Ward et al. 2005).

Über den Bedarf der Patienten an Unterstützung durch andere Gesundheitsdienstleister während der HaH-Versorgung bzw. nach Entlassung aus der jeweiligen Versorgungsform wird insgesamt wenig berichtet. In der von *Hernandez et al. (2003)* durchgeführten Studie suchten die Patienten, die im Krankenhaus versorgt worden waren, nach ihrer Entlassung signifikant häufiger eine Notaufnahme auf als die Patienten, die über HaH versorgt wurden. *Skwarska et al. (2000)* berichten, dass es über den gesamten Untersuchungszeitraum zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe in der Anzahl der Konsultationen beim Allgemeinarzt

³⁹ In zwei Studien wurden neben Patienten mit COPD auch Patienten mit anderen Krankheiten untersucht (Aiken et al. 2006; Gallefoss, Bakke 1999; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Gallefoss, Bakke 2000a; Gallefoss, Bakke 2000b). In dieser Arbeit werden jedoch nur die Ergebnisse der Patienten mit COPD berücksichtigt.

keine signifikanten Unterschiede gab. Bei dem von *Davies et al.* (2000) untersuchten HaH-Modell benötigte kein Patient zusätzlich zur HaH-Versorgung Unterstützung von seinem Allgemeinarzt. Hier erhielten 28% der Patienten während der HaH-Versorgung Social Support⁴⁰, wohingegen dies bei 0,7% der im Krankenhaus versorgten Patienten nach der Entlassung der Fall war. Die Pflegekräfte in dem von *Ward et al.* (2005) beschriebenen RICT können Physio- und Ergotherapeuten einzuschalten. Diese Möglichkeit wurde bei 15% der Patienten, die zur Vermeidung einer Krankenhausaufnahme vom RICT betreut wurden, genutzt. Bei den Patienten, die im Rahmen eines verkürzten Krankenhausaufenthaltes versorgt wurden, wurden 22% an Physio- oder Ergotherapeuten überwiesen.

In den kontrollierten Studien, in denen von Todesfällen berichtet wird, gab es bezüglich der Mortalität keine signifikanten Unterschiede zwischen der jeweiligen Interventions- und Kontrollgruppe (*Hernandez et al.* 2003; *Cotton et al.* 2000; *Davies et al.* 2000; *Ojoo et al.* 2002; *Skwarska et al.* 2000). Die von *Davison et al.* (2000) in einer unkontrollierten Studie erfasste Mortalität ist mit denen der kontrollierten Studien vergleichbar.

In drei Studien wurden als ein Ergebniskriterium die durch eine Spirometrie ermittelten Lungenfunktionswerte der Patienten herangezogen. Hier zeigten sich in allen drei Studien sowohl in den Interventions- als auch in den Kontrollgruppen Verbesserungen im Verlauf des untersuchten Zeitraums, zwischen den jeweiligen Gruppen gab es jedoch keine wesentlichen Unterschiede (*Davies et al.* 2000; *Ojoo et al.* 2002; *Skwarska et al.* 2000).

Ein ähnliches Ergebnis ergab sich für die Lebensqualität der Patienten. In zwei Studien gab es diesbezüglich zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe sowohl zu Beginn als auch am Ende der Studie keinen signifikanten Unterschied (*Davies et al.* 2000; *Skwarska et al.* 2000). Lediglich *Hernandez et al.* (2003) berichten, dass sich die Lebensqualität in der Gruppe, die über HaH versorgt wurde, in einem signifikant stärkeren Maß verbessert hatte als in der Kontrollgruppe. In dieser Studie zeigte sich des Weiteren, dass die über HaH versorgten Patienten nach der Entlassung aus der Versorgung signifikant mehr über ihre Erkrankung, über Inhalationstechniken sowie über Möglichkeiten, selbst zu Hause Rehabilitationsübungen durchzuführen, wussten.

Die Zufriedenheit der Patienten mit der jeweiligen Versorgungsform war in den Studien, die dazu Ergebnisse aufführen, insgesamt sehr hoch. In der Studie von *Hernandez et al.* (2003) war die Zufriedenheit der Patienten mit der HaH-Versorgung signifikant höher als die der Patienten, die stationär im Krankenhaus versorgt wurden. In den Studien von *Ojoo et al.* (2002) und *Schofield, Knussen und Tolson* (2006) gab es bei einer allgemein hohen Zufriedenheit mit beiden Versorgungsformen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Bei *Skwarska et al.* (2000) wurde nur die Interventionsgruppe nach der Zufriedenheit befragt. Hier waren 95% der Patienten zufrieden

⁴⁰ Dieser „Social support“ besteht in hauswirtschaftlicher Hilfe, Unterstützung bei der Körperpflege und beim Ankleiden, Essen auf Rädern sowie der Verfügbarkeit von Sitzwachen (*Davies et al.* 2000).

und 90% waren der Meinung, zu Hause ebenso gut versorgt worden zu sein wie im Krankenhaus. Auch in der unkontrollierten Studie von *Ward et al.* (2005) empfanden 99% die angebotene HaH-Versorgung als nützlich und wertvoll und 84% würden sie noch einmal wählen. Bei der Untersuchung von *Schofield, Knussen und Tolson* (2006) gaben 68% der Teilnehmer an, in Zukunft eine reine HaH-Versorgung zu bevorzugen, 30% würden eine HaH-Versorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt (im Sinne einer frühzeitigen Entlassung) vorziehen und 2% würden eine reine Krankenhausversorgung präferieren. Die Einstellung der Teilnehmer gegenüber der HaH-Versorgung war insgesamt positiver als gegenüber der Krankenhausversorgung. Im qualitativen Teil dieser Studie wurde herausgefunden, dass die Teilnehmer, die HaH-Versorgung bevorzugen, höhere Bewältigungsfähigkeiten zeigten, früher Hilfe in Anspruch nahmen und daher auch eher von der HaH-Versorgung profitierten. Als ein Hauptgrund für die Bevorzugung der HaH-Versorgung wurde das Verbleiben in der gewohnten Umgebung genannt. Die Teilnehmer, die eine Krankenhausversorgung bevorzugten, fühlten sich dort sicherer.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die HaH-Versorgung für selektierte Patienten mit einer exacerbierten COPD eine sichere Alternative zur Versorgung im Krankenhaus darstellt, auch wenn sich andeutet, dass dies nicht von allen Patienten so empfunden wird. Die Zahlen der Krankenhausaufnahmen während der HaH-Versorgung deuten darauf hin, dass eine enge Anbindung der HaH-Versorgung an ein Krankenhaus den Patienten eine größere Sicherheit gewährleistet. Auffallend ist die allgemein hohe Zufriedenheit mit beiden Versorgungsformen. Der hohe Anteil derjenigen, die sich wieder für eine HaH-Versorgung entscheiden würden, deutet jedoch darauf hin, dass die Patienten diese Versorgungsform für sich als nützlich erleben. Ein solcher Nutzen könnte z.B. darin bestehen, dass die Patienten in ihrer gewohnten Umgebung bleiben. Es ist jedoch an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass bei solchen Befragungen immer die Gefahr der Verfälschung durch sozial erwünschte Antworten besteht. Ein weiterer möglicher Nutzen zeigt sich in der Studie von *Hernandez et al.* (2003), wo die HaH-Versorgung mit einer initialen Schulung und Beratung der Patienten, deren Inhalte in den Hausbesuchen durch die Pflegekräfte vertieft wurden, verknüpft wurde und so das Wissen der Patienten vergrößert wurde.

4.3.2 Patientenedukation

Fünf der sechs Studien dieser Kategorie waren RCT (siehe Anhang 3), in denen die Kontrollgruppen überwiegend die übliche ambulante Versorgung ohne jegliche Intervention erhielten (*Coultas et al.* 2005; *Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard* 1999; *Gallefoss, Bakke* 1999; *Gallefoss, Bakke* 2000a; *Gallefoss, Bakke* 2000b; *Monninkhof et al.* 2003; *Wong, Wong, Chan* 2005). Lediglich in einer Studie wurden auch in der Kontrollgruppe das Laufbandtraining und die Walking-Trainingseinheiten durchgeführt, hier jedoch ohne die besondere edukative Unterstützung durch die Pflegekraft (*Carrieri-Kohlmann et al.* 1996; *Carrieri-Kohlmann et al.* 2001). In der Studie von *Coultas et al.* (2005) wurden zwei unterschiedliche Interventionen

durchgeführt. In einer Interventionsgruppe sollte durch die Patientenedukation das Wissen der Patienten über ihre Krankheit und über das Medikamentenmanagement gesteigert werden, in der zweiten Interventionsgruppe wurde zusätzlich über patientenzentrierte Interaktion angestrebt, Veränderungen im Lebensstil und in den Selbstmanagementfähigkeiten zu erreichen.

In fünf Studien wurde die objektive und/oder subjektive Wahrnehmung von Krankheitssymptomen als Ergebniskriterium erfasst. So wird in einer Studie davon berichtet, dass sich die Atemnot der Patienten sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe während des Trainings deutlich besserte. Bei der im täglichen Leben auftretenden Atemnot war diese Verbesserung sogar signifikant. Es gab bezüglich dieser Veränderungen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe. Auch die mit der Atemnot verbundenen Angstgefühle verringerten sich in beiden Gruppen signifikant (Carrieri-Kohlmann et al. 1996; Carrieri-Kohlmann et al. 2001). Bei *Coultas et al.* (2005) zeigte sich in der Interventionsgruppe, bei der zusätzlich patientenzentrierte Interaktion durchgeführt wurde, dass die COPD von den Patienten nach der Intervention signifikant weniger aufdringlich empfunden wurde. Es gab diesbezüglich jedoch keine signifikanten Unterschiede zur anderen Interventions- und zur Kontrollgruppe. In der Studie von *Gallefoss, Bakke und Kjærsgaard* (1999) verbesserte sich der in einer Spirometrie gemessene FEV₁⁴¹ in der Interventionsgruppe stärker als in der Kontrollgruppe, der Unterschied zwischen den Gruppen war jedoch nicht signifikant. Auch in der Studie von *Monninkhof et al.* (2003) wurden bezüglich der selbstberichteten COPD-Symptome und des Wohlbefindens keine signifikanten Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe erzielt. In dieser Studie traten im Zeitraum eines Jahres nach der Intervention in der Interventionsgruppe im Durchschnitt zwei Exacerbationen auf, in der Kontrollgruppe war es im Durchschnitt eine Exacerbation. Die Autoren vermuten, dass die Patienten der Interventionsgruppe bezüglich einer Verschlechterung der COPD sensibler geworden sind als die der Kontrollgruppe und daher Exacerbationen eher wahrnehmen. Lediglich *Sinclair et al.* (1998) berichten davon, dass die Patienten nach der Intervention eine signifikante Verbesserung sowohl der Symptome als auch des psychischen Wohlbefindens angeben.

Die Häufigkeit der Nutzung von Einrichtungen des Gesundheitswesens nach der edukativen Maßnahme wird in drei Studien erfasst. In der Studie von *Coultas et al.* (2005) zeigten sich zwischen den beiden Interventions- und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Anzahl der Konsultationen beim Allgemeinarzt, der Krankenhausaufenthalte und der Aufenthalte in einer Notaufnahme. *Wong, Wong und Chan* (2005) berichten im Hinblick auf die Anzahl der Krankenhausaufenthalte und der Konsultationen beim Allgemeinarzt dasselbe, die Patienten der Interventionsgruppe suchten jedoch in dieser Studie signifikant

⁴¹ Der FEV₁ bezeichnet das „Forced Expiratory Volume in 1 Second“. Das ist das Volumen, das nach maximaler Einatmung innerhalb von einer Sekunde mit aller Kraft ausgeatmet werden kann.

seltener eine Notaufnahme auf als die Patienten der Kontrollgruppe. Bei diesen Ergebnissen ist jedoch zu bedenken, dass zum Zeitpunkt der Studie in Hongkong SARS⁴² ausgebrochen ist und die Ergebnisse dadurch beeinflusst sein könnten. In der Studie von *Gallefoss und Bakke* (1999) benötigten die Patienten der Interventionsgruppe signifikant weniger Konsultationen beim Allgemeinarzt als die Patienten der Kontrollgruppe.

In den drei Studien, in denen die Lebensqualität der Patienten erfasst wurde, zeigten sich nach der edukativen Maßnahme zwischen den Studiengruppen keine signifikanten Unterschiede im Vergleich zu den Ausgangswerten (Coultas et al. 2005; Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999; Monninkhof et al. 2003).

Bei *Carrieri-Kohlman et al* (1996) verbesserte sich in der Interventionsgruppe die Selbstwirksamkeitsüberzeugung bezüglich des Laufbandtrainings signifikant. Im Hinblick auf die Walking-Trainingseinheiten zuhause war dies sowohl bei der Interventions- als auch bei der Kontrollgruppe der Fall. Zwischen den Gruppen zeigten sich aber keine signifikanten Unterschiede. In der Studie von *Wong, Wong, Chan* (2005) hingegen nahm die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Patienten in der Interventionsgruppe insgesamt signifikant mehr zu als in der Kontrollgruppe.

Monninkhof et al. (2003) haben das selbstberichtete Selbstvertrauen der Patienten erfasst, hier jedoch in den Veränderungen am Ende des Untersuchungszeitraums keine Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt.

Bei *Sinclair et al.* (1998) nahmen nach der edukativen Maßnahme die Bewältigungsressourcen (hierunter wurden auch die internale Kontrollüberzeugung und die Selbstwirksamkeitsüberzeugung in Bezug auf die Symptome subsumiert) signifikant zu.

In der Studie von *Gallefoss und Bakke* (1999) wurde als weiteres Ergebniskriterium die Medikamenten-Compliance der Patienten erfasst. Hier zeigten sich zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe keine signifikanten Unterschiede. Die Patienten der Interventionsgruppe benötigten jedoch signifikant weniger Notfall-Medikamente zum Inhalieren als die Patienten der Kontrollgruppe. In dieser Studie wurden die Patienten auch um eine Beurteilung der edukativen Maßnahme gebeten. Alle Patienten der Interventionsgruppe empfanden die edukative Maßnahme als nützlich oder sehr nützlich und gaben an, sich danach sicherer oder viel sicherer zu fühlen (Gallefoss, Bakke 1999).

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, dass die edukativen Maßnahmen bei Patienten mit COPD bezogen auf die Lebensqualität und auf die objektiv und/oder subjektiv erfassten Symptome kaum Effekte haben. Dies scheint auch in Bezug auf Veränderungen der Selbstwirksamkeitsüberzeugung und des Selbstvertrauens der Fall zu sein. Lediglich im Hinblick auf die Häufigkeit der Nutzung von Einrichtungen des Gesundheitswesens deutet sich ein geringfügig positiver Effekt an. Eine Bewertung der edukativen Maßnahme durch die

⁴² Severe Acute Respiratory Syndrome (Schweres akutes Atemwegssyndrom)

Patienten findet nur in einer Studie statt, fällt hier jedoch sehr gut aus. Es besteht dabei aber die Gefahr des Bias durch sozial erwünschte Antworten.

Im Gegensatz dazu stehen die eindeutig positiven Ergebnisse der einzigen Studie, in der Patienten mit RA geschult wurden. Hier haben die Patienten mit der Verringerung der Symptome und der Zunahme der Bewältigungsressourcen einen deutlichen Nutzen von der Schulung. Dies ist auch die einzige Studie, in der die Edukation durch eine Pflegekraft im Sinne von ANP durchgeführt wurde und eine der beiden Studien, in denen eine komplexe kognitiv-verhaltensorientierte Intervention durchgeführt wurde. Dabei ist zu bedenken, dass diese Studie ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurde. Des Weiteren stellt sich hier die Frage, wie nachhaltig die Ergebnisse sind, da der Untersuchungszeitraum nur drei Monate betrug (Sinclair et al. 1998).

Diesen widersprüchlichen Ergebnissen können verschiedene Ursachen zugrunde liegen. Zum einen ist es möglich, dass Patienten mit COPD von edukativen Maßnahmen keinen deutlichen Nutzen haben. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass es sinnvoll ist, bei Patienten mit COPD den inhaltlichen Schwerpunkt pflegerischer Interventionen anders zu wählen. Die Ergebnisse in der Kategorie „Ambulante Rehabilitation“ weisen z.B. darauf hin, dass ein Schwerpunkt auf körperlichen Übungen den Patienten mehr Nutzen bringt (Kapitel 4.3.4). Zum anderen kann es sein, dass der Nutzen von Patientenedukation abhängig ist von der Qualifikation der Pflegekraft. In vier der fünf Studien bei Patienten mit COPD wurde die pflegerische Leistung von Pflegekräften ohne klinische Spezialisierung durchgeführt, wohingegen in der einzigen Studie, die einen eindeutigen Nutzen zeigte, Pflegekräfte im Sinne von ANP eingesetzt wurden. Hier ist die Datenlage jedoch mit nur einer Studie sehr dünn, so dass es empfehlenswert wäre, eine weitere Recherche nur zum Thema Patientenedukation durchzuführen und diese im Hinblick auf potentielle Zusammenhänge von Krankheitsbild bzw. Qualifikation der Pflegekräfte und Nutzen für die Patienten auszuwerten.

4.3.3 Educational Outreach

Eine der beiden Studien der Kategorie „Educational Outreach“ ist ein RCT (Rea et al. 2004; siehe Anhang 3). Die Allgemeinarztpraxen der Kontrollgruppe erhielten ebenso wie die der Interventionsgruppe eine evidenzbasierte Leitlinie zum Management der COPD. Im Übrigen wurde in der Kontrollgruppe die übliche Versorgung durchgeführt, die Ärzte hatten jedoch die Möglichkeit, ihre Patienten an dem auch für die Patienten der Interventionsgruppe angebotenen Rehabilitationsprogramm teilnehmen zu lassen. Die zweite Studie wurde ohne Kontrollgruppe mit einem Prätest-Posttest-Design durchgeführt (Grahame, West 1996).

In beiden Studien wurden sehr unterschiedliche Ergebnisse erfasst.⁴³ In der Studie von *Grahame und West* (1996) war das einzige patientenbezogene Ergebniskriterium das Wissen

⁴³ Im Rahmen dieser Arbeit werden nur die Ergebnisse berücksichtigt, die die Auswirkungen der Maßnahmen auf die Patienten beschreiben. In der Studie von *Grahame und West* (1996) wurden jedoch noch weitere Ergebnisse, die sich vor allem auf die Practice Nurses beziehen, erfasst.

der Patienten über ihre Erkrankung und deren Therapie. Dieses war nach dem Educational Outreach signifikant höher als vor der Intervention.

In der zweiten Studie wurden mehrere patientenbezogene Ergebniskriterien erfasst, die im Folgenden dargestellt werden (Rea et al. 2004). Ein Kriterium war die Häufigkeit der Nutzung von Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hier zeigte sich in der Kontrollgruppe in Bezug auf alle Krankenhausaufenthalte keine wesentliche Veränderung, in Bezug auf die Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen stieg dieser Wert im Jahr während der Studie im Vergleich zum Jahr vor der Studie signifikant an. In der Interventionsgruppe nahm diese Zahl im Hinblick auf alle Krankenhausaufenthalte im Jahr während der Studie ab, im Hinblick auf die Krankenhausaufenthalte aufgrund von Atemwegserkrankungen zeigte sich sogar eine signifikante Abnahme im Vergleich zum Jahr vor der Studie. Die Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe waren dabei nicht signifikant. In beiden Untersuchungsgruppen war die Anzahl der Besuche in einer Notaufnahme im Jahr der Studie niedriger als im Jahr vor der Studie.

Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war die Abnahme der Raucherquote in der Interventionsgruppe von 30% auf 25%, wohingegen die Raucherquote in der Kontrollgruppe stabil blieb.

Bezüglich dem durch eine Spirometrie gemessenen FEV_1 zeigte sich am Ende des Untersuchungszeitraums in der Interventionsgruppe eine Verbesserung. In der Kontrollgruppe hingegen verschlechterte sich dieser Wert, wobei der Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen signifikant war. Die in einem Walking-Test gemessene körperliche Leistungsfähigkeit hatte sich bei den Patienten der Interventionsgruppe verbessert und blieb bei den Patienten der Kontrollgruppe stabil, der Unterschied zwischen den Untersuchungsgruppen war dabei nicht signifikant.

Des Weiteren wurde die Lebensqualität der Patienten vor und nach der Durchführung des Educational Outreach erfasst. Hier zeigten sich in der Interventionsgruppe lediglich in den Dimensionen „Fatigue“ und „Beherrschung der Krankheit“ signifikant stärkere Verbesserungen als in der Kontrollgruppe. In allen anderen Dimensionen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Die Ergebnisse der beiden Studien lassen darauf schließen, dass die Durchführung eines Educational Outreach für die Patienten nutzbringend sein kann. Dies zeigt sich in der Verbesserung der Lungenfunktion und der körperlichen Leistungsfähigkeit sowie im Wissenszuwachs. Hierbei ist jedoch bezüglich der Studie von *Grahame und West* (1996) darauf hinzuweisen, dass die Untersuchungsgruppe mit 30 Patienten sehr klein war. Bei der Studie von *Rea et al.* (1996) ist zu bedenken, dass es sich insgesamt um eine sehr komplexe Intervention handelt. Die Autoren weisen selber darauf hin, dass es sehr schwierig ist, Aussagen über die Wirkung isolierter Elemente der Intervention zu machen. Insgesamt ist zu beachten, dass das primäre Ziel der pflegerischen Intervention in dieser Kategorie die Practice Nurses waren und nicht die Patienten.

4.3.4 Ambulante Rehabilitation

Die beiden Studien in dieser Kategorie sind RCT (siehe Anhang 3). Die Kontrollgruppe in der Studie von *Oh* (2003) erhielt zu Beginn der Studie Ratschläge zum Thema COPD, im Folgenden jedoch keine weitere Intervention. In der anderen Studie erhielt die Kontrollgruppe die übliche ambulante Versorgung ohne jegliche Intervention (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b). Hier gab es mit dem in der Primärversorgung angesiedelten und dem an einer Tagesklinik angesiedelten Rehabilitationsprogramm zwei Interventionsgruppen. Erstere wird im Folgenden als erste Interventionsgruppe, letztere als zweite Interventionsgruppe bezeichnet.

In beiden Studien war die durch eine Spirometrie gemessene Lungenfunktion ein Ergebniskriterium. In der Studie von *Oh* (2003) verbesserte sich die Lungenfunktion sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe signifikant, es gab jedoch zwischen diesen beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied. In der zweiten Studie veränderten sich die in der Spirometrie gemessenen Werte im Untersuchungszeitraum weder in den Interventionsgruppen noch in der Kontrollgruppe signifikant (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b). Dies traf auch für die Ergebnisse der arteriellen BGA und für den Ruhepuls der Patienten zu. In dieser Studie wurde auch die Atemfrequenz der Patienten in Ruhe erfasst. Diese war am Ende des Untersuchungszeitraums in beiden Interventionsgruppen signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe.

Auch die körperliche Leistungsfähigkeit war in beiden Studien Ergebniskriterium. Hier zeigte sich in der Studie von *Oh* (2003) in der Interventionsgruppe eine Verbesserung, in der Kontrollgruppe hingegen eine signifikante Verschlechterung, so dass die Interventionsgruppe am Ende des Untersuchungszeitraums in diesem Bereich signifikant bessere Werte erzielte als die Kontrollgruppe. Bei *Strijbos et al.* (1996b) hatte sich die körperliche Leistungsfähigkeit direkt nach Abschluss des Rehabilitationsprogramms in beiden Interventionsgruppen signifikant verbessert. Diese Verbesserung wurde von der ersten Interventionsgruppe bis zum Ende des Untersuchungszeitraums noch gesteigert. Bei den Patienten der zweiten Interventionsgruppe verschlechterte sich die körperliche Leistungsfähigkeit im weiteren Verlauf wieder, so dass in dieser Gruppe die erzielte Verbesserung am Ende des Untersuchungszeitraums im Vergleich mit den Ausgangswerten nicht mehr signifikant war. Ein Vergleich der beiden Interventionsgruppen untereinander und jeweils mit der Kontrollgruppe zeigte jedoch am Ende des Untersuchungszeitraums keine signifikanten Unterschiede.

Die von den Patienten bei Belastung angegebene Atemnot nahm in der Studie von *Oh* (2003) nach dem Rehabilitationsprogramm in der Interventionsgruppe signifikant ab und in der Kontrollgruppe signifikant zu. Dabei war auch der Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe signifikant. In der anderen Studie war die von den Patienten angegebene Atemnot und die von ihnen wahrgenommene Belastung auf demselben Belastungslevel am Ende des Rehabilitationsprogramms in beiden Interventionsgruppen signifikant besser als zu

Beginn (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b). Auch hier zeigte sich wieder, dass die erste Interventionsgruppe diese Verbesserung über den gesamten Untersuchungszeitraum halten konnte, wohingegen sich diese Werte in der zweiten Interventionsgruppe im weiteren Verlauf wieder verschlechterten, so dass sie am Ende nicht mehr signifikant besser waren als zu Beginn der Studie. Ein Vergleich mit der Kontrollgruppe zeigte bei beiden Interventionsgruppen keine signifikanten Unterschiede.

In dieser Studie wurde des Weiteren festgestellt, dass sich in beiden Interventionsgruppen das Wohlbefinden der Patienten signifikant verbesserte. Diese Verbesserung war auch im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant (Strijbos et al. 1996a; Strijbos et al. 1996b). Bei Oh (2003) zeigte sich in Bezug auf die Lebensqualität in der Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung nach dem Rehabilitationsprogramm. In der Kontrollgruppe hingegen hatte sich die Lebensqualität im Verlauf des Untersuchungszeitraums verschlechtert, so dass am Ende der Untersuchung die Lebensqualität in der Interventionsgruppe signifikant besser war als in der Kontrollgruppe.

Insgesamt kann gesagt werden, dass die Patienten im Hinblick auf ihre körperliche Leistungsfähigkeit und auf die unter Belastung wahrgenommene Atemnot einen Nutzen von ambulanten Rehabilitationsprogrammen haben, auch wenn sich dies nicht unbedingt in körperlichen Messwerten widerspiegelt. Ein weiterer Nutzen besteht in der Verbesserung der Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens. Auffällig ist dabei, dass ein in der Primärversorgung angesiedeltes Programm eine nachhaltigere Wirkung zu haben scheint als ein an einer Tagesklinik angesiedeltes Programm. Dies kann darin begründet sein, dass es den Patienten bei dem in der Primärversorgung angesiedelten Modell besser gelingt, das neu Erlernte in ihren Alltag zu integrieren.

Es ist jedoch zu beachten, dass in die Auswertung nur zwei Studien eingeflossen sind, die beide mit 50 bzw. 34 Patienten (Strijbos et al. 1999b bzw. Oh 2003) kleine Stichprobengrößen haben. Des Weiteren ist in der Studie von Oh (2003) der Untersuchungszeitraum mit acht Wochen kurz. Die in dieser Studie vorgestellten Ergebnisse sind alle direkt nach Abschluss des Rehabilitationsprogramms erfasst worden. Hier wäre es interessant gewesen, auch die weitere Entwicklung der Patienten beurteilen zu können.

4.3.5 Erweiterte häusliche Versorgung

Alle acht Studien, die in diese Kategorie eingeschlossen wurden, waren kontrollierte Studien. Fünf Studien waren RCT (Aiken et al. 2006; Casas et al. 2006; Smith et al. 1999; Farrero et al. 2001; Hermiz et al. 2002), drei waren nicht randomisiert (Poole et al. 2001; Ketelaars et al. 1998; Neff, Madigan, Narsavage 2003 – siehe Anhang 3). In sieben der Studien wurde in der Kontrollgruppe die übliche ambulante Versorgung weitergeführt (Aiken et al. 2006; Casas et al. 2006; Poole et al. 2001; Smith et al. 1999; Farrero et al. 2001; Hermiz et al. 2002; Neff, Madigan, Narsavage 2003), wobei in drei Studien darauf hingewiesen wird, dass diese die

Durchführung von Assessments, Schulungen, Hausbesuchen o. ä. beinhalten kann (Aiken et al. 2006; Smith et al. 1999; Neff, Madigan, Narsavage 2003). Bei *Ketelaars et al.* (1998) erhielten die Patienten der Kontrollgruppe die gleiche Versorgung wie die Patienten der Interventionsgruppe, jedoch wurde die Versorgung in der Interventionsgruppe von speziell geschulten Pflegekräften durchgeführt, wohingegen die Pflegekräfte, die die Patienten der Kontrollgruppe versorgten, nicht speziell geschult waren.

In allen Studien war die Häufigkeit der Nutzung von Einrichtungen des Gesundheitswesens ein Ergebniskriterium. Dabei nahm in drei Studien die Anzahl der Krankenhausaufnahmen in der Interventionsgruppe signifikant ab (Casas et al. 2006; Farrero et al. 2001; Neff, Madigan, Narsavage 2003), wobei in den Studien von *Farrero et al.* (2001) und *Casas et al.* (2006) auch der Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe signifikant war. In zwei Studien nahm die Anzahl der Krankenhausaufnahmen sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe ab (Poole et al. 2001; Ketelaars et al. 1998) und in weiteren zwei Studien zeigten sich diesbezüglich weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe signifikante Veränderungen (Smith et al. 1999; Hermiz et al. 2002).

Die Dauer der Krankenhausaufenthalte wurde in drei Studien erfasst. Dabei ergab sich in zwei Studien in der Interventionsgruppe eine signifikante Abnahme der Aufenthaltsdauer, die auch im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant war (Poole et al. 2001; Farrero et al. 2001), wohingegen es in der dritten Studie in beiden Untersuchungsgruppen keine signifikanten Veränderungen gab (Smith et al. 1999). Ein vergleichbares Bild zeigt sich im Hinblick auf die Anzahl der Besuche in einer Notaufnahme. Hier zeigte sich in zwei Studien in der Interventionsgruppe eine signifikante Abnahme der Anzahl der Besuche in einer Notaufnahme (Farrero et al. 2001; Neff, Madigan, Narsavage 2003), die bei *Farrero et al.* (2001) auch im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant war. In einer weiteren Studie gab es in beiden Untersuchungsgruppen keine Veränderungen (Aiken et al. 2006) wohingegen sich in einer vierten Studie in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe ein Trend zu häufigeren Besuchen in einer Notaufnahme andeutete (Smith et al. 1999).

Bei *Hermiz et al.* (2002) wurde die Anzahl der Konsultationen beim Allgemeinarzt erfasst, die jedoch in den beiden Untersuchungsgruppen nicht signifikant verschieden waren.

Zur Dauer der erweiterten häuslichen Versorgung im Vergleich mit der Dauer der üblichen Versorgung in der Kontrollgruppe machen lediglich *Neff, Madigan und Narsavage* (2003) Angaben. Hier zeigte sich in der Interventionsgruppe eine signifikant kürzere Versorgungsdauer im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Anzahl der in beiden Untersuchungsgruppen durchgeführten Hausbesuche unterschieden sich dabei jedoch nicht wesentlich.

Bei *Smith et al.* (1999) und *Farrero et al.* (2001) wurden auch die in einer Spirometrie gemessenen Lungenfunktionswerte als Ergebniskriterium erfasst. Dabei zeigten sich in beiden Studien in der Interventionsgruppe signifikante Verschlechterungen. In der Studie von *Farrero*

et al. (2001) verschlechterten sich diese Werte auch in der Kontrollgruppe signifikant und es gab zwischen den Untersuchungsgruppen keine signifikanten Unterschiede. Des Weiteren wurde bei *Farrero et al.* (2001) arterielle BGA bei den Patienten durchgeführt, es zeigten sich diesbezüglich jedoch weder in der Interventions- noch in der Kontrollgruppe signifikante Veränderungen.

In zwei Studien wurde die Mortalität explizit als Ergebniskriterium erfasst, hier gab es in beiden Studien keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe (Casas et al. 2006; Farrero et al. 2001).

Dreimal werden Aussagen über den Wissenszuwachs der Patienten nach Durchführung der erweiterten häuslichen Versorgung gemacht (Aiken et al. 2006; Casas et al. 2006; Hermiz et al. 2002). In allen drei Studien nahm das Wissen der Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe zu, bei *Aiken et al.* (2006) und *Hermiz et al.* (2002) zeigte sich dabei in einzelnen Dimensionen sogar ein signifikanter Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Ein weiteres Ergebniskriterium war in fünf Studien die Lebensqualität der Patienten. Diese verbesserte sich in zwei Studien in der Interventionsgruppe signifikant, es werden jedoch in beiden Studien keine Angaben zur Lebensqualität der Kontrollgruppe gemacht (Poole et al. 2001; Smith et al. 1999). *Smith et al.* (1999) weisen außerdem darauf hin, dass bei den Patienten, die im Verlauf ihrer Studie verstarben, keine Erfassung der Lebensqualität vor ihrem Tod durchgeführt wurde und die Ergebnisse daher falsch positiv sein können. In zwei Studien zeigten sich bezogen auf die Lebensqualität keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (Farrero et al. 2001; Hermiz et al. 2002). In der Studie von *Hermiz et al.* (2002) hatte jedoch in der Interventionsgruppe die Lebensqualität in Bezug auf die Dimensionen „Aktivität“ und „Belastung durch die Krankheit“ signifikant zugenommen. Bei *Ketelaars et al.* (1998) hatte sich die Lebensqualität sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe direkt nach der Rehabilitationsmaßnahme, aus der die Patienten in die erweiterte häusliche Versorgung entlassen wurden, verbessert, im weiteren Verlauf verschlechterte sie sich jedoch in beiden Untersuchungsgruppen wieder.

In der Studie von *Aiken et al.* (2006) wurde die körperliche und geistige Funktionsfähigkeit der Patienten erfasst. Hier zeigte sich in den Dimensionen „Körperliche Funktionsfähigkeit“, „Allgemeine Gesundheit“ und „Vitalität“ eine Verbesserung in der Interventionsgruppe, woraus sich für diese Dimensionen im Vergleich zur Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied ergab. In den anderen Dimensionen (Soziale Funktionsfähigkeit, Schmerzen, Emotionale Funktion und geistige Gesundheit) gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Im Hinblick auf die Durchführung von körperlichen Aktivitäten wurde in einer Studie festgestellt, dass es zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe keine wesentlichen Unterschiede gab (Casas et al. 2006).

Ein weiteres Ergebniskriterium war die Compliance der Patienten, die in zwei Studien gemessen wurde. In einer Studie war die Compliance in Bezug auf die Durchführung der Therapie am Ende des Untersuchungszeitraums in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe (Casas et al. 2006). In der zweiten Studie nahm die Compliance bezüglich der Durchführung der Therapie und der Befolgung der Empfehlungen der Pflegekräfte in beiden Gruppen zu (Ketelaars et al. 1998).

In diesen beiden Studien wurde auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung erfasst. Diese war bei Casas et al. (2006) in beiden Untersuchungsgruppen gleich hoch. In der Studie von Ketelaars et al. (1998) hingegen waren die Patienten der Interventionsgruppe zufriedener mit der Versorgung als die Patienten der Kontrollgruppe. Dabei war der Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe in Bezug auf die Zufriedenheit mit dem Fachwissen der Pflegekräfte und den erhaltenen Informationen signifikant.

Ein weiteres Ergebnis der Studie von Ketelaars et al. (1998) bezieht sich auf die Bewältigungsstrategien der Patienten. Hier zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Von Hermiz et al. (2002) werden in Bezug auf die Quote der aktiven Raucher in den Untersuchungsgruppen und in Bezug auf die Durchführung einer Grippeimpfung keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe berichtet. Bei Neff, Madigan und Narsavage (2003) gibt es im Hinblick auf die selbstberichtete Atemnot und Angst der Patienten am Ende des Untersuchungszeitraums keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen, wobei in der Kontrollgruppe eine Zunahme der Angst zu verzeichnen war.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass eine erweiterte häusliche Versorgung für die Patienten durchaus von Nutzen sein kann. Dieses zeigt sich zum einen in der Tendenz zu weniger und kürzeren Krankenhausaufenthalten sowie zu selteneren Besuchen in einer Notaufnahme und zum anderen im Wissenszuwachs der Patienten. Im Hinblick auf die Lebensqualität und die Lungenfunktion der Patienten zeigt sich kein derart deutlicher Nutzen, dies kann darin begründet sein, dass es sich bei der COPD um eine chronisch progrediente Krankheit handelt, bei der positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und Lungenfunktion nur schwer zu erzielen sind (vgl. auch Smith et al. 1999). Bezüglich der anderen Ergebnisse zeigt sich kein eindeutiger Nutzen für die Patienten, sie haben aber auch keinen Schaden durch erweiterte häusliche Versorgung genommen.

Bei der Bewertung der Ergebnisse ist jedoch zu bedenken, dass zwei Studien mit 62 bzw. 32 Patienten eine sehr kleine Stichprobe hatten (Aiken et al. 2006 bzw. Poole et al. 2001). In der Studie von Neff, Madigan und Narsavage (2003) war der Untersuchungszeitraum kurz, da die zweite Datenerhebung sofort nach Entlassung der Patienten aus der erweiterten häuslichen Versorgung bzw. spätestens nach 60 Tagen durchgeführt wurde. Auch bei Hermiz et al. (2002) wurde die Untersuchung lediglich über einen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt. Interessant ist ferner das Ergebnis der Studie von Ketelaars et al. (1998), in der sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe die gleiche Versorgung von unterschiedlich

qualifizierten Pflegekräften erhalten haben. Hier führte eine höhere Qualifikation der Pflegekraft zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung, sonst zeigten sich keine Unterschiede. Dabei ist zu beachten, dass die Ergebnisse dieser Studie aufgrund des Designs (Aufnahme der Patienten in die erweiterte häusliche Versorgung direkt im Anschluss an eine Rehabilitationsmaßnahme) nicht direkt auf die erweiterte häusliche Versorgung zurückgeführt werden können.

4.3.6 Pflegesprechstunden

Eine der sieben Studien in dieser Kategorie ist eine qualitative Studie (Arvidsson et al. 2006 – siehe Anhang 3), bei den anderen Studien handelt es sich um kontrollierte Studien. Dabei sind vier Studien RCT (Ryan et al. 2006; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003; Tjihuis et al. 2002; Tjihuis et al. 2003), eine der Studien ist eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie mit Prätest-Posttest-Design (Temminck et al. 2001⁴⁴) und eine weitere Studie ist eine nicht-randomisierte kontrollierte Studie mit einem Nur-Posttest-Design (Arthur, Clifford 2004).

In vier der kontrollierten Studien werden die Kontrollgruppen von Ärzten versorgt. Dies ist in den Studien von *Ryan et al.* (2006) und *Hill* (1997) ein Rheumatologe, der die Patienten der Kontrollgruppe in seiner Sprechstunde betreut, in der Studie von *Hill, Thorpe und Bird* (2003) wird die Pflegesprechstunde mit der Sprechstunde von „Junior Doctors“ (Ärzte in der Facharztausbildung) verglichen.⁴⁵ Bei *Arthur und Clifford* (2004) stellt ein Allgemeinarzt die Patienten der Kontrollgruppe auf DMARD ein, des Weiteren konsultieren die Patienten alle vier Monate einen Rheumatologen. In einer der kontrollierten Studien gibt es zwei Kontrollgruppen, die beide von einem multidisziplinären Team aus Rheumatologen, Pflegekräften, Ergo- und Physiotherapeuten sowie Sozialarbeitern versorgt werden. Eine Kontrollgruppe wird dabei stationär aufgenommen, die zweite Kontrollgruppe wird in einer Tagesklinik versorgt, die Behandlungsdauer ist in beiden Gruppen auf neun Behandlungstage über zwei bzw. drei Wochen festgelegt (Tjihuis et al. 2002; Tjihuis et al. 2003). In der Studie von *Temminck et al.* (2001) erhält die Kontrollgruppe die übliche ambulante Versorgung, es werden dazu jedoch keine näheren Angaben gemacht. In drei der Studien wird ausdrücklich erwähnt, dass an der Versorgung der Kontrollgruppe auch Pflegekräfte beteiligt sind (Arthur, Clifford 2004; Ryan et al. 2006; Tjihuis et al. 2002; Tjihuis et al. 2003).

Die in den Studien erfassten Ergebnisse sind sehr unterschiedlich.

In vier Studien ist die Nutzung von Einrichtungen des Gesundheitswesens durch die Patienten ein Ergebniskriterium. Dabei zeigten sich bei *Ryan et al.* (2006) keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich der gesamten Anzahl der Konsultationen bei professionellen Gesundheitsdienstleistern. Auch in der Studie

⁴⁴ In der Studie von *Temminck et al.* (2001) bestand die Population aus Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Ca. 20% der Patienten hatten keine RA. Da jedoch mit 80% der wirklich überwiegende Teil der Population an RA erkrankt war, wurde diese Studie in die Übersicht eingeschlossen.

⁴⁵ Die Junior Doctors hatten ebenso wie die Pflegekräfte während ihrer Sprechstunde direkten Zugang zu einem Rheumatologen. Im Unterschied zu den Pflegekräften konnten die Junior Doctors jedoch selbständig die medikamentöse Therapie ändern und Medikamente verschreiben (Hill, Thorpe, Bird 2003).

von *Tijhuis et al* (2003) zeigten sich im Zeitraum von zwölf Wochen⁴⁶ nach Studienbeginn bis zum Ende des Untersuchungszeitraums (104 Wochen) keine signifikanten Unterschiede zwischen der Interventions- und den beiden Kontrollgruppen im Hinblick auf die Anzahl der Kontakte zu Physio- und Ergotherapeuten sowie zu Sozialarbeitern. Dies Ergebnis trat auch in Bezug auf die Anzahl der Krankenhausaufnahmen ein. Im selben Zeitraum suchten jedoch die Patienten der Interventionsgruppe signifikant häufiger eine CNS auf als die Patienten der beiden Kontrollgruppen. Die Patienten der Kontrollgruppe, die stationär aufgenommen waren, benötigten im selben Zeitraum signifikant mehr Hilfen zu Hause als die Patienten der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe, die in einer Tagesklinik versorgt worden waren. In der Studie von *Hill, Thorpe und Bird* (2003) wurden die Patienten der Interventionsgruppe im Verhältnis mehr als doppelt so häufig an andere professionelle Gesundheitsdienstleister überwiesen als die Patienten der Kontrollgruppe. Besonders auffällig war dieser Unterschied in Bezug auf Überweisungen zu Ergotherapeuten, die bei den Patienten der Interventionsgruppe fast zehnmal so häufig vorgenommen wurde, wie bei den Patienten der Kontrollgruppe. Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich in der Studie von *Temmink et al.* (2001). Hier hatten die Patienten der Interventionsgruppe signifikant häufiger Kontakt zu Ergotherapeuten und zu Rheumatologen als die Patienten der Kontrollgruppe. In dieser Studie stieg bei den Patienten der Interventionsgruppe auch die Gesamtzahl der Kontakte zu professionellen Gesundheitsdienstleistern (z.B. Allgemeinarzt, Physiotherapeut, ambulante Pflege) im Untersuchungszeitraum im Vergleich zu den sechs Monaten vor der Studie an, wohingegen diese Zahl bei den Patienten der Kontrollgruppe abnahm. Im Hinblick auf stationäre Aufnahmen in ein Krankenhaus, ein Rehabilitationszentrum oder ein Altenheim zeigten sich jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Krankheitssymptome wurden in der Studie von *Hill, Thorpe und Bird* (2003) als Ergebniskriterium erfasst. Dabei hatten sich die Schmerzen und Dauer der Fatigue in der Interventionsgruppe am Ende des Untersuchungszeitraums signifikant verbessert. In der Kontrollgruppe gaben die Patienten jedoch bezüglich der Schmerzen keine Veränderung an und im Hinblick auf die Dauer der Fatigue zeigte sich hier eine signifikante Verschlechterung. In Bezug auf die morgendliche Gelenksteife und die körperliche Funktionsfähigkeit war die Interventionsgruppe im Untersuchungszeitraum stabil, wohingegen die Patienten der Kontrollgruppe diesbezüglich Verschlechterungen angaben, die bei der körperlichen Funktionsfähigkeit sogar signifikant war. Die Anzahl der betroffenen Gelenke, die Blutwerte und der psychologische Status blieben sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe stabil.

In zwei Studien wurde die Krankheitsaktivität als Ergebniskriterium erfasst. In der Studie von *Ryan et al.* (2006) deutete sich dabei in der Interventionsgruppe eine Verringerung der

⁴⁶ Dieser Zeitraum wurde gewählt, da die Patienten der Interventionsgruppe im Durchschnitt zwölf Wochen in der Pflegesprechstunde versorgt wurden (*Tijhuis et al.* 2002).

Krankheitsaktivität an, die so in der Kontrollgruppe nicht zu verzeichnen war. Auch in der Studie von *Tijhuis et al. (2002)* bzw. *Tijhuis et al. (2003)* verringerte sich die Krankheitsaktivität, es gab diesbezüglich jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Interventions- und den beiden Kontrollgruppen. Dies Ergebnis zeigte sich auch im Hinblick auf den funktionellen Status der Patienten. Interessant dabei ist, dass diese Ergebnisse sich in dieser Studie schon nach zwölf Wochen zeigten und über den gesamten Untersuchungszeitraum von zwei Jahren stabil blieben. Dabei ist zu bedenken, dass die Patienten der Interventionsgruppe zu Beginn der Studie einen signifikant besseren funktionellen Status als die beiden Kontrollgruppen hatten und eine signifikant niedrigere Krankheitsaktivität als die Patienten der Kontrollgruppe, die in einer Tagesklinik versorgt wurden.

In der Studie von *Temminck et al. (2001)* wurde als weiteres Ergebniskriterium die Funktionsfähigkeit im täglichen Leben erfasst. Hier zeigten sich im Verlauf des Untersuchungszeitraums keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

Das Wissen der Patienten war in zwei Studien Ergebniskriterium. In der Studie von *Hill, Thorpe und Bird (2003)* nahm dabei das Wissen der Patienten über die RA und deren Therapie sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe signifikant zu, dabei gab es zwischen den Untersuchungsgruppen keinen signifikanten Unterschied.⁴⁷ Auch in der Studie von *Arthur und Clifford (2004)* zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe bezüglich des Wissens über notwendige Kontrolluntersuchungen und Nebenwirkungen der Medikamente.

Temminck et al. (2001) ermittelten den Informationsbedarf der Patienten. Dieser war am Ende des Untersuchungszeitraums in beiden Untersuchungsgruppen niedriger als zu Beginn der Studie, dabei zeigte sich jedoch kein wesentlicher Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe.

In der qualitativen Untersuchung von *Arvidsson et al. (2006)* zeigte sich, dass die Patienten in der Pflegesprechstunde die Informationen über ihre Krankheit und die Therapie erhielten, die sie benötigten. Des Weiteren erkannten die Patienten zum einen, dass sie manche Aktivitäten nicht mehr ausüben können, zum anderen wurden ihnen aber auch die ihnen noch offen stehenden Möglichkeiten deutlich.

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung war in drei Studien Ergebniskriterium (*Arthur, Clifford 2004; Hill 1997; Hill, Thorpe, Bird 2003*). Hier zeigte sich in allen drei Studien eine signifikante Steigerung der Zufriedenheit in den Interventionsgruppen. Die Interventionsgruppen waren damit auch in allen drei Studien am Ende des

⁴⁷ Dieses Ergebnis ist für die Autoren überraschend, da in der Versorgung der Kontrollgruppe keine gezielten edukativen Maßnahmen durchgeführt wurden. Sie können dieses Ergebnis nicht erklären, weisen jedoch darauf hin, dass die Patienten der Kontrollgruppe eher einen höheren Ausbildungsstand hatten als die Patienten der Interventionsgruppe (*Hill, Thorpe, Bird 2003*).

Untersuchungszeitraums signifikant zufriedener als die jeweiligen Kontrollgruppen. In der Studie von *Tijhuis et al.* (2002) dagegen gaben die Patienten der beiden Kontrollgruppen eine signifikant höhere Zufriedenheit an als die Patienten der Interventionsgruppe.

Tijhuis et al. (2003) überprüften außerdem Veränderungen in der medikamentösen Therapie der Patienten und fanden hier keine wesentlichen Unterschiede zwischen der Interventions- und den beiden Kontrollgruppen.

In der Studie von *Ryan et al.* (2006) deutete sich als weiteres Ergebnis an, dass die Patienten der Interventionsgruppe besser in der Lage waren, ihre Krankheit zu bewältigen und diese auch besser unter Kontrolle hatten als die Patienten der Kontrollgruppe.

Des Weiteren wurde in der qualitativen Studie von *Arvidsson et al.* (2006) herausgefunden, dass zwischen der Pflegekraft und den Patienten eine Beziehung aufgebaut wurde, die die Patienten bestärkte, sich mit ihrer Krankheit auseinander zu setzen. Weil sie das Gefühl hatten, in dieser Beziehung als ganzer Mensch gesehen zu werden, und auch ihre Ressourcen beachtet wurden, fühlten sie sich ermutigt, ihr Leben und ihre Krankheit (wieder) selbst zu kontrollieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Angebot einer Pflegesprechstunde als Alternative oder Ergänzung zu ärztlichen Sprechstunden für die Patienten Nutzen bringt. So deutet sich insgesamt an, dass die Patienten von einer Pflegekraft häufiger an andere professionelle Gesundheitsdienstleister, vor allem Ergotherapeuten, überwiesen werden. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass die Pflegekräfte die komplexen Bedürfnisse der Patienten besser erkennen und daher eher passende Hilfe vermitteln können (vgl. auch Temmink et al. 2001; Hill, Thorpe, Bird 2003). Auch die Ergebnisse bezüglich der Symptome und der Krankheitsaktivität deuten auf einen Nutzen der Pflegesprechstunden für die Patienten hin. Ebenso lässt die hohe Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung in der Pflegesprechstunde im Vergleich zur Versorgung durch einen Arzt darauf schließen, dass die Patienten diese als nützlich empfinden. Dafür spricht auch das von *Tijhuis et al.* (2003) berichtete Ergebnis, dass Patienten, die in einer Pflegesprechstunde versorgt wurden, nach Beendigung der Pflegesprechstunde signifikant häufiger wieder eine Pflegekraft kontaktieren. Das in der Studie von *Tijhuis et al.* (2003) die Patienten der Interventionsgruppe mit der Versorgung weniger zufrieden waren als die Patienten der beiden Kontrollgruppen kann daran liegen, dass in den Kontrollgruppen eine vergleichsweise intensivere Intervention durch ein ganzes Team durchgeführt wurde.

Ein weiterer möglicher Nutzen zeigt sich in den Ergebnisse von *Ryan et al.* (2006) und *Arvidsson et al.* (2006), wo die Patienten in der Pflegesprechstunde bei der Bewältigung ihrer Krankheit unterstützt wurden und so zum Empowerment der Patienten beigetragen wurde.

Auffallend ist jedoch, dass die in den Pflegesprechstunden durchgeführten edukativen Maßnahmen keine eindeutig positiven Effekte zeigten.

4.4 Zusammenfassung

Die bisherigen Ausführungen zeigen ein vielseitiges Bild pflegerischer Leistungen in der ambulanten Versorgung von Patienten mit RA und COPD. Das Spektrum pflegerischer Leistungen kann dabei wie folgt zusammengefasst werden:

- Durchführung von z.T. komplexen Assessments inklusive Erhebung der Krankengeschichte des Patienten,
- Durchführung körperlicher Untersuchungen,
- Initiierung weiterführender Untersuchungen,
- Beurteilung der erhobenen Befunde,
- Erstellung von Versorgungsplänen (in einer Studie der Kategorie Erweiterte häusliche Versorgung Koordinierung der gesamten Versorgung),
- Überwachung der Therapie,
- Initiierung von Therapieänderungen (in einer Studie der Kategorie Pflegesprechstunden eigenständige Änderung der Therapie),
- Verabreichung von Medikamenten (in einer Studie der Kategorie Pflegesprechstunden inklusive Injektionen),
- Überweisung des Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister,
- Durchführung von Patientenedukation,
- Entscheidung über die Entlassung des Patienten aus der Versorgung.

Es wird nicht jede hier aufgeführte Leistung in jeder Kategorie genannt, auffallend ist jedoch, dass Patientenedukation in allen Kategorien als pflegerische Leistung auftaucht. Dies unterstreicht die zentrale Rolle der Patientenedukation in der internationalen Pflege (Buckley-Viertel 2001: 46; Kapitel 4.2.2).

Die pflegerischen Leistungen werden nicht ausschließlich in der Häuslichkeit der Patienten erbracht, sondern auch in Krankenhäusern, Tageskliniken und Arztpraxen, wobei es sich jedoch in jedem Fall um eine ambulante Versorgung im Sinne dieser Arbeit handelt, da die Patienten immer in ihrer eigenen Häuslichkeit übernachten (Kapitel 2). Zum Teil werden die Leistungen durch telefonische Unterstützung ergänzt. Dabei werden in einigen der Studien in den Kategorien Hospital at Home (sechs Studien), Educational Outreach (zwei Studien) und Erweiterte häusliche Versorgung (vier Studien) die in Deutschland bekannten Sektoren des Gesundheitssystems überschritten, indem Pflegekräfte, die in einem Krankenhaus angestellt sind, in die ambulante Versorgung der Patienten eingebunden werden und/oder ihn in seiner eigenen Häuslichkeit versorgen. In zwei Studien der Kategorie Hospital at Home und einer Studie der Kategorie Pflegesprechstunden sind auch die Modelle, in denen die Pflegekräfte arbeiten, sektorenübergreifend angesiedelt. Deutlich wird auch, dass die pflegerischen Leistungen nicht isoliert erbracht werden. So werden in den Studien z.T. komplexe Interventionen untersucht, die von Angehörigen mehrerer Berufsgruppen im Team erbracht

werden. Ebenso wird die Zusammenarbeit der Pflegekräfte mit anderen Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung beschrieben.

An dieser Stelle muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass nur die pflegerischen Leistungen erfasst wurden, die auch in den Studien beschrieben wurden. Leistungen, die ggf. für die Autoren so selbstverständlich sind, dass sie nicht mehr gesondert erwähnt wurden, tauchen demnach in dieser Arbeit nicht auf.

Die Ausführungen zur formalen Qualifikation der Pflegekräfte in Großbritannien, den USA und den Niederlanden machen deutlich, dass die Pflegekräfte, die die beschriebenen Leistungen erbringen, im Rahmen ihrer Grundausbildung teilweise auf Hochschulniveau ausgebildet wurden und somit neben berufspraktischen Kompetenzen auch wissenschaftliche Grundlagen erlernt haben. Wenn Pflegehilfskräfte eingesetzt werden, wie in jeweils einer Studie der Kategorie Hospital at Home und Erweiterte häusliche Versorgung, dann arbeiten sie in einem Team mit höher qualifizierten Pflegekräften.

In fünf der Studien, in denen aus den genannten Berufsbezeichnungen auf die formale Qualifikation der Pflegekräfte geschlossen werden kann, werden Pflegekräfte ohne besondere Spezialisierung eingesetzt. Diese Pflegekräfte sind jedoch z.T. gezielt für die zu erbringende Leistung geschult worden. Dabei sind vier dieser Studien aus der Kategorie Patientenedukation und eine aus der Kategorie Hospital at Home. In insgesamt 15 Studien, die sich über alle Kategorien verteilen, werden die Pflegekräfte als „Specialist“ bzw. „Specialised“ oder direkt als „Respiratory Nurse“ bezeichnet. Dies weist darauf hin, dass diese Pflegekräfte sich in einer Weiterbildung auf das entsprechende klinische Gebiet spezialisiert haben. In den Kategorien Pflegesprechstunden, Patientenedukation, Educational Outreach und Erweiterte häusliche Versorgung gibt es insgesamt acht Studien, in denen die pflegerischen Leistungen durch Pflegekräfte im Sinne von ANP erbracht werden. Auffallend dabei ist, dass vier dieser acht Studien in der Kategorie Pflegesprechstunden durchgeführt wurden und somit in vier von insgesamt sieben Studien dieser Kategorie ANP eingesetzt wurden. Die Leistungen, die von ANP erbracht werden, unterscheiden sich jedoch nicht wesentlich von denen, die von Pflegekräften mit klinischer Spezialisierung erbracht werden. Lediglich in einer Studie der Kategorie Erweiterte häusliche Versorgung wird beschrieben, dass die ANP Leitungsaufgaben wahrnimmt

Insgesamt deuten die in den Studien genannten Berufsbezeichnungen darauf hin, dass die Pflegekräfte überwiegend auf einem hohen Niveau ausgebildet sind. Dabei ist jedoch zu beachten, dass nicht für alle Länder eine genauere Betrachtung der formalen Qualifikationen durchgeführt wurde, so dass die aus den Berufsbezeichnungen gezogenen Rückschlüsse auf die formale Qualifikation begrenzt sind. Hinzu kommt, dass sowohl in den Niederlanden als auch in Großbritannien in den 1990er Jahren die Ausbildung zur Pflegekraft reformiert wurde. Daher kann nicht davon ausgegangen werden, dass in allen Studien aus diesen Ländern Pflegekräfte zum Einsatz gekommen sind, die bereits nach den neuen Regelungen ausgebildet wurden.

Im Hinblick auf den Nutzen der pflegerischen Leistungen für die Patienten lässt sich feststellen, dass in der Kategorie Patientenedukation ein deutlicher Nutzen nur in einer Studie aufgezeigt werden kann. Diese Studie unterscheidet sich in zwei Aspekten von den anderen. Zum einen ist es die einzige Studie dieser Kategorie, die bei Patienten mit RA durchgeführt wurde und zum anderen die einzige Studie, in der die pflegerische Leistung von Pflegekräften im Sinne von ANP erbracht wurde. Dabei kann jedoch aufgrund der dünnen Datenlage nicht eindeutig geschlossen werden, ob der Nutzen für die Patienten in dieser Studie vom Krankheitsbild oder von der Qualifikation der Pflegekräfte abhängig ist (Kapitel 4.2.2).

In keiner Studie der Kategorie Patientenedukation wurde ein potentieller Wissenszuwachs der Patienten als Ergebniskriterium erfasst. Dies kann darin begründet sein, dass ein Wissenszuwachs nicht zwingend ein verbessertes Outcome in anderen Dimensionen, wie z.B. Compliance, zur Folge hat, und daher auf die Erfassung des Wissenszuwachses verzichtet wurde. In vier anderen Kategorien jedoch war der Wissenszuwachs bei den Patienten ein Ergebniskriterium. Hierbei zeigte sich in der Kategorie Pflegesprechstunden kein Wissenszuwachs, in Studien der Kategorien Hospital at Home, Educational Outreach und Erweiterte häusliche Versorgung konnte ein Wissenszuwachs nachgewiesen werden. Hier zeigt sich jedoch kein Zusammenhang zwischen der Qualifikation der Pflegekräfte und dem Wissenszuwachs. Demnach ist fraglich, inwieweit Patienten von edukativen Maßnahmen einen Nutzen haben oder nicht und inwieweit dieser Nutzen abhängig von der Qualifikation der Pflegekräfte ist. Hier wäre eine weitere Recherche ausschließlich zu dieser Kategorie angebracht. Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen jedoch darauf hin, dass es sinnvoll zu sein scheint, den inhaltlichen Schwerpunkt der pflegerischen Leistung nicht auf Patientenedukation allein zu legen, sondern diese mit anderen Maßnahmen zu verknüpfen.

Die Ergebnisse in den anderen fünf Kategorien zeigen durchaus einen Nutzen der pflegerischen Leistungen für die Patienten. Dieser Nutzen kann in der Verringerung bzw. Verkürzung der Krankenhausaufenthalte bestehen (Hospital at Home, Erweiterte häusliche Versorgung), in einer Verbesserung der vom Patienten wahrgenommenen körperlichen Leistungsfähigkeit (Ambulante Rehabilitation, Educational Outreach) und/oder in einer gestiegenen Lebensqualität bzw. Wohlbefinden (Ambulante Rehabilitation). Auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung kann als Nutzen angesehen werden (Hospital at Home, Pflegesprechstunden). Des Weiteren zeichnet sich in der Kategorie Pflegesprechstunden als nutzbringend für die Patienten ab, dass Pflegekräfte die komplexen Bedürfnisse der Patienten besser erkennen und eher passende Hilfe vermitteln. Die Ergebnisse in den Kategorien Hospital at Home und Pflegesprechstunden lassen ferner darauf schließen, dass die beschriebenen Modelle eine sichere Alternative zur herkömmlichen Versorgung darstellen.

Betrachtet man in diesen fünf Kategorien den Nutzen der pflegerischen Leistungen im Zusammenhang mit der formalen Qualifikation der Pflegekräfte, zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem erreichten Nutzen und der formalen Qualifikation. Dabei ist

jedoch zu bedenken, dass die Qualifikation der Pflegekräfte in den 28 Studien dieser Kategorien insgesamt eher hoch ist, da in 21 dieser Studien aus den genannten Berufsbezeichnungen darauf geschlossen werden konnte, dass es sich um Pflegekräfte mit klinischer Spezialisierung bzw. um Pflegekräfte im Sinne von ANP handelt.

An dieser Stelle muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass in den Studien teilweise sehr komplexe Interventionen untersucht wurden, so dass die Ergebnisse nicht ausschließlich auf die pflegerischen Leistungen zurückzuführen sind. Des Weiteren sei noch einmal gesagt, dass aufgrund der Verschiedenheit der eingeschlossenen Studien in den einzelnen Kategorien lediglich Ergebnistendenzen herausgearbeitet wurden, die nicht allgemeingültig sind (Kapitel 4.3). Um für die einzelnen Kategorien fundiertere Aussagen machen zu können, müsste für jede Kategorie eine gesonderte Übersichtsarbeit bzw. Metaanalyse durchgeführt werden.

5 Mögliche Übertragbarkeit der international erbrachten pflegerischen Leistungen auf Deutschland

In diesem Kapitel soll überprüft werden, inwieweit die internationalen Modelle pflegerischer Leistungen hinsichtlich der formalen Qualifikation von Pflegekräften und rechtlicher Aspekte der Berufsausübung auf Deutschland übertragbar sind. Dazu wird zuerst die formale Qualifikation von Pflegekräften beschrieben, dann auf rechtliche Aspekte der Berufsausübung eingegangen, bevor im letzten Teil des Kapitels die pflegerischen Leistungen auf eine mögliche Übertragung hin geprüft werden.

5.1 Formale Qualifikation von Pflegekräften in Deutschland

In Deutschland wird Pflege überwiegend von Angehörigen der Berufsgruppen Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege ausgeführt.⁴⁸ Die Ausbildungen für die Kranken- und Kinderkrankenpflege sind im Krankenpflegegesetz (KrPflG) bundeseinheitlich geregelt. Seit einer Reform 2004 sind beide Ausbildungen zusammengefasst und beinhalten einen generalisierten Teil und eine Spezialisierungsphase auf Kranken- bzw. Kinderkrankenpflege. Beide Abschlüsse sollen aber zur Pflege von Menschen in allen Lebensphasen befähigen (Stöcker 2005: 40 f.; § 3 KrPflG; § 1 KrPflAPrV). Die Ausbildung in der Altenpflege ist seit 2003 im Altenpflegegesetz (AltPflG) bundeseinheitlich geregelt, vorher lag die Zuständigkeit bei den Bundesländern, wobei die jeweiligen Landesregelungen zum Teil sehr unterschiedlich waren. Alle Ausbildungen dauern drei Jahre und schließen mit einer staatlichen Prüfung ab. Mit Bestehen dieser Prüfung erhalten die Absolventen die Berechtigung, die gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung „Altenpfleger“, „Gesundheits- und Krankenpfleger“ bzw. „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“ zu führen (Stöcker 2005: 34 ff.; Landenberger, Ortmann 1999: 24; §§ 1 und 2 AltPflG; §§ 1 und 2 KrPflG).

Die Krankenpflegeausbildungen finden an Krankenpflegesschulen statt, deren Träger die Krankenhäuser sind. Die Altenpflegeausbildung findet an Altenpflegesschulen statt, die mit den Trägern der praktischen Ausbildung Kooperationsverträge abschließen. In einzelnen Bundesländern ist die schulische Ausbildung in Landesgesetzen geregelt (Stöcker 2005: 32 f. und 42 f.; § 4 AltPflG; § 4 KrPflG).

Im AltPflG und KrPflG sind Ausbildungsziele formuliert. Nach § 3 AltPflG soll die Altenpflegeausbildung *„[...] die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln, die zur selbständigen und eigenverantwortlichen Pflege einschließlich der Beratung, Begleitung und Betreuung alter Menschen erforderlich sind.“* Es soll zur Durchführung einer umfassenden und geplanten Pflege befähigt werden, die den allgemein anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht. Dies umfasst neben rehabilitativen, palliativen und präventiven Anteilen unter anderem auch die Mitwirkung bei der Krankenbehandlung einschließlich der

⁴⁸ Wenn im Folgenden von „Pflegekräften“ die Rede ist, sind alle drei Berufsgruppen gemeint. Wird von „Krankenpflegekräften“ gesprochen, sind Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger gemeint.

Ausführung ärztlicher Verordnungen sowie die Beratung alter Menschen und ihrer Angehörigen.

Die Krankenpflegeausbildung soll nach § 3 Abs. 1 KrPflG „[...] *fachliche, personale, soziale und methodische Kompetenzen zur verantwortlichen Mitwirkung insbesondere bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten vermitteln.*“ Diese Kompetenzen sollen dem allgemein anerkannten Stand pflege- und bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen und die Krankenpflegekräfte befähigen, präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen durchzuführen. Dabei unterscheidet der Gesetzgeber drei verschiedene Aufgabenbereiche: Erstens einen eigenverantwortlichen Aufgabenbereich, zu dem u.a. die Erhebung des Pflegebedarfs, die Planung, Organisation, Durchführung, Dokumentation und Evaluation der Pflege sowie die Beratung und Anleitung von zu Pflegenden und ihren Angehörigen gehören. Zweitens einen mitverantwortlichen Aufgabenbereich, der unter anderem die eigenständige Durchführung vom Arzt angeordneter Maßnahmen und die Durchführung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen umfasst. Drittens einen interdisziplinären Aufgabenbereich, in dem die Krankenpflegekräfte gemeinsam mit anderen Berufsgruppen Lösungen für Gesundheitsprobleme entwickeln soll.

In beiden Gesetzen ist den Ländern mit einer Erprobungsklausel die Möglichkeit gegeben, neue Formen der Berufsausbildung zu testen. Seitdem, aber auch bereits vorher, sind Ausbildungsmodelle entstanden, in denen z.B. eine gemeinsame Ausbildung in der Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflege erprobt wird. Ebenso sind duale Studiengänge entstanden, in denen die Pflegeausbildung mit einem grundständigen Bachelorstudiengang verknüpft wird (Selinger, Landenberger 2005: 228 ff.; § 4 Abs. 6 KrPflG; § 4 Abs. 6 AltPflG).⁴⁹

Auch in Deutschland können Pflegekräfte sich nach der Ausbildung weiterbilden. Es bestehen zum einen Möglichkeiten der klinischen Spezialisierung auf ein bestimmtes Gebiet (z.B. Onkologie), zum anderen gibt es funktionsbezogene Weiterbildungen für Leitungs- und Lehrpositionen. In einzelnen Bundesländern gibt es für einige Weiterbildungen Weiterbildungsordnungen, bundesweit sind die Weiterbildungen jedoch nicht einheitlich geregelt und unterscheiden sich z.T. erheblich bezüglich Inhalt und Dauer (SVR 2007: 75 f.; Stöcker 2005: 59). Seit den 1990er Jahren besteht für Pflegekräfte mit Hochschulzugangsberechtigung die Möglichkeit, ein pflegebezogenes Studium aufzunehmen. Diese Studiengänge bilden überwiegend Leitungs- und Lehrkräfte und zum einem geringeren Teil Pflegewissenschaftler aus (SVRKAiG 2001a: 46 f.; Stöcker 2005: 39). Seit Einführung der Studiengänge verlieren die außerhochschulischen Weiterbildungen an Bedeutung (Landenberger; Ortmann 1999: 26; Landenberger 2005b: 197).

⁴⁹ Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) (am 14.03.2008 vom Bundestag verabschiedet, die Zustimmung des Bundesrates steht noch aus) werden diese Erprobungsklauseln erweitert. Nach Art. 15 Nr. 3c und Art. 16 Nr. 3c PflWG können im Rahmen von Modellprojekten über die Ausbildungsziele hinaus „[...] *Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten vermittelt werden*“, wobei die inhaltliche Ausgestaltung den Ausbildungsstätten zugewiesen wird. Diese Ausbildungen können auch an Hochschulen stattfinden. Solcherart ausgebildete Pflegekräfte wären dann auch im Rahmen der vermittelten Kompetenzen zur Ausübung dieser heilkundlichen Tätigkeiten berechtigt (Art. 15 Nr. 1 und Art. 16 Nr. 1 PflWG).

Neben den oben beschriebenen Ausbildungen gibt es auch die Möglichkeit, eine Helferausbildung zu absolvieren. Die Regelungskompetenz dafür liegt bei den Bundesländern, die von diesen jedoch unterschiedlich wahrgenommen wird. So sind nicht in allen Ländern Regelungen verabschiedet worden, und die vorhandenen Regelungen sind nicht einheitlich (Stöcker 2005: 36; Taupitz, Pitz, Niedziolka 2008: 7f.).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die formale Qualifikation von Pflegekräften in Deutschland in einigen Punkten von der in Großbritannien, den USA und den Niederlanden unterscheidet (Kapitel 4.1). So findet in Deutschland bereits über die Erstausbildung eine Spezialisierung auf die Alten- oder die Krankenpflege statt. Des Weiteren gibt es außer den neu entstehenden dualen Studiengängen keine grundständige pflegerische Ausbildung an Hochschulen, die zur Führung einer der gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen berechtigt. Die während der Ausbildung zu vermittelnden Kompetenzen sollen zwar auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse sein, die Vermittlung wissenschaftlicher Grundlagen wird jedoch nicht als Ausbildungsziel genannt.

Die Studiengänge in Deutschland, die als Weiterbildung für Pflegekräfte angesehen werden können, qualifizieren überwiegend für den Ausbildungs- und Managementbereich und nicht für die praktische Pflege (z.B. zur Pflegekraft im Sinne von ANP)⁵⁰. Akademisch ausgebildete Pflegekräfte sind demnach zurzeit nur in Ausnahmefällen in der praktischen Pflege „am Bett“ zu finden (SVR 2007: 76).⁵¹

Die im KrPflG genannten Ausbildungsziele für den eigenverantwortlichen Aufgabenbereich decken sich annähernd mit den in Kapitel 4.1 beschriebenen Aufgabenbereichen der RN in Großbritannien und den USA und der Verpleegkundigen in den Niederlanden. Dies trifft für die im AltPflG genannten Ausbildungsziele so nicht zu. Gründe dafür sind zum einen die Spezialisierung auf die Pflege alter Menschen, zum anderen, dass das Ausbildungsziel „Durchführung einer umfassenden und geplanten Pflege“ nicht genauer ausgeführt wird.

Insgesamt ist zu bedenken, dass beide Ausbildungsformen erst in jüngster Vergangenheit reformiert wurden und die zurzeit aktiven Pflegekräfte überwiegend nach den alten Berufsgesetzen ausgebildet wurden.

5.2 Rechtliche Aspekte der Berufsausübung in Deutschland

Das KrPflG und das AltPflG ordnen die Zulassung zu den entsprechenden Berufen und schützen die Berufsbezeichnungen, die Berufsausübung der Pflegekräfte wird dadurch jedoch nicht geregelt.⁵² Dasselbe gilt für die Weiterbildungsordnungen einzelner Bundesländer (SVR

⁵⁰ Als Ausnahme kann hier der 2006 gestartete Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft der Universität Bremen angesehen werden, bei dem der Schwerpunkt „Klinische Pflegeexpertise“ gewählt werden kann (Universität Bremen o.J.).

⁵¹ Die Zahl der Absolventen von Pflegestudiengängen liegt nach einer Schätzung von Moers (2000: 22) bei 1000 jährlich. Da es in Deutschland kein Berufsregister für Pflegekräfte gibt, können jedoch keine genauen Angaben zum Anteil von akademisch ausgebildeten Pflegekräften „am Bett“ gemacht werden.

⁵² Dies kann sich mit der Einführung des (noch nicht vom Bundesrat verabschiedeten) PflWG ändern. Dann würden nach Art. 15 Nr. 1 und Art. 16 Nr. 1 PflWG Pflegekräfte, die im Rahmen eines Modellprojektes nach

2007: 96; Taupitz, Pitz, Niedziolka 2008: 11 ff. und 15 ff.; Igl 1998: 23 f.). Weitere Regelungen, die sich direkt auf die Berufsausübung der Pflegekräfte beziehen, gibt es bisher nur in Bremen und im Saarland mit den dort erlassenen Berufsordnungen (KrPflBO-Bremen; PflBO-Saarland). Die KrPflBO-Bremen gilt nur für Krankenpflegekräfte, die PflBO-Saarland für Alten- und Krankenpflegekräfte. In beiden Berufsordnungen sind allgemeine Berufsaufgaben formuliert, die im Wesentlichen den in § 3 KrPflG genannten Ausbildungszielen entsprechen (§ 3 KrPflBO-Bremen; § 4 PflBO-Saarland; Kapitel 5.1). Nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 15) bedeutet das, „[...] dass der Arzt bei allen Maßnahmen, die zu den eigenverantwortlich auszuführenden Maßnahmen der Krankenpfleger zählen, nicht mehr beteiligt werden muss [...]“ und dafür im Normalfall auch nicht mehr haftbar gemacht werden kann. Diese Berufsordnungen gelten nur in den entsprechenden Bundesländern und somit nur für einen kleinen Teil der Pflegekräfte in Deutschland. Für alle anderen Pflegekräfte besteht außer dem AltpflG und dem KrPflG kein weiteres direktes Berufsrecht. Es gibt jedoch andere rechtliche Normen, die Einfluss auf die Berufsausübung der Pflegekräfte nehmen.

Als eine solche Regelung kann das Sozialgesetzbuch (SGB) V angesehen werden. Hier wird in § 15 den Ärzten eine zentrale Position eingeräumt, da nur sie Hilfeleistungen anderer Berufsgruppen anordnen dürfen, für die sie dann auch verantwortlich sind. Zu diesen Hilfeleistungen zählen nach §§ 37 und 39 SGB V auch pflegerische Leistungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege und der Krankenhausbehandlung. Dabei wird kein Bezug auf die gesetzlich geschützten Berufsbezeichnungen genommen, so dass unklar bleibt, welche Qualifikation die Pflegekräfte haben sollen (Igl 1998: 33 ff.; SVR 2007: 98; Taupitz, Pitz, Niedziolka 2008: 14). Aus dem SGB V lassen sich nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 13 f.) jedoch keine Tätigkeitsvorbehalte für einzelne Berufsgruppen ableiten, „[...] da die Regelungen des SGB V auf das Verhältnis zwischen den Versicherten und der gesetzlichen Krankenversicherung fokussiert sind und somit keine Regelung der Kompetenzen des Medizinalpersonals bezwecken.“ Dieses Argument gilt analog für das SGB XI, wobei hier eine Kompetenzzuweisung ebenfalls schwierig wäre, da nach SGB XI alle pflegerischen Leistungen grundsätzlich auch von Laien erbracht werden können (Igl 1998: 44).

Auch das Berufsrecht anderer Gesundheitsberufe kann Auswirkungen auf die Berufsausübung von Pflegekräften haben. Im Rahmen dieser Arbeit interessiert dabei hauptsächlich das Berufsrecht der Ärzte, welches keine Vorbehaltsaufgaben enthält (Igl 1998: 46). Solche sind jedoch in anderen rechtlichen Normen formuliert. So dürfen z.B. nach § 23 Röntgenverordnung die Anordnung von Röntgenuntersuchungen und nach § 48 Arzneimittelgesetz die Verschreibung bestimmter Arzneimittel nur von approbierten Ärzten ausgeführt werden (Taupitz, Pitz, Niedziolka 2008: 19).⁵³

Art. 15 Nr. 3 und Art. 16 Nr. 3 PflWG Kompetenzen zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten erlernt haben, dazu berechtigt sein, diese auch auszuüben.

⁵³ Eine umfassende Auflistung der ärztlichen Vorbehaltsaufgaben, die sich aus verschiedenen rechtlichen Normen ergeben, ist bei *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 18 f.) zu finden.

Der SVR (2007: 97) sieht auch in § 1 Heilpraktikergesetz (HPG) einen Arztvorbehalt formuliert. Demnach darf Heilkunde nur von Ärzten oder Personen mit entsprechender Erlaubnis ausgeübt werden. Heilkunde ist dabei nach § 1 Abs. 2 HPG „[...] jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen, auch wenn sie im Dienste von anderen ausgeübt wird.“ Der SVR (2007: 96) weist jedoch an anderer Stelle selber darauf hin, dass diese Definition jede Tätigkeit im Gesundheitsbereich umfasst und sie daher zur Eingrenzung des ärztlichen Tätigkeitsfeldes nutzlos ist. Dies wirft die Frage auf, inwieweit Pflegekräfte im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit Heilkunde ausüben und ggf. eine entsprechende Erlaubnis brauchen. Nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 19 ff.) ist das HPG auf Pflegekräfte nicht anzuwenden, da der Zweck des HPG, unzuverlässige und unkundige Personen zum Schutz der Bevölkerung an der Ausübung der Heilkunde zu hindern, bei den Pflegekräften bereits durch das AltPflG und das KrPflG erfüllt wird.⁵⁴ Pflegekräfte dürfen also im Rahmen ihrer Zulassung heilkundliche Tätigkeiten straffrei ausführen (*Taupitz, Pitz, Niedziolka* 2008: 31).⁵⁵

Auch das Haftungsrecht beeinflusst die Berufsausübung der Pflegekräfte. Hier stellt sich grundsätzlich die Frage, ob ein Schaden aufgrund einer Verletzung der Sorgfaltspflicht entstanden ist. Dabei werden als Maßstab für die Sorgfalt die in der jeweiligen Berufsgruppe zu erwartenden Fertigkeiten und Fähigkeiten angelegt, die wiederum hauptsächlich von der Aus- und Weiterbildung abhängig sind. Des Weiteren muss die Tätigkeit nach den geltenden Standards durchgeführt worden sein (*Igl* 1998: 48 ff.; *Pitz* 2007: 91 ff.; *Taupitz, Pitz, Niedziolka* 2008: 41 ff.; *SVR* 2007: 100). Der anzulegende Sorgfaltsmaßstab hängt auch von der Art der Tätigkeit ab. Hier ist es nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 42 ff.) wesentlich, dass der Ausführende die Gefahr, die seine Tätigkeit für den Patienten darstellt, beherrschen kann. Wenn dazu normalerweise nur eine höher qualifizierte Berufsgruppe in der Lage ist, muss der Sorgfaltsmaßstab dieser Berufsgruppe erfüllt werden, d.h., ein Mitglied einer niedriger qualifizierten Berufsgruppe muss entsprechend aus- bzw. weitergebildet sein. Zu beachten ist hierbei auch die Einwilligung des Patienten. Dieser muss dann besonders darüber aufgeklärt werden, dass eine Tätigkeit von einer Pflegekraft durchgeführt wird, wenn er üblicherweise davon ausgehen kann, dass diese Tätigkeit von einem Arzt ausgeführt wird oder wenn die Durchführung durch eine Pflegekraft ein höheres Risiko für ihn darstellt (*Taupitz, Pitz, Niedziolka* 2008: 55).

Insgesamt gilt für den Bereich des Haftungsrechts, dass aufgrund der unscharfen Abgrenzung der Aufgabengebiete zwischen den einzelnen Gesundheitsberufen keine eindeutigen

⁵⁴ *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 33 ff.) haben des Weiteren geprüft, ob das HPG für Medizinische Fachangestellte (vormals Arzthelfer) anzuwenden ist und sind zu dem Schluss gekommen, dass diese bei der eigenständigen Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten eine Erlaubnis nach dem HPG benötigen.

⁵⁵ Dieses wird mit Einführung des PflWG (welches noch vom Bundesrat verabschiedet werden muss), eingeschränkt. Nach Art. 15 Nr. 1 und Art. 16 Nr. 1 dürfen Pflegekräfte dann nur die heilkundlichen Tätigkeiten ausüben, für die sie ausgebildet sind.

Regelungen vorhanden sind, so dass Entscheidungen in diesem Bereich immer vom Einzelfall abhängig sind (SVR 2007: 100 f.).

Eine Begrenzung der pflegerischen Berufsausübung ergibt sich aus dem Grundsatz der persönlichen Leistungspflicht. Ärzte sind nach *Pitz* (2007: 130 f.) aufgrund mehrerer Rechtsnormen (Arztvertragsrecht; §§ 15, 28 SGB V; Abrechnungsrecht; Musterberufsordnung Ärzte) verpflichtet, ärztliche Leistungen persönlich zu erbringen (auch *Taupitz, Pitz, Niedziolka* 2008: 56 f.; SVR 2007: 102). Tun sie dies nicht, verstoßen sie gegen den Behandlungsvertrag und erhalten kein Geld für ihre Leistungen. Dies kommt insbesondere im ambulanten Bereich und im Bereich der wahlärztlichen Versorgung im Krankenhaus zum Tragen, so dass hier ein eigenverantwortliches⁵⁶ Tätigwerden von Pflegekräften nicht möglich ist. *Pitz* (2007: 138) weist jedoch darauf hin, dass diese Grenze durch Veränderungen allgemeiner Vertragsbedingungen verschiebbar wäre. Anders sieht es bei der Krankenhausbehandlung im Rahmen des Krankenhausvertrages ohne Wahlarztvertrag aus. Hier liegt die Grenze für das eigenverantwortliche Tätigwerden von Pflegepersonal dort, wo „[...] jeder vernünftige und verständige Patient davon ausgeht, dass Medizinalpersonal nicht eigenverantwortlich tätig wird.“ (*Pitz* 2007: 134 f.). Hier muss sichergestellt sein, dass ein Arzt solche Maßnahmen mindestens anordnet und überwacht. Dies trifft nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 60) auch im ambulanten Bereich für Disease Management Programme (DMP) zu, da hier der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung des Arztes aufgrund der besonderen Vertragsstruktur stark eingeschränkt ist.

Es gibt also zwei unterschiedliche Rechtsauffassungen im Hinblick auf die Berufsausübung von Pflegekräften. So gehen *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 61; auch *Pitz* 2007: 138) davon aus, dass es außer den für wenige Pflegekräfte gültigen Berufsordnungen keine rechtlichen Normen gibt, die Pflegekräften ausdrücklich eigenverantwortliches Handeln erlauben, dass es aber außer den ausdrücklichen Arztvorbehalten auch keine rechtlichen Normen gibt, die Pflegekräften eigenverantwortliches Handeln untersagen. Daraus lässt sich aber nicht schließen, dass Pflegekräfte per se alles eigenverantwortlich tun dürfen, da dem pflegerischen Handeln durch das Haftungsrecht, dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung und der Einwilligung des Patienten Grenzen gesetzt sind. Dies sind jedoch nach *Pitz* (2007: 138) lediglich „weiche“ Grenzen.

Im Gegensatz dazu leiten der SVR (2007: 97) aus dem HPG und den Rechtsnormen zur persönlichen Leistungserbringung und *Igl* (1998: 33 ff.) aus dem SGB V eine weitgehende ärztliche Vorrangstellung und quasi Gesamtverantwortung ab, was zur Folge hätte, dass Pflegekräfte letztendlich nur auf ärztliche Anordnung und/oder im Rahmen der Delegation tätig werden könnten. Im Hinblick auf die Ausführungen von *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008; auch *Pitz* 2007) kann diesen Argumentationslinien allerdings nicht gefolgt werden.

⁵⁶ „Eigenverantwortlich“ bedeutet in diesem Zusammenhang „[...] die eigenständige Indikationsstellung zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme und deren eigenständige Durchführung [...]“. (*Taupitz, Pitz, Niedziolka* 2008: 10; *Pitz* 2007: 5).

Hinsichtlich der Arbeitsteilung von Ärzten und Pflegekräften stellt sich jedoch immer die Frage nach rechtlichen Aspekten der Delegation (Taupitz, Pitz, Niedziolka 2008: 62 ff.; Pitz 2007: 141 ff.). *Pitz* (2007:182; auch SVR 2007:103 ff.) kommt zu dem Schluss, dass eine Delegation zulässig ist, wenn der Patient darin einwilligt bzw. nicht üblicherweise davon ausgehen kann, dass die Maßnahme durch einen Arzt durchgeführt wird, wenn die delegierte Maßnahme von der Pflegekraft aufgrund ihrer Aus- bzw. Weiterbildung beherrscht wird und der entsprechende medizinische Standard erfüllt wird. Der delegierende Arzt hat dies zu kontrollieren und das Pflegepersonal zu instruieren.⁵⁷ Für den ambulanten Bereich gelten allerdings nach *Pitz* (2007: 150 ff.) aufgrund der räumlichen Entfernung von Arzt und Patient veränderte Regeln. Maßnahmen, die nach dem Verzeichnis des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu den verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege gehören, müssen nicht mehr vom Arzt einzeln delegiert werden.⁵⁸ Hier ist der Pflegedienst für die Auswahl ausreichend qualifizierten Personals und die ordnungsgemäße Durchführung verantwortlich. Der delegierende Arzt muss jedoch eine angemessene Instruktion und eine Verlaufs- bzw. Endkontrolle (z.B. im Rahmen seiner Hausbesuche) durchführen. Für Maßnahmen, die nicht im Verzeichnis des GBA aufgeführt sind, gelten die obigen Regeln für die Delegation. *Pitz* (2007: 151) bezieht sich hier allerdings nur auf Maßnahmen der so genannten Behandlungspflege, da bei der so genannten Grundpflege keine Kooperation von Ärzten und Pflegekräften notwendig ist.⁵⁹ Er macht jedoch keine Aussage darüber, ob Pflegekräfte die so genannte Grundpflege eigenverantwortlich durchführen dürften, aus seinen anderen Ausführungen lässt sich aber schließen, dass dies der Fall ist.

5.3 Zur Übertragbarkeit international erbrachter pflegerischer Leistungen

In diesem Abschnitt wird hinsichtlich der formalen Qualifikation von Pflegekräften und rechtlicher Aspekte ihrer Berufsausübung überprüft, inwieweit die in Kapitel 4.2 dargestellten pflegerischen Leistungen auf Deutschland übertragbar sind. Dabei gilt für die formale Qualifikation, dass Altenpflegekräfte nur für Tätigkeiten bei alten Menschen qualifiziert sind, so dass dies nicht mehr eigens erwähnt wird. Bezüglich der rechtlichen Aspekte wird der Argumentation von *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008) und *Pitz* (2007) gefolgt. Demzufolge dürfen Pflegekräfte aufgrund des Grundsatzes der persönlichen Leistungserbringung im ambulanten Bereich nicht eigenverantwortlich tätig werden. Da nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 60) im Rahmen von DMP wegen der anderen Vertragsstruktur jedoch auch im ambulanten Bereich ein eigenverantwortliches Tätigwerden von Pflegekräften möglich ist, wird im Folgenden immer auch geprüft, ob dies möglich wäre.

⁵⁷ Der SVR (2007: 102) unterscheidet dabei im Rückgriff auf eine Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesärztekammer aus dem Jahr 1988 zwischen nicht-delegationsfähigen, im Einzelfall delegationsfähigen und grundsätzlich delegationsfähigen Leistungen. Dies ist nach *Pitz* (2007: 114 ff.) fragwürdig, da diese Stellungnahme nicht rechtsverbindlich, aktuell, neutral und objektiv ist.

⁵⁸ Für eine ausführliche Auflistung der Maßnahmen siehe *Pitz* (2007: 159 f.).

⁵⁹ Die Verwendung der Begriffe Grund- und Behandlungspflege ist umstritten. Es gibt keine Legaldefinition für dieses Begriffspaar. Des Weiteren wird dadurch suggeriert, dass es sich um eigenständige Tätigkeitsbereiche handelt, dies ist jedoch nicht so, da beide Komplexe ineinander übergehen (Stratmeyer 2002: 118).

5.3.1 Durchführung von Assessments

Eine der beschriebenen pflegerischen Leistungen ist die Durchführung von z.T. komplexen Assessments inklusive Erhebung der Krankengeschichte. Für die Durchführung pflegerischer Assessments sind Pflegekräfte nach den in § 3 AltPflG und § 3 KrPflG beschriebenen Ausbildungszielen qualifiziert. So ist im KrPflG ausdrücklich die Befähigung zur Feststellung des Pflegebedarfs als Ausbildungsziel genannt und nach dem AltPflG sollen Altenpflegekräfte in der Ausbildung lernen, eine den allgemein pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende Pflege durchzuführen, wozu auch die Erhebung des Pflegebedarfs gehört. Nach § 3 KrPflBO-Bremen und § 4 PflBO-Saarland gehört die Durchführung von pflegerischen Assessments zu den Aufgaben, die von (Kranken-)Pflegekräften eigenverantwortlich durchgeführt werden. Folgt man der Argumentation von *Pitz* (2007: 151), gilt dies auch für die anderen Bundesländer, da das Pflegeassessment der so genannten Grundpflege zuzurechnen ist und somit ein Tätigwerden des Arztes nicht zur Debatte steht.

Bei der Durchführung komplexer Assessments und bei der Erhebung der Krankengeschichte stellt sich die Frage, ob die Grundausbildung als Qualifikation ausreicht, oder ob eine entsprechende Weiterbildung absolviert werden muss. Des Weiteren ist fraglich, inwieweit damit Pflegebedarf erhoben wird oder ob bereits der Bereich der medizinischen Diagnostik berührt wird. Ist Letzteres der Fall, sind Krankenpflegekräfte dafür eher qualifiziert als Altenpflegekräfte, da sie in der Ausbildung zur verantwortlichen Mitwirkung bei der Erkennung von Krankheiten befähigt werden sollen, wohingegen in der Altenpflege lediglich die Mitwirkung bei der Krankenbehandlung Ausbildungsziel ist. Diese formale Qualifikation der Krankenpflegekräfte umfasst aber nicht die Entscheidung darüber, welches Assessment erhoben werden soll, wobei auch hier wieder vorstellbar ist, dass die Qualifikation dazu mit einer entsprechenden Weiterbildung erreicht werden kann. Wenn der Arzt nicht zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet ist, kann eine Krankenpflegekraft diese Leistung bei entsprechendem Kenntnisstand auch eigenverantwortlich erbringen.

5.3.2 Durchführung körperlicher Untersuchungen

Die Durchführung diagnostischer Maßnahmen ist im AltPflG nicht als Ausbildungsziel genannt, demnach sind Altenpflegekräfte formal nicht dafür qualifiziert. Sie sollen aber nach § 3 AltPflG in der Ausbildung dazu befähigt werden, bei der Behandlung kranker alter Menschen mitzuwirken. Diese Mitwirkung kann körperliche Untersuchungen (z.B. Blutzuckerkontrollen) zur Therapieüberwachung beinhalten. Es ist jedoch fraglich, wie weit reichend der Begriff „Therapieüberwachung“ ist und ob davon auch Untersuchungen wie z.B. die Spirometrie erfasst werden.

Krankenpflegekräfte lernen nach § 3 KrPflG in der Ausbildung, diagnostische Maßnahmen im Rahmen der Mitwirkung auszuführen. Hier ist also von einer grundsätzlichen Qualifikation für die Durchführung körperlicher Untersuchungen auszugehen, wobei dies nicht die Entscheidung darüber, welche körperliche Untersuchung durchgeführt werden soll, beinhaltet.

Unklar ist, ob diese Grundqualifikation für spezielle Untersuchungen wie z.B. Spirometrie bei COPD-Patienten oder Messung der Groben Kraft bei RA-Patienten ausreichend ist. Wie in Kapitel 4.4 dargestellt wurde, ist in den Studien ein hoher Anteil von Pflegekräften mit klinischer Spezialisierung eingesetzt worden. Dies erscheint in Bezug auf spezielle Untersuchungen auch für Deutschland sinnvoll. Entsprechend ausgebildete Krankenpflegekräfte könnten bei entsprechender Vertragsstruktur die körperlichen Untersuchungen auch eigenverantwortlich durchführen, sofern nicht ein vernünftiger Patient von einer ärztlichen Durchführung ausgeht (Taupitz, Pitz, Niedziolka 2008: 61).

5.3.3 Initiierung weiterführender Untersuchungen

Die Initiierung weiterführender Untersuchungen fällt ebenso wie die Durchführung körperlicher Untersuchungen in den Bereich Diagnostik. Hierzu sind Altenpflegekräfte formal nicht qualifiziert (Kapitel 5.3.2). Auch bei Krankenpflegekräften ist dies nicht der Fall, da sie zwar dazu ausgebildet werden, diagnostische Maßnahmen im Rahmen der Mitwirkung durchzuführen, aber nicht dazu, zu entscheiden, welche weitergehenden Untersuchungen einzuleiten sind. Bei entsprechendem Ausbildungsstand wäre allerdings z.B. im Rahmen von DMP auch die Initiierung weiterführender Untersuchungen möglich. Dies umfasst nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 74 f.) dann auch die Anordnung von Röntgenuntersuchungen, da es hier aufgrund der Rechtslage nach jeder Verordnung noch zu einer Indikation durch den Radiologen kommt, womit der in §§ 23 und 24 Röntgenverordnung beschriebene Arztvorbehalt erfüllt wird.

5.3.4 Beurteilung der erhobenen Befunde

Bezüglich der Beurteilung der erhobenen Befunde muss (wie in Kapitel 5.3.2) unterschieden werden zwischen Befunden, die zur Therapieüberwachung und Befunden, die im Rahmen medizinischer Diagnostik erhoben werden. Hinsichtlich der Therapieüberwachung müssen Pflegekräfte in der Lage sein, die Befunde zumindest dahingehend einzuschätzen, ob ein Arzt hinzugezogen werden muss oder nicht. Wären sie dazu nicht in der Lage, könnte man sie nicht zur Therapieüberwachung einsetzen. Hierbei ist jedoch unklar, wie weit der Begriff „Therapieüberwachung“ reicht.

Anders ist die Situation bei der Beurteilung von Befunden, die zur Diagnostik erhoben werden. Bei Altenpflegekräften, die für diagnostische Maßnahmen nicht ausgebildet werden, stellt sich die Frage nach der Beurteilung von Befunden nicht. Krankenpflegekräfte hingegen erwerben zwar in ihrer Ausbildung eine grundsätzliche Qualifikation zur Durchführung körperlicher Untersuchungen, es ist jedoch fraglich, ob diese zur Beurteilung der Befunde ausreicht. Nach *Pitz* (2007:108) können Pflegekräfte bei entsprechendem Kenntnisstand durchaus Befunde beurteilen. Solche Kenntnisse könnten z.B. im Rahmen klinischer Spezialisierungen erworben werden, so dass dann auch aus rechtlicher Sicht bei entsprechender Vertragsstruktur eine Beurteilung von Befunden durch die weitergebildete Pflegekraft möglich wäre.

5.3.5 Erstellung von Versorgungsplänen

Eine der pflegerischen Leistungen ist die Erstellung von Versorgungsplänen, bzw. in einer Studie die Koordinierung der gesamten Versorgung (Kapitel 4.4; 4.2.5). Altenpflegekräfte werden nach § 3 AltPflG zwar dafür ausgebildet, eine geplante Pflege durchzuführen, die Erstellung von Versorgungsplänen geht aber darüber hinaus, da davon neben der Pflege auch andere Berufsgruppen betroffen sind. Krankenpflegekräfte jedoch werden dafür ausgebildet, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen Lösungen für Gesundheitsprobleme zu entwickeln (§ 3 KrPflG). In der KrPflAPrV wird hier ausdrücklich die „[...] *Aushandlung gemeinsamer Behandlungs- und Betreuungskonzepte* [...]“ genannt (Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV). Demnach sind Krankenpflegekräfte formal qualifiziert, Versorgungspläne zu entwickeln und auch die gesamte Versorgung zu koordinieren. Da diese Leistung nicht direkt der medizinischen Behandlung zuzuordnen ist, sondern eine zusätzliche Unterstützung darstellt, steht dem auch aus rechtlicher Sicht nichts entgegen.⁶⁰

5.3.6 Überwachung der Therapie

Wie bereits in Kapitel 5.3.2 dargestellt, sind Altenpflegekräfte formal zur Überwachung der Therapie qualifiziert, da sie für die Mitwirkung bei der Behandlung kranker alter Menschen ausgebildet werden. Auch Krankenpflegekräfte haben eine entsprechende formale Qualifikation, da sie nach § 3 KrPflG dazu ausgebildet werden, ärztlich veranlasste Maßnahmen und Maßnahmen der Therapie im Rahmen des mitverantwortlichen Aufgabenbereichs durchzuführen. Hierzu ist auch die Überwachung der Therapie zu zählen. Dabei ist es jedoch fraglich, welche konkreten Tätigkeiten der Begriff „Therapieüberwachung“ umfasst. Hier könnte ein Vorgehen nach einer „individualisierten Leitlinie“ hilfreich sein, in der festgelegt ist, bei welchem Patienten welche Tätigkeiten zur Therapieüberwachung gehören (vgl. auch Kapitel 4.2.6, wo es in drei Studien mündliche Vereinbarungen gab, wann welche Blutuntersuchungen durchgeführt werden sollen). Eine Reihe von Maßnahmen der Therapieüberwachung (z.B. Überwachung von Infusionstherapien) gehören nach dem Verzeichnis des GBA zu den verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, und müssen daher nicht mehr im Einzelfall delegiert werden.

Aufgrund der vorhandenen formalen Qualifikation könnten Pflegekräfte die Therapieüberwachung auch eigenverantwortlich durchführen, wenn der Arzt nicht zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet ist.

5.3.7 Initiierung von Therapieänderungen

Zu den pflegerischen Leistungen gehört auch die Initiierung von Therapieänderungen und in einer Studie die eigenständige Änderung der Therapie (Kapitel 4.4). Um eine Therapieänderung initiieren zu können, müssen Pflegekräfte zuvor erkannt haben, dass eine

⁶⁰ Die Erstellung von Versorgungsplänen und die Koordinierung der Versorgung ist nach Art. 1 Nr. 4 PflWG (welches noch nicht vom Bundesrat verabschiedet wurde) als Aufgabe der Pflegeberater vorgesehen. Dies sollen Pflegefachkräfte oder Sozialversicherungsfachangestellte mit entsprechender Weiterbildung sein.

solche notwendig ist. Es muss also im Rahmen der Therapieüberwachung eine Untersuchung stattfinden, der erhobene Befund muss beurteilt werden und bei auffälligen Befunden muss ein Arzt informiert werden, um eine Therapieänderung zu bewirken. Dazu sind, wie in den vorigen Abschnitten (Kapitel 5.3.2, 5.3.4) ausgeführt, sowohl Alten- als auch Krankenpflegekräfte formal qualifiziert.

Anders sieht es bei der eigenständigen Änderung der Therapie aus. Hier gilt, ähnlich wie bei der Initiierung weiterführender Untersuchungen (Kapitel 5.3.3), dass Pflegekräfte dazu nicht ausgebildet werden. Krankenpflegekräfte lernen zwar, Maßnahmen der Therapie im Rahmen der Mitwirkung auszuführen, dies umfasst aber nicht die Entscheidung über eine Therapieänderung. *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 98) führen jedoch aus, dass auch diese Tätigkeit bei entsprechendem Ausbildungsstand im Rahmen von DMP von Krankenpflegekräften eigenverantwortlich durchgeführt werden kann. Sie weisen aber darauf hin, dass zur Minimierung des Haftungsrisikos die Erstellung eines Medikationsschemas für einzelne Patienten oder Patientengruppen denkbar ist, innerhalb dessen Krankenpflegekräfte eigenständig handeln. Hierbei würden die Voraussetzungen für die Delegation gelten. Pflegekräfte können jedoch weder eigenverantwortlich noch im Rahmen der Delegation Arzneimittel verschreiben, da dies nach § 48 Arzneimittelgesetz ärztliche Vorbehaltsaufgabe ist.

5.3.8 Verabreichung von Medikamenten

Die Verabreichung von Medikamenten kann unter die in den Ausbildungszielen genannte Mitwirkung bei der Therapie bzw. Ausführung ärztlicher Verordnungen subsumiert werden (§ 3 AltPflG; § 3 KrPflG), so dass sowohl Altenpflegekräfte als auch Krankenpflegekräfte formal dafür qualifiziert sind. Die Medikamentenverabreichung sowie subkutane und intramuskuläre Injektionen gehören nach dem Verzeichnis des GBA auch zu den verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege, die nicht mehr im Einzelfall delegiert werden müssen (Pitz 2007: 159 f.). Intravenöse Injektionen können von Pflegekräften bei entsprechendem Ausbildungsstand im Rahmen der Delegation und nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 92 ff.) im Rahmen von DMP in Abhängigkeit vom Medikament auch eigenverantwortlich ausgeführt werden.

5.3.9 Überweisung des Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister

Ob Pflegekräfte aufgrund ihrer Ausbildung formal dazu qualifiziert sind, Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister zu überweisen, lässt sich aus dem AltPflG und dem KrPflG nicht klar herleiten. So beinhalten die Ausbildungsziele für Altenpflegekräfte, dass die Auszubildenden dazu befähigt werden sollen, mit anderen in der Altenpflege tätigen Personen zusammenzuarbeiten (§ 3 AltPflG). Daraus lässt sich allerdings nicht schließen, dass Altenpflegekräfte formal dazu qualifiziert sind, Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister zu überweisen. Für Krankenpflegekräfte gilt, dass sie in ihrer

Ausbildung lernen sollen, interdisziplinär mit anderen Berufsgruppen zusammenzuarbeiten und mit diesen Lösungen für Gesundheitsprobleme zu erarbeiten (§ 3 KrPflG). Dies spricht für eine formale Qualifikation zur Überweisung des Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister. Hinzu kommt, dass die Krankenpflegeausbildung nach KrPflAPrV befähigen soll, den Bedarf der Patienten an Gesundheitsvorsorge festzustellen, angemessene Maßnahmen anzuregen und hierfür angemessene Hilfen und Begleitung anzubieten (Anlage 1 zu § 1 Abs. 1 KrPflAPrV). Hier bleibt allerdings unklar, ob der Begriff „Gesundheitsvorsorge“ auch Prophylaxen umfasst. Ist dies der Fall, wäre es z.B. im Hinblick auf die Kontraktprophylaxe möglich, dass Krankenpflegekräfte feststellen, dass der Patient Bedarf an Physiotherapie hat (wobei jedoch wiederum die Grenze zur Therapie unscharf ist). Auch hier wäre also die formale Qualifikation zur Überweisung des Patienten an andere professionelle Gesundheitsdienstleister gegeben. Krankenpflegekräfte könnten dann bei entsprechender Vertragsstruktur die Patienten auch eigenständig an andere Gesundheitsdienstleister überweisen.

5.3.10 Durchführung von Patientenedukation

Zur Durchführung von Patientenedukation sind Pflegekräfte formal qualifiziert. So sollen Altenpflegekräfte in der Ausbildung zur Beratung alter Menschen und pflegender Angehöriger befähigt werden (§ 3 AltPflG) und Krankenpflegekräfte sollen die Beratung und Anleitung von zu Pflegenden und ihren Angehörigen erlernen (§ 3 KrPflG). Es stellt sich jedoch die Frage, inwieweit die Grundausbildung zur Durchführung komplexer kognitiv-verhaltensorientierter Maßnahmen befähigt, wie sie in zwei Studien der Kategorie Patientenedukation beschrieben wurden (Kapitel 4.2.2). Hierfür erscheint wiederum eine spezielle Weiterbildung der Pflegekräfte sinnvoll.

Nach § 3 KrPflBO-Bremen und § 4 PflBO-Saarland gehört Patientenedukation zu den Aufgaben, die Krankenpflegekräfte eigenverantwortlich durchführen.⁶¹ Dies wäre nach der Argumentation von *Pitz* (2007: 151) dann rechtens, wenn Patientenedukation zur so genannten Grundpflege gerechnet wird. Wird sie jedoch der so genannten Behandlungspflege zugeordnet, kollidieren die Berufsordnungen im ambulanten Bereich mit dem Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung des Arztes. Wo diese nicht besteht, kann es aufgrund der klar vorhandenen formalen Qualifikation keine rechtlichen Bedenken gegen die eigenverantwortliche Durchführung der Patientenedukation durch Pflegekräfte geben.

5.3.11 Entscheidung über die Entlassung des Patienten aus der Versorgung

Wie in Kapitel 5.3.1 dargestellt sind Pflegekräfte formal dazu qualifiziert, den Pflegebedarf zu erheben. Daraus folgt, dass sie auch formal dazu qualifiziert sind, festzustellen, dass kein

⁶¹ Die rechtlichen Regelungen verdeutlichen, dass Patientenedukation in Deutschland zunehmend als pflegerische Aufgabe anerkannt wird. Hier sei noch einmal der Hinweis erlaubt, dass diese Aufgabe in der Pflegeausbildung und Pflegepraxis bisher nur wenig wahrgenommen wird (Müller-Mundt et al. 2000; Bartholomeyczik 2007: 144) und daher diese Kategorie in diese Arbeit aufgenommen wurde.

Pflegebedarf (mehr) vorliegt. Im Hinblick auf die pflegerische Versorgung ist demnach die formale Qualifikation von Pflegekräften zur Entscheidung über die Entlassung des Patienten aus der Versorgung vorhanden.

Anders sieht das bei der Entscheidung über die Entlassung des Patienten aus der medizinischen Versorgung aus. Hierzu sind sowohl Altenpflege- als auch Krankenpflegekräfte nach den in den Berufsbezeichnungsgesetzen genannten Ausbildungszielen nicht formal qualifiziert, da sie lediglich zur Mitwirkung bei der Behandlung ausgebildet werden (§ 3 AltPflG; § 3 KrPflG). Auch hier ist aber, wie bei den anderen pflegerischen Leistungen, vorstellbar, dass entsprechend weitergebildete Pflegekräfte für die Entscheidung über die Entlassung des Patienten aus der medizinischen Versorgung qualifiziert sind und diese dann z.B. im Rahmen von DMP eigenverantwortlich durchführen könnten.

5.4 Zusammenfassung

Es ist deutlich geworden, dass hinsichtlich der formalen Qualifikation und rechtlicher Aspekte ihrer Berufsausübung Pflegekräfte in Deutschland viele der in Kapitel 4.4 beschriebenen pflegerischen Leistungen durchführen könnten. Das wesentliche Argument dagegen ist im ambulanten Bereich der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung des Arztes. Wo dieser durch veränderte Vertragsstrukturen nicht besteht (z.B. bei DMP) sind die in den einzelnen Kategorien aufgeführten Modelle (Kapitel 4.2) zumindest teilweise auf Deutschland übertragbar. Hier müsste jedoch bei einer geplanten Übertragung das konkrete Modell ggf. an die hiesigen Verhältnisse angepasst werden.⁶² Zur Minimierung des Haftungsrisikos kann bei einigen der dargestellten Leistungen die Entwicklung einer Rahmenvorgabe bzw. eines Therapieschemas angebracht sein, innerhalb dessen die Pflegekräfte dann im Rahmen der Delegation tätig werden. Letztendlich wird es jedoch aufgrund der unklaren (wenn nicht gar unmöglichen) Abgrenzung der Tätigkeitsfelder von Ärzten und Pflegekräften nicht möglich sein, im Voraus absolute rechtliche Sicherheit darüber zu erhalten, ob eine Pflegekraft eine Leistung erbringen darf oder nicht. Der SVR (2007: 112) schreibt hierzu: *„Eine gewisse Sicherheit über die Zulässigkeit [...] entsteht erst, wenn es zu einem haftungsrechtlichen Prozess mit entsprechendem Urteil kommt, wobei sich die gerichtlichen Entscheidungen durchaus unterscheiden können.“*

Als wesentlicher Aspekt für eine mögliche Übertragung hat sich der Ausbildungsstand der Pflegekräfte erwiesen, da hiervon auch die rechtliche Bewertung abhängt. Dabei ergibt sich für Krankenpflegekräfte ein prinzipiell größeres Einsatzspektrum als für Altenpflegekräfte. Dies liegt zum einen daran, dass Altenpflegekräfte nur für die Pflege alter Menschen ausgebildet werden, zum anderen ist die Altenpflegeausbildung nicht in dem Maße auf medizinische

⁶² Hier sei als Beispiel die Einführung einer Pflegesprechstunde genannt. Soll z.B. eine Pflegesprechstunde eingeführt werden, in der ähnlich wie bei *Ryan et al.* (2006) die Durchführung eines Assessments und edukativer Maßnahmen im Vordergrund stehen, so ist das hinsichtlich der in dieser Arbeit untersuchten Aspekte problemlos möglich. Sollen die Patienten jedoch in der Pflegesprechstunde wie bei *Arthur und Clifford* (2004) auf ein Medikament eingestellt werden, müsste z.B. geklärt werden, wer den Patienten dann das entsprechende Medikament verschreibt.

Diagnostik und Therapie ausgerichtet wie die Krankenpflegeausbildung. Hier muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass das AltPflG und das KrPflG nur grobe Hinweise auf die real vorhandene Qualifikation der Pflegekräfte geben können (Pitz 2007: 178). Des Weiteren sind diese beiden Gesetze relativ neu, so dass die zurzeit praktisch tätigen Pflegekräfte überwiegend nach den alten Berufsgesetzen ausgebildet worden sind.

Für die Durchführung einiger der pflegerischen Leistungen stellt die Erstausbildung keine ausreichende Qualifikation dar. Hier sind (wie bei einem Großteil der Pflegekräfte, die in den internationalen Studien eingesetzt wurden) entsprechende Weiterbildungen bzw. klinische Spezialisierungen empfehlenswert. Dabei gilt nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 62): *„Je höher der Ausbildungsstand, desto größer sind die Einsatzmöglichkeiten dieser Berufsgruppe [Medizinalpersonal – M.B.] bei der Behandlung von Patienten. Dies kann dazu führen, dass das Medizinalpersonal eigenverantwortlich in ähnlich weitem Umfang bei der Patientenversorgung tätig werden kann, wie dies z.B. in den USA schon der Fall ist, wo das Pflegepersonal z.T. eine universitäre Ausbildung genießt.“* Dabei ist allerdings ein wesentlicher Unterschied der Ausbildung von Pflegekräften in Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern zu bedenken. Es gibt in Deutschland bisher nur wenige Aus- bzw. Weiterbildungen an Hochschulen, deren Ziel es ist, für die praktische Pflege „am Bett“ zu qualifizieren. Hinzu kommt, dass die bestehenden Weiterbildungen sehr uneinheitlich sind und bisher nur für wenige Bereiche klinische Spezialisierungen angeboten werden.

Es gibt jedoch bereits einige Modellprojekte in Deutschland, in denen Pflegekräfte einige der beschriebenen pflegerischen Leistungen durchführen. So sei an dieser Stelle auf Modellprojekte verwiesen, die unter den Bezeichnungen AGnES⁶³, Community Medicine Nurse und Gemeindegeschwester durchgeführt werden⁶⁴. Hier führen Krankenpflegekräfte, die zur Community Medicine Nurse weitergebildet wurden, u.a. komplexe Assessments, Patientenedukation und körperliche Untersuchungen durch (van den Berg et al. 2007). Ein weiteres Modellprojekt ist die Familiengesundheitspflege (Mischke et al. 2007), wo weitergebildete Pflegekräfte neben anderen Aufgaben das Case Management übernehmen und Patientenedukation durchführen. Als letztes Modellprojekt seien die Tandempraxen genannt, wo Pflegekräfte in Hausarztpraxen bei Patienten mit Ulcus cruris edukative Maßnahmen übernehmen (Universität Witten/Herdecke o.J.). Die formale Qualifikation von Pflegekräften in Deutschland scheint also nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis kein Hindernis für die Übertragung einiger der international erbrachten pflegerischen Leistungen zu sein.

⁶³ „AGnES“ steht für „Arztentlastende, Gemeindegeschwester, E-Health-gestützte, Systemische Intervention“ (van den Berg et al. 2007: 124)

⁶⁴ Diese Modellprojekte sind aus berufspolitischer Sicht sehr umstritten (DPR 2007: 533). Da der Fokus dieser Arbeit jedoch nicht auf der berufspolitischen Diskussion liegt, wird darauf an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

6 Potentieller Nutzen für Patienten in Deutschland

Nach der Überprüfung, inwieweit die international erbrachten pflegerischen Leistungen auf Deutschland übertragbar sind, soll in diesem Kapitel darauf eingegangen werden, welchen Nutzen Patienten in Deutschland davon haben könnten, wenn Pflegekräfte auch hier diese Leistungen erbringen. Zu dieser Frage können jedoch keine genauen Aussagen gemacht, sondern nur begründete Vermutungen formuliert werden. Dies liegt zum einen daran, dass die Ergebnisse, die im Hinblick auf den Nutzen der international erbrachten pflegerischer Leistungen für die Patienten herausgearbeitet wurden, aufgrund der Unterschiedlichkeit der einzelnen Studien nicht verallgemeinerbar sind, sondern nur allgemeine Ergebnistendenzen darstellen (Kapitel 4.3). Des Weiteren sind in Deutschland bisher nur in Ansätzen Daten zur Versorgungssituation im Gesundheitswesen vorhanden (SVRKAiG 2001b: 135), so dass es keine Grundlage gibt, von der aus auf einen möglichen Nutzen der pflegerischen Leistungen für die Patienten geschlossen werden kann. Letztendlich müsste bei der Übertragung der internationalen Modelle durch Studien überprüft werden, welcher Nutzen sich für die Patienten in Deutschland ergibt.

Grundsätzlich sind allerdings ähnliche Effekte wie in Kapitel 4.3 beschrieben vorstellbar. Es kann also zu einer Verringerung bzw. Verkürzung der Krankenhausaufenthalte, zu einer Verbesserung der vom Patienten wahrgenommenen körperlichen Leistungsfähigkeit, zu einer Steigerung der Lebensqualität bzw. des Wohlbefindens und zu einer höheren Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung kommen. Bei entsprechendem Ausbildungsstand der Pflegekräfte ist auch für Deutschland davon auszugehen, dass Modelle wie Hospital at Home und Pflegesprechstunden für die Patienten ebenso sicher sind wie die herkömmliche Versorgung.

Die beschriebenen Modelle könnten in Deutschland aber auch positive Auswirkungen auf einige der Struktur- und Qualitätsprobleme bei der Versorgung chronisch Kranker haben, die der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) in seinem Gutachten 2000/2001 festgestellt hat, und somit auch nutzvoll für die Patienten sein. So berichtet der SVRKAiG (2001b: 240) von einer Vernachlässigung der Rehabilitation bei chronisch Kranken und von einem Mangel an wohnortnaher ambulanter bzw. teilstationärer Rehabilitationsmöglichkeiten. Hier wäre die Einführung von Modellen ähnlich denen der Kategorie Ambulante Rehabilitation vorstellbar, wobei nach den Ergebnissen, die sich in dieser Arbeit andeuten, eine ambulante Rehabilitation nachhaltigere Wirkung zeigt und somit sinnvoller wäre als eine teilstationäre.

Der SVRKAiG (2001b: 213 ff.) bemängelt außerdem eine „Unzureichende Berücksichtigung der sozialen, psychischen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen [...]“. Auch hier könnte ein anderer Einsatz von Pflegekräften als bisher für die Patienten von Nutzen sein. So gibt es in den Ergebnissen der Kategorie Pflegesprechstunden (Kapitel 4.3.6) Hinweise darauf, dass Pflegekräfte die komplexen

Bedürfnisse der Patienten besser erkennen. Auch fühlten die Patienten in einer Studie dieser Kategorie sich als ganzen Menschen gesehen und wurden dadurch ermutigt, sich aktiv mit ihrer Krankheit auseinander zu setzen.

Ein weiterer Kritikpunkt des SVRKAiG (2001b: 217 f.) besteht darin, dass die Patienten und ihre Angehörigen ungenügend informiert und geschult werden. Da Maßnahmen der Patientenedukation in allen Kategorien zu den pflegerischen Leistungen gehören, wären auch hier bei einer Übertragung der pflegerischen Leistungen auf Deutschland positive Auswirkungen zu erwarten. Hier ist jedoch zu beachten, dass die Studien der Kategorie Patientenedukation für Patienten mit COPD kaum Effekte gezeigt haben (Kapitel 4.3.2). Es scheint daher sinnvoll, edukative Maßnahmen für diese Patientengruppe, wie in der Kategorie Ambulante Rehabilitation, auf die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit auszurichten bzw. mit körperlichen Trainingsübungen zu verknüpfen. So weist auch der SVRKAiG (2001b: 363) darauf hin, dass Patienten mit COPD vermutlich von Training zur Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit mehr Nutzen haben als von anderen Maßnahmen.

Neben den bisher genannten Punkten beanstandet der SVRKAiG (2001b: 218 f.) auch unflexible Versorgungsstrukturen, die außerdem zu wenig interdisziplinär angelegt sind. Der SVRKAiG (2001b: 218) fordert in diesem Zusammenhang „[...] ein am tatsächlichen Bedarf orientiertes, möglichst flexibles ‚Versorgungsmenü‘ [...]“. Dies könnte z.B. durch die Einführung von sektorenübergreifenden Modellen, wie sie in den Kategorien Hospital at Home und Erweiterte häusliche Versorgung beschrieben werden erreicht werden. Mit Modellen, die in Richtung eines Case Managements gehen, könnte zugleich auch der Kritik des SVRKAiG (2001b: 47), dass die Überbrückung der Sektorengrenzen den oft mangelhaft informierten Patienten überlassen bleibt, begegnet werden.

Es ist demnach bei einer Übertragung der beschriebenen Modelle auf Deutschland durchaus davon auszugehen, dass dies für die Patienten nutzbringend ist. Um genauere Aussagen machen zu können, wären jedoch, wie oben bereits erwähnt, weitere Studien notwendig.

7 Diskussion

Die Durchführung der systematischen Literaturübersicht erbrachte als Ergebnis verschiedene internationale Modelle pflegerischer Leistungen in der ambulanten Versorgung von Patienten mit RA und COPD. In einem weiteren Schritt konnten allgemeine Tendenzen bezüglich des Nutzens dieser Leistungen für die Patienten aufgezeigt werden. Dann wurden hinsichtlich der formalen Qualifikation von Pflegekräften und rechtlicher Aspekte ihrer Berufsausübung Möglichkeiten und Grenzen einer Übertragung dieser Modelle auf Deutschland herausgearbeitet und der potentielle Nutzen für Patienten in Deutschland hergeleitet. Abschließend sollen nun die Limitationen dieser Arbeit dargestellt und die Ergebnisse diskutiert werden.

7.1 Limitationen

Eine Limitation besteht darin, dass einerseits aufgrund des explorativen Charakters der Fragestellung, welche Leistungen von Pflegekräften erbracht werden, die Studien unabhängig von Methode und Qualität aufgenommen wurden. So konnten im Hinblick auf den Nutzen lediglich allgemeine Ergebnistendenzen herausgearbeitet werden. Andererseits hat die Fragestellung nach dem Nutzen der pflegerischen Leistungen für die Patienten dazu geführt, dass nur die Literatur aufgenommen wurde, in denen der Nutzen der pflegerischen Leistung für die Patienten erfasst und beschrieben wurde. Beschreibungen von Modellen, in denen der Nutzen nicht erfasst wurde, sind somit außen vor geblieben, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass mit dieser Arbeit eine vollständige Darstellung der pflegerischen Leistungen vorliegt. Um diese Einschränkungen aufzuheben, müsste für die einzelnen Kategorien eine neue Recherche durchgeführt werden – entweder unter dem Aspekt pflegerische Leistungen oder unter dem Aspekt Nutzen für die Patienten. Bei einer erneuten Recherche wäre des Weiteren zu überlegen, den Zeitraum der Suche weiter zu fassen, um z.B. für die Kategorie Pflegesprechstunden mehr Informationen über die pflegerischen Leistungen zu erhalten (Kapitel 4.2.6).

Eine weitere Begrenzung liegt darin, dass nur die pflegerischen Leistungen erfasst wurden, die auch von den Autoren erwähnt wurden. Leistungen, die für die Autoren vielleicht so selbstverständlich sind, dass sie nicht mehr gesondert erwähnt werden, konnten nicht erfasst werden. Ein Beispiel hierfür ist die Durchführung von Assessments und die Erstellung von Versorgungsplänen (Kapitel 4.2.1). Ebenso konnte auch nur der Nutzen der pflegerischen Leistungen für die Patienten dargestellt werden, der auch in den Studien erfasst wurde. Des Weiteren ist die Literaturübersicht auf COPD und RA begrenzt. Eine Recherche zu anderen Krankheiten hätten ggf. andere Modelle pflegerischer Leistungen zutage gebracht.

Auch die Schlüsse zu den formalen Qualifikationen der Pflegekräfte, die die Leistungen international erbringen, sind nur begrenzt aussagekräftig, da nicht in allen Studien Berufsbezeichnungen angegeben wurden, aus denen auf die formale Qualifikation geschlossen werden konnte. Außerdem wurde nur für drei Länder eine differenzierte

Betrachtung der formalen Qualifikation durchgeführt, mit denen dann die formale Qualifikation der Pflegekräfte in Deutschland verglichen wurde. Hinzu kommt, dass die Ausbildung zur Pflegekraft in den Niederlanden und Großbritannien in den 1990er Jahren reformiert wurde, so dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Pflegekräfte, die in den Studien aus diesen Ländern die pflegerischen Leistungen erbracht haben, alle nach den neuen Regelungen ausgebildet wurden. Im Hinblick auf die Ausführungen zur möglichen Übertragung der internationalen Modelle auf Deutschland wirken die Ausbildungsreformen von 2003 für die Altenpflege und 2004 für die Krankenpflege begrenzend, da die zurzeit aktiven Pflegekräfte überwiegend nach den alten Berufsgesetzen ausgebildet wurden.

Diese Arbeit ist auch deshalb limitiert, weil die Übertragung der internationalen Modelle auf Deutschland nur hinsichtlich der formalen Qualifikation von Pflegekräften und rechtlicher Aspekte ihrer Berufsausübung überprüft wurde. Unterschiede in den Gesundheitssystemen der verschiedenen Länder und berufspolitische Aspekte wurden nicht berücksichtigt, so dass die sich daraus evtl. ergebenden Möglichkeiten und Grenzen nicht dargestellt sind.

7.2 Diskussion

Die Ergebnisse machen deutlich, dass der Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung des Arztes im ambulanten Bereich das wesentliche Hindernis einer möglichen Übertragung der internationalen Modelle auf Deutschland ist (Kapitel 5.4). Dieser Grundsatz widerspricht der vom SVR (2007: 179) geforderten Übertragung von Aufgaben auf die Pflege, die außerdem mit einer größeren Autonomie ausgestattet werden soll. Demzufolge fordert der SVR (2007: 183) auch die Überprüfung der in verschiedenen Rechtsnormen enthaltenen Pflicht der Ärzte zur persönlichen Leistungserbringung. Der SVR (2007: 163 f.) empfiehlt weiterhin, die Aufgabenübertragung an die Pflege schrittweise zu vollziehen. Dabei sollen zuerst einzelne Aufgaben delegiert werden, dann weiterreichende Modelle der Aufgabenverteilung in Modellprojekten erprobt werden und bei nachgewiesenem Erfolg eine endgültige Übertragung stattfinden.⁶⁵ Diese vorsichtige Vorgehensweise ist hinsichtlich rechtlicher Aspekte nach *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 62) nicht notwendig, da bereits heute z.B. im Rahmen von DMP (wo der Grundsatz zur persönlichen Leistungserbringung eingeschränkt ist) entsprechend ausgebildete Pflegekräfte in einem weitem Umfang eigenverantwortlich tätig werden können.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob das Aus- bzw. Weiterbildungsangebot für Pflegekräfte in Deutschland ausreichend Möglichkeiten zur Qualifikation für eine eigenverantwortliche Tätigkeit in weitem Umfang bietet. Dies ist auch deshalb interessant, weil die Erstausbildung nicht für alle international erbrachten pflegerischen Leistungen ausreichend qualifiziert (Kapitel 5.3). In den erwähnten Modellprojekten (Kapitel 5.4) werden bereits einige

⁶⁵ Mit dem PflWG (welches noch vom Bundesrat verabschiedet werden muss) folgt der Gesetzgeber diesen Empfehlungen. Nach Art. 6 Nr. 8 PflWG können Modellprojekte durchgeführt werden, in denen Pflegekräfte Verbands- und Pflegehilfsmittel verordnen, die häusliche Krankenpflege inhaltlich ausgestalten und, bei entsprechender Ausbildung, auch heilkundliche Tätigkeiten eigenständig ausüben.

dieser Leistungen von weitergebildeten Pflegekräften erbracht, diese Weiterbildungen wurden jedoch teilweise erst im Rahmen der Modellprojekte entwickelt (z.B. van den Berg et al. 2007). Die bestehenden Weiterbildungen sind sehr uneinheitlich und es werden nur für wenige Bereich klinische Spezialisierungen angeboten. So gibt es z.B. keine Fachpflegekräfte für Atemwegs- oder rheumatische Erkrankungen. Es ist also notwendig, das Angebot an Weiterbildungen in Deutschland weiter auszubauen. *Taupitz, Pitz und Niedziolka* (2008: 102 f.) fordern auch, dass die Weiterbildungen nicht wie bisher überwiegend auf den stationären Bereich ausgerichtet sein sollten, sondern auch den ambulanten Bereich einbeziehen müssen. Außerdem erscheint es sinnvoll, die Weiterbildungen bundesweit anzugleichen, um eine berufliche Mobilität für die Pflegekräfte zu ermöglichen.

Weiterhin wäre zu klären, inwieweit die Aus- und Weiterbildungen an Hochschulen stattfinden sollen. Die Betrachtung der formalen Qualifikation von Pflegekräften in Großbritannien, den USA und den Niederlanden hat gezeigt, dass in diesen Ländern nicht alle Pflegekräfte an Hochschulen ausgebildet werden. Weiter reichende Tätigkeiten, z.B. als Nurse Practitioner, setzen jedoch mindestens einen Bachelor-Abschluss (Großbritannien) oder aber einen Master-Abschluss (USA, Niederlande) voraus. Dies erscheint im Hinblick auf die Komplexität der Aufgaben auch sinnvoll. Solche abgestuften Qualifikationen führen aber zu einer für die deutsche Pflege ungewohnten Hierarchisierung – ein Effekt, der in der hiesigen Pflegelandschaft durchaus umstritten ist (z.B. Bögemann-Großheim 2004; Stemmer, Dorschner 2007).

Im Hinblick auf die mehrfach erwähnten DMP ist darauf hinzuweisen, dass die Pflege in den DMP wie auch in Programmen der Integrierten Versorgung kaum vertreten ist (Schaeffer, Ewers 2006; Hasseler 2004: 18 f.). Hier wäre eine stärkere Einbindung wünschenswert, um das Potenzial der Pflege, die in allen Sektoren des Gesundheitswesens tätig und dabei den Patienten größtenteils am nächsten ist, zu nutzen (Schaeffer, Ewers 2006). In diesem Rahmen könnten dann aufgrund der Einschränkung des Grundsatzes persönlichen Leistungserbringung des Arztes (Kapitel 5.2) auch viele der beschriebenen international erbrachten pflegerischen Leistungen von Pflegekräften durchgeführt werden. Ebenso ist eine Ein- bzw. Anbindung von Pflegekräften und ambulanten Pflegediensten an Medizinische Versorgungszentren denkbar. Auch die zunehmende Öffnung der Krankenhäuser für die Durchführung ambulanter Versorgung bietet Chancen für die Pflege.

Abschließend sei erwähnt, dass eine Erweiterung pflegerischer Tätigkeiten und eine größere Autonomie der Pflege von den offiziellen Organen der Ärzte sehr kritisch gesehen werden. So weisen die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (BÄK/KBV 2008: 2) in einer gemeinsamen Stellungnahme zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) darauf hin, dass Diagnose und Therapie komplexe Geschehen sind, für das nichtakademische Gesundheitsfachberufe nicht qualifiziert sind. Daher sollte die Verantwortung für die Behandlung des Patienten beim Arzt liegen,

arztunterstützende und –entlastende Maßnahmen könnten im Rahmen der Delegation von nichtärztlichem Personal durchgeführt werden (BÄK/KVB 2008: 13 ff.). Des Weiteren schaffe eine Ausweitung pflegerischer Autonomie Parallelstrukturen zur ärztlichen Versorgung, von denen keine Effizienz- oder Wirtschaftlichkeitsgewinne zu erwarten seien (BÄK/KVB 2008: 16 f.). Angesichts der (stetig zunehmenden) Komplexität von Diagnose und Therapie stellt sich jedoch gerade die Frage, inwieweit es sinnvoll ist, dieses Geschehen in die Verantwortung einer einzelnen Berufsgruppe zu geben. Vor allem hinsichtlich der Zunahme älterer, chronisch kranker Patienten, bei denen medizinische Therapieeffekte häufig begrenzt sind und andere Bedürfnisse in den Vordergrund treten (SVR 2007: 129), scheint die verantwortungsvolle Einbindung anderer Berufsgruppen durchaus sinnvoll.

Der hohe Grad an Komplexität führt andererseits dazu, dass es schwierig (wenn nicht gar unmöglich) ist, Aufgabenbereiche einzelner Berufsgruppen strikt voneinander abzugrenzen. Der SVR (2008: 160 ff.) empfiehlt die Formulierung von Poolkompetenzen, die von mehreren Berufsgruppen ausgeübt werden können, und Kernkompetenzen, die von einer Berufsgruppe ausgeübt werden. Hier ist im Hinblick auf die stetige Weiterentwicklung der Medizin und die zunehmende Akademisierung der Pflege sehr gut vorstellbar, dass zu den Poolkompetenzen, die von Ärzten **und** Pflegekräften ausgeübt werden können, auch Tätigkeiten wie die Einstellung chronisch Kranker auf bestimmte Medikamente (wie z.B. in einer der beschriebenen Pflegesprechstunden – Kapitel 4.2.6) gehören. Die so entstehenden Parallelstrukturen eröffnen naturgemäß neue Schnittstellen mit den dazugehörigen Überbrückungsproblemen, eine Zunahme der Schnittstellen wäre allerdings auch bei einer Ausweitung der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliche Gesundheitsberufe gegeben. Es ist außerdem denkbar, dass die Patienten es positiv bewerten, die Wahl zwischen einer Konsultation bei einem Arzt oder einer Pflegekraft zu haben.

Letztendlich ist jedoch für die Übertragung der beschriebenen internationalen Modelle pflegerischer Leistungen (und auch anderer Modelle) vor allem ein Umdenken aller beteiligten Akteure notwendig (Schaeffer, Ewers 2006: 205; SVR 2007: 22). Es sind also nicht nur Ärzte, andere Gesundheitsberufe, Einrichtungsträger und die Politik gefordert, sondern auch Pflegekräfte. Im Hinblick auf Letztere schreiben *Schaeffer und Ewers* (2006: 105): „*Vielmehr ist notwendig, die bislang noch zögerlich-resignative Haltung aufzugeben und intensiver an den Reformauseinandersetzungen [...] zu partizipieren: im Interesse der eigenen Profilierung wie vor allem auch dem der Patienten.*“ Ein solches Umdenken braucht jedoch Zeit, so dass die vom SVR (2008:163) vorgeschlagene schrittweise Umgestaltung hilfreich und sinnvoll scheint. Diese Zeit könnte auch zur Entwicklung und Durchführung von Weiterbildungsangeboten für Pflegekräfte genutzt werden.

Es bliebe dann noch in weiteren Studien die offene Frage der Pool- und Kernkompetenzen einzelner Gesundheitsberufe zu klären. Hier könnte ein Blick in die Praxis hilfreich sein, indem untersucht wird, welche Kompetenzen in den einzelnen Ausbildungen konkret vermittelt werden und welche Tätigkeiten bereits jetzt regelmäßig von welcher Berufsgruppe ausgeführt

werden, um daraus bereits vorhandene Pool- und Kernkompetenzen abzuleiten. Um den sich verändernden Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden, müsste dies um die inner- und interdisziplinäre Entwicklung und Erprobung einer veränderten Aufgabenteilung ergänzt werden. In Studien dazu könnten dann auch die Zufriedenheit der Patienten mit der Verteilung der Pool- und Kernkompetenzen und der Nutzen einer solchen Verteilung für die Patienten erfasst werden.

Quellenverzeichnis

Allgemeine Quellen

- Altenpflegegesetz (AltPflG) vom 25.08.2003, zuletzt geändert am 27.12.2003: In: Klie, T.; Stascheit, U. (2004): Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden. Ziffer 4.
- Arzneimittelgesetz (AMG) vom 11.12.1998, zuletzt geändert am 14.11.2003: In: Klie, T.; Stascheit, U. (2004): Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden. Ziffer 3.
- Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 10.11.2003: In: Klie, T.; Stascheit, U. (2004): Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden. Ziffer 20a.
- Bartholomeyczik, S. (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 12, Heft 2, S. 135-149.
- Behrens, J.; Langer, G. (2004): Evidence-based Nursing: Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Bern.
- Berufsordnung für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger im Lande Bremen (KrPflBO-Bremen) vom 01.10.2004. In: Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen vom 14. Oktober 2004, S. 516-519.
Auf: http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Gesetzblatt%202004_53.pdf (Zugriff am 26.03.2008).
- Berufsordnung für Pflegefachkräfte im Saarland (PflBO-Saarland) vom 28.11.2007. In: Amtsblatt des Saarlandes, Nr. 51 vom 13.12.2007, S. 2466-2469.
- Bögemann-Großheim, E. (2004): Zum Verhältnis von Akademisierung, Professionalisierung und Ausbildung im Kontext der Weiterentwicklung pflegerischer Berufskompetenz in Deutschland. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 9, Heft 3, S. 100-107.
- Buckley-Viertel, D. (Hrsg.) (2001): Studieren und Pflegen in den USA: Hochschulsystem – Pflegeausbildung – Pflegepraxis. Bern.
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (BÄK/KBV) (2008): Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. O.O.
Auf: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Pflege_Weiterentwicklungsgesetz.pdf (Zugriff am 04.04.2008).
- Carnwell, R.; Daly, W. (2001): Strategies for the construction of a critical review of the literature. In: Nurse Education in Practice, Heft 1, S. 57-63.
- Daly, W.; Carnwell, R. (2003): Nursing roles and levels of practice: a framework for differentiating between elementary, specialist and advanced nursing practice. In: Journal of Clinical Nursing, Jg. 12, Heft 2, S. 158-167.
- de Jong, A.; Landenberger, M. (2005): Ausbildung Pflege- und Gesundheitsberufe in den Niederlanden. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover. S. 111-137.
- de Jong, A. (2008): Information per E-Mail am 08.04.2008.
- Department of Health (National Practitioner Programme, DH Core Prescribing Group) (2006): Medicine Matters: a guide to mechanisms for the prescribing, supply and administration of medicines.
Auf: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_064325 (Zugriff am 28.02.2008).

- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (Hrsg.) (2007): Advanced Nursing Practice: die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland. Berlin.
- Deutscher Pflegerat (DPR) (2007): DPR lehnt Modelle AGnES und Gemeindeschwester ab. In: Die Schwester / Der Pfleger, Jg. 46, Heft 6, S. 533.
- Ewers, M. (2000): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern. S. 53-89.
- Filkins, J.; Landenberger, M. (2005): Ausbildung der Pflege- und Gesundheitsberufe in Großbritannien. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover. S. 79-109.
- Hasseler, M. (2004): Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen. In: Hasseler, M.; Meyer, M. (Hrsg.) (2004): Ambulante Pflege: Neue Wege und Konzepte für die Zukunft: Professionalität erhöhen – Wettbewerbsfähigkeit sichern. Hannover. S. 14-22.
- Heilpraktikergesetz (HPG) vom 17.02.1939, zuletzt geändert am 23.10.2001: In: Klie, T.; Stascheit, U. (2004): Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden. Ziffer 16.
- Igl, G. (1998): Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche. Göttingen.
- Jones Taylor, Gloria Ann; Bairan, Annette (2001): Die amerikanische Pflegepraxis: Realitäten und Entwicklungen. In: Buckley-Viertel, Dorothee (Hrsg.): Studieren und Pflegen in den USA: Hochschulsystem – Pflegeausbildung – Pflegepraxis. Bern. S. 55-95.
- Kim, H. S. (2001): Hauskrankenpflege für alte Menschen in den Vereinigten Staaten. In: Kollak, I. (Hrsg.): Internationale Modelle häuslicher Pflege: Eine Herausforderung und verschiedene Antworten. Frankfurt/Main. S. 205-220.
- Krankenpflegegesetz (KrPflG) vom 16.07.2003, zuletzt geändert am 21.07.2004: In: Klie, T.; Stascheit, U. (2004): Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden. Ziffer 20.
- Lademann, J. (2000): Hospital at Home: Häusliche Versorgungskonzepte für schwer kranke und intensiv-pflegebedürftige PatientInnen. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld.
Auf: http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publicationen/ipw_110.pdf (Zugriff am 09.01.2008)
- Landenberger, M.; Ortmann, J. (1999): Pflegeberufe im europäischen Vergleich. Expertise der Berufs- und Ausbildungssituation in der Alten-, Kranken- und Behindertenpflege. Arbeitsmarktpolitische Schriftenreihe der Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen, Band 37, Berlin.
- Landenberger, M. (2005a): Situation der Pflegeausbildung in Deutschland und Europa – Ist-Stand und Reform (Einleitung). In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover. S. 13-15.
- Landenberger, M. (2005b): Ländervergleich: Lehren aus Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden und Österreich für die Reform der Pflegeausbildung in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover. S. 177-215.
- Mischke, C.; Schrader, C. F.; Schüssler, D.; Eberl, I.; Pohl, C. (2007): Familiengesundheit: Ein neues Handlungsfeld für Pflegenden und Hebammen. DBfK (Hrsg.), Berlin.

- Moers, M. (2000): Pflegewissenschaft: Nur Begleitwissenschaft oder auch Grundlage des Berufes? In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 5, Heft 1, S. 21-25.
- Müller-Mundt, G.; Schaeffer, D.; Pleschberger, S.; Brinkhoff, P. (2000): Patientenedukation – (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? In: Pflege und Gesellschaft, Jg. 5, Heft 2, S. 42-53.
- MVWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Niederländisches Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport) (2001): The Individual Health Care Professions Act.
Auf: http://www.minvws.nl/images/big-eng_tcm20-107817.pdf (Zugriff am 28.02.2008).
- MVWS (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport - Niederländisches Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport) (o.J.): Herregistratie in het BIG-register.
Auf: <http://www.minvws.nl/dossiers/wet-big/herregistratie-in-big-register/default.asp> (Zugriff am 12.03.2008).
- NCSBN (National Council of State Boards of Nursing) (2004): Model Nursing Act and Rules.
Auf: <https://www.ncsbn.org/312.htm> (Zugriff am 21.02.2008).
- NHS (National Health Service) (o.J.): Nursing.
Auf: <http://www.nhscareers.nhs.uk/nursing.shtml> (Zugriff am 27.02.2008)
- NMC (Nursing and Midwifery Council) (2004): Standards of proficiency for pre-registration nursing education.
Auf: <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=328> (Zugriff am 28.02.2008).
- NMC (Nursing and Midwifery Council) (2006a): The PREP handbook.
Auf: <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=1636> (Zugriff am 28.02.2008).
- NMC (Nursing and Midwifery Council) (2006b): Standards of proficiency for nurse and midwife prescribers.
Auf: <http://www.nmc-uk.org/aFrameDisplay.aspx?DocumentID=1645> (Zugriff am 28.02.2008).
- O'Brien, M.A.; Rogers, S.; Jamtvedt, G.; Oxman, A.D.; Odgaard-Jensen, J.; Kristoffersen D.T.; Forsetlund, L.; Bainbridge, D.; Freemantle, N.; Davis, D.A.; Haynes, R.B.; Harvey, E.L. (2007): Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, CD 000409.
- Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PflWG) am 14.03.2008 vom Bundestag verabschiedet, Zustimmung des Bundesrates steht noch aus.
Auf: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/074/1607439.pdf> (Zugriff am 04.04.2008).
- Pitz, A. (2007): Was darf das Medizinalpersonal? Die Kompetenzen medizinischer Helfer bei eigenverantwortlichem Handeln und Arbeitsteilung. Marburg.
- Polit, D. F.; Beck, C. T. (2008): Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 8. Aufl. Philadelphia.
- RCN (Royal College of Nursing) (2008): Advanced nurse practitioners – an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation.
Auf: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0003/146478/003207.pdf (Zugriff am 28.02.2008).
- Röntgenverordnung (RöV) vom 30.03.2003: In: Klie, T.; Stascheit, U. (2004): Gesetze für Pflegeberufe. Baden-Baden. Ziffer 23.
- Sachs, M. (2007): „Advanced Nursing Practice“-Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 12, Heft 2, S. 101-117.

- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2001a): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege.
Auf: <http://dip.bundestag.de/btd/14/056/1405661.pdf> (Zugriff am 24.03.2008)
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (2001b): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung.
Auf: <http://dip.bundestag.de/btd/14/068/1406871.pdf> (Zugriff am 24.03.2008)
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007.
Auf: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Langfassung.pdf> (Zugriff am 03.07.2007)
- Schaeffer, D. (1999): Entwicklungsstand und –herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft. In: Pflege, Jg. 12, Heft 3, S. 141-152.
- Schaeffer, D.; Ewers, M. (2006): Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 11, Heft 3, S. 197-209.
- Schneider, M.; Hofmann, U.; Jumel, S.; Köse, A. (2002): Beschäftigungsunterschiede in ausgewählten Gesundheitssystemen der EU. BASYS Beratungsgesellschaft für angewandte Systemforschung mbH, Augsburg.
- Selinger, Y.; Landenberger, M. (2005): Ausbildungsmodelle in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover. S.217-270.
- Sozialgesetzbuch (SGB) V vom 20.12.1988, zuletzt mittelbar geändert am 19.12.2007.
Auf: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf (Zugriff am 27.03.2008)
- Sozialgesetzbuch (SGB) XI vom 26.05.1994, zuletzt geändert am 19.12.2007.
Auf: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_11/gesamt.pdf (Zugriff am 27.03.2008)
- Spirig, R., De Geest, S. (2004): Editorial: „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! In Pflege, Jg. 17, Heft 4, S. 233-236.
- Stemmer, R.; Dorschner, S. (2007): Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft zu ausgewählten Aspekten der Umstrukturierung von pflegebezogenen Studiengängen zu Bachelor- und Masterstudienangeboten aus pflegewissenschaftlicher Sicht. In: Pflege & Gesellschaft, Jg. 12, Heft 2, S. 160-164.
- Stöcker, G. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Deutschland und Berlin. In: Landenberger, M.; Stöcker, G.; Filkins, J.; de Jong, A.; Them, C.; Selinger, Y.; Schön, P.: Ausbildung der Pflegeberufe in Europa: Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland. Hannover. S. 25-77.
- Stratmeyer, P. (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus: Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim.
- Strömberg, A. (2004): Von Pflegepersonen geleitete Herzinsuffizienzambulanzen: Die zehnjährigen Erfahrungen in Schweden. In Pflege, Jg. 17, Heft 4, S. 237-242.
- Taupitz, J.; Pitz, A.; Niedziolka, K. (2008): Der Einsatz nicht-ärztlichen Heilpersonals bei der ambulanten Versorgung chronisch kranker Patienten: insbesondere im Rahmen von Disease Management Programmen. Berlin.

Universität Bremen (o.J.): Pflegewissenschaft Bachelor.

Auf: <http://www.fb11.uni-bremen.de/sixcms/media.php/15/BA-Pflewi-Infoblatt-2006.doc>
(Zugriff am 24.03.2008).

Universität Witten/Herdecke (o.J.): Patienten mit Ulcus cruris zur Selbstpflege befähigen:
TANDEMPRAXEN als Modell der interdisziplinären Begleitung.

Auf: <http://wga.dmz.uni-wh.de/pflege/html/default/igns-72dc4g.de.html> (Zugriff am
24.03.2008).

van den Berg, N.; Meinke, C.; Heymann, R.; Dreier, A.; Terschüren, C.; Hoffmann, W. (2007):
Community Medicine Nurses – Arztunterstützung in ländlichen Regionen. In: Pflege &
Gesellschaft, Jg. 12, Heft 2, S. 118-134.

Zink, A.; Mau, W.; Schneider, M. (2001): Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte
entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen. In: Internist, Jg. 42, Heft 2, S. 211-222.

Eingeschlossene Studien

Aiken, L.S.; Butner, J.; Lockhart, C.A.; Volk-Craft, B.E.; Hamilton, G.; Williams, F.G. (2006):
Outcome evaluation of a randomized trial of the PhoenixCare intervention: program of
case management and coordinated care for the seriously chronically ill. In: Journal of
Palliative Medicine, Jg. 9, Heft 1, S. 111-126.

Arthur, V.; Clifford, C. (2004): Rheumatology: a study of patient satisfaction with follow-up
monitoring care. In: Journal of Clinical Nursing, Jg. 13, Heft 3, S. 325-331.

Arvidsson, S.B.; Petersson, A.; Nilsson, I.; Andersson, B.; Arvidsson, B.I.; Petersson, I.F.;
Fridlund, B. (2006): A nurse-led rheumatology clinic's impact on empowering patients with
rheumatoid arthritis: a qualitative study. In: Nursing & Health Sciences, Jg. 8, Heft 3, S.
133-139.

Carrieri-Kohlman, V.; Gormley, J.M.; Douglas, M.K.; Paul, S.M.; Stulberg, M.S. (1996):
Exercise training decreases dyspnea and the distress and anxiety associated with it. In:
Chest, Jg. 110, Heft 6, S. 1526-1535.

Carrieri-Kohlman, V.; Gormley, J.M.; Eiser, S.; Demir-Deriven, S.; Nguyen, H.; Paul, S.M.;
Stulberg, M.S. (2001): Dyspnea and the affective response during exercise training in
obstructive pulmonary disease. In: Nursing research, Jg. 50, Heft 3, S. 136-146.

Casas, A.; Troosters, T.; Garcia-Aymerich, J.; Roca, J.; Hernández, C.; Alonso, A.; del Pozo,
F.; de Toldeo, P.; Antó, J.M.; Rodríguez-Roisín, R.; Decramer M. et al (2006): Integrated
care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. In: The European
Respiratory Journal: Official Journal Of The European Society For Clinical Respiratory
Physiology, Jg. 28, Heft 1, S. 123-130.

Cotton, M.M.; Bucknall, C.E.; Dagg, K.D.; Johnson, M.K.; MacGregor, G.; Stewart, C.;
Stevenson, R.D. (2000): Early discharge for patients with exacerbations of chronic
obstructive pulmonary disease: a randomized controlled trial. In: Thorax, Jg. 55, Heft 11,
S. 902-906.

Coultas, D.; Frederick, J.; Barnett, B.; Singh, G.; Wludyka, P. (2005): A randomized trial of two
types of nurse-assisted home care for patients with COPD. In: Chest, Jg. 128, Heft 4, S.
2017-2024.

Davies, L.; Wilkinson, M.; Bonner, S.; Calverley, P.M.A.; Angus, R.M. (2000): "Hospital at
home" versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary
disease: prospective randomised controlled trial. In: British Medical Journal, Jg. 321, Heft
7271, S. 1265-1268.

- Davison, A.G.; Monaghan, M.; Brown, D.; Eraut, C.D.; O'Brien, A.; Paul, K.; Townsend, J.; Elston, C.; Ward, L.; Steeples, S.; Cubitt, L. (2006): Hospital at home for chronic obstructive pulmonary disease: an integrated hospital and community based generic intermediate care service for prevention and early discharge. In: *Chronic Respiratory Disease*, Jg. 3, Heft 4, S. 181-185.
- Farrero, E.; Escarrabill, J.; Prats, E.; Maderal, M.; Manresa, F. (2001): Impact of a hospital-based home-care program on the management of COPD patients receiving long-term oxygen therapy. In: *Chest*, Jg. 119, Heft 2, S. 364-369.
- Gallefoss, F.; Bakke, P.S.; Kjærsgaard, P. (1999): Quality of life assessment after patient education in a randomized controlled study on asthma and chronic obstructive pulmonary disease. In: *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, Jg. 159, Heft 3, S. 812-817.
- Gallefoss, F.; Bakke, P.S. (1999): How does patient education and self-management among asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease affect medication? In: *American Journal Of Respiratory And Critical Care Medicine*, Jg. 160, Heft 6, S. 2000-2005.
- Gallefoss, F.; Bakke, P.S. (2000a): Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Respiratory Medicine*, Jg. 94, Heft 3, S. 279-287.
- Gallefoss, F.; Bakke, P.S. (2000b): Patient satisfaction with healthcare in asthmatics and patients with COPD before and after patient education. In: *Respiratory Medicine*, Jg. 94, Heft 11, S. 1057-1064.
- Grahame, R.; West, J. (1996): The role of the rheumatology nurse practitioner in primary care: an experiment in the further education of the practice nurse. In: *British Journal Of Rheumatology*, Jg. 35, Heft 6, S. 581-588.
- Hermiz, O.; Comino, E.; Marks, G.; Daffurn, K.; Wilson, S.; Harris, M. (2002): Randomised controlled trial of home based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *British Medical Journal*, Jg. 325, Heft 7370, S. 938-943.
- Hernandez, C.; Casas, A.; Escarrabill, J.; Alonso, J.; Puig-Junoy, J.; Farrero, E.; Vilagut, G.; Collvinent, B.; Rodriguez-Roisin, R.; Roca, J. et al (2003): Home hospitalisation of exacerbated chronic obstructive pulmonary disease patients. In: *The European Respiratory Journal: Official Journal Of The European Society For Clinical Respiratory Physiology*, Jg. 21, Heft 1, S. 58-67.
- Hill, J. (1997): Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. In: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 25, Heft 2, S. 347-354.
- Hill, J.; Thorpe, R.; Bird, H. (2003): Outcomes for patients with RA: a rheumatology nurse practitioner clinic compared to standard outpatient care. In: *Musculoskeletal Care*, Jg. 1, Heft 1, S. 5-20.
- Ketelaars, C.A.J.; Huyer Abu-Saad, H.; Halfens, R.J.G.; Schlösser, M.A.G.; Mostert, R.; Wouters, E.F.M. (1998): Effects of specialized community nursing care in patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Heart & Lung*, Jg. 27, Heft 2, S. 109-120.
- Monninkhof, E.; van der Valk, P.; van der Palen, J.; van Herwaarden, C.; Zielhuis, G. (2003): Effects of a comprehensive self-management programme in patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *The European Respiratory Journal: Official Journal Of The European Society For Clinical Respiratory Physiology*, Jg. 22, Heft 5, S. 815-820.
- Neff, D.F.; Madigan, E.; Narsavage, G. (2003): APN-Directed Transitional Home Care Model: achieving positive outcomes for patients with COPD. In: *Home Healthcare Nurse*, Jg. 21, Heft 8, S. 543-550.

- Oh, E.-G. (2003): The effects of home-based pulmonary rehabilitation in patients with chronic lung disease. In: *International Journal Of Nursing Studies*, Jg. 40, Heft 8, S. 873-879.
- Ojoo, J.C.; Moon, T.; McGlone, S.; Martin, K.; Gardiner, E.D.; Greenstone, M.A.; Morice, A.H. (2002): Patients' and carers' preferences in two models of care for acute exacerbations of COPD: results of a randomised controlled trial. In: *Thorax*, Jg. 57, Heft 2, S. 167-169.
- Poole, P.J.; Chase, B.; Frankel, A.; Black, P.N. (2001): Case management may reduce length of hospital stay in patients with recurrent admissions for chronic obstructive pulmonary disease. In: *Respirology (Carlton, Vic.)*, Jg. 6, Heft 1, S. 37-42.
- Rea, H.; McAuley, S.; Stewart, A.; Lamont, C.; Roseman, P.; Didsbury, P. (2004): A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Internal Medicine Journal*, Jg. 34, Heft 11, S. 608-614.
- Ryan, S.; Hassell, A.B.; Lewis, M.; Farrell, A. (2006): Impact of a rheumatology expert nurse on the wellbeing of patients attending a drug monitoring clinic. In: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 53, Heft 3, S. 277-286.
- Sala, E.; Alegre, L.; Carrera, M.; Ibars, M.; Orriols, F.J.; Blanco, M.L.; Cárceles, F.; Bertran, S.; Mata, F.; Font, I.; Agustí, A.G.N. (2001): Supported discharge shortens hospital stay in patients hospitalized because of an exacerbation of COPD. In: *The European Respiratory Journal: Official Journal Of The European Society For Clinical Respiratory Physiology*, Jg. 17, Heft 6, S. 1138-1142.
- Schofield, I.; Knussen, C.; Tolson, D. (2006): A mixed method study to compare use and experience of hospital care and a nurse-led acute respiratory assessment service offering home care to people with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. In: *International Journal Of Nursing Studies*, Jg. 43, Heft 4, S. 465-476.
- Sinclair, V.G.; Wallston, K.A.; Dwyer, K.A.; Blackburn, D.S.; Fuchs, H. (1998): Effects of a cognitive-behavioral intervention for women with rheumatoid arthritis. In: *Research in Nursing & Health*, Jg. 21, Heft 4, S. 315-326.
- Skwarska, E.; Cohen, G.; Skwarski, K.M.; Lamb, C.; Bushell, D.; Parker, S.; MacNee, W. (2000): Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. In: *Thorax*, Jg. 55, Heft 11, S. 907-912.
- Smith, B.J.; Appleton, S.L.; Bennett, P.W.; Roberts, G.C.; Del Fante, P.; Adams, R.; Trott, C.M.; Allan, D.P.; Southcott, A.M.; Ruffin, R.E. (1999): The effect of a respiratory home nurse intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). In: *Australian And New Zealand Journal Of Medicine*, Jg. 29, Heft 5, S. 718-725.
- Strijbos, J.H.; Postma, D.S.; van Altena, R.; Gimeno, F.; Koëter, G.H. (1996a): Feasibility and effects of a home-care rehabilitation program in patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, Jg. 16, Heft 6, S. 386-393.
- Strijbos, J.H.; Postma, D.S.; van Altena, R.; Gimeno, F.; Koëter, G.H. (1996b): A Comparison Between an Outpatient Hospital-Based Pulmonary Rehabilitation Program and a Home-Care Pulmonary Rehabilitation Program in Patients With COPD. In: *Chest*, Jg. 109, Heft 2, S. 366-372.
- Temmink, D.; Hutten, J.B.F.; Francke, A.L.; Rasker, J.J.; Abu-Saad, H.H.; van der Zee, J. (2001): Rheumatology outpatient nurse clinics: a valuable addition? In: *Arthritis & Rheumatism*, Jg. 45, Heft 3, S. 280-286.
- Tijhuis, G.J.; Zwinderman A.H.; Hazes, J.M.W.; van den Hout, W.B.; Breedveld, F.C.; Vliet Vlieland, T.P.M. (2002): A randomized comparison of care provided by a clinical nurse specialist, an inpatient team, and a day patient team in rheumatoid arthritis. In: *Arthritis and rheumatism*, Jg. 47, Heft 5, S.525-531.

- Tijhuis, G.J.; Zwinderman A.H.; Hazes, J.M.W.; Breedveld, F.C.; Vliet Vlieland, T.P.M. (2003): Two-year follow-up of a randomized controlled trial of a clinical nurse specialist intervention, inpatient, and day patient team care in rheumatoid arthritis. In: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 41, Heft 1, S. 34-43.
- Ward, S.; Barnes, H.; Ward, R.; House, R. (2005): Evaluating a respiratory intermediate care team. In: *Nursing Standard*, Jg. 20, Heft 5, S. 46-50.
- Wong, K.W.; Wong, F.K.Y.; Chan, M.F. (2005): Effects of nurse-initiated telephone follow-up on self-efficacy among patients with chronic obstructive pulmonary disease. In: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 49, Heft 2, S. 210-222.

Reviews und Hintergrundtexte

- Arthur, Valerie (1994): Nursing care of patients with rheumatoid arthritis. In: *British Journal of Nursing*, Jg. 3, Heft 7, S. 325-331.
- Gravil, J.H.; Al-Rawas, O.A.; Cotton, M.M.; Flanigan, U.; Irwin, A.; Stevenson, R.D. (1998): Home treatment of exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease by an acute respiratory assessment service. In: *Lancet*, Jg. 351, Heft 9119, S. 1853-1855.
- Hill, J.; Bird, H.A.; Harmer, R.; Wright, V.; Lawton, C. (1994): An evaluation of the effectiveness, safety and acceptability of a nurse practitioner in a rheumatology outpatient clinic. In: *British Journal Of Rheumatology*, Jg. 33, Heft 3, S. 283-288.
- Flanigan, U.M.; Irwin, A.; Dagg, K. (1999): An acute respiratory assessment service. In: *The Professional Nurse*, Jg. 14, S. 839-842.
- Frich, L.M.H. (2003): Nursing interventions for patients with chronic conditions. In: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 44, Heft 2, S. 137-153.
- O'Brien, M.A.; Rogers, S.; Jamtvedt, G.; Oxman, A.D.; Odgaard-Jensen, J.; Kristoffersen D.T.; Forsetlund, L.; Bainbridge, D.; Freemantle, N.; Davis, D.A.; Haynes, R.B.; Harvey, E.L. (2007): Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, CD 000409.
- Ram, F.S.F.; Wedzicha, J.A.; Wright, J.; Greenstone, M. (2003): Hospital at home for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, CD 003573.
- Riemsma, R.P.; Kirwan, J.R.; Taal, E.; Rasker, J.J. (2003): Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, CD 003688.
- Shepperd, S.; Iliffe, S. (2005): Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD 000356.
- Smith, B.; Appleton, S.; Adams, R.; Southcott, A.; Ruffin, R. (2001): Home care by outreach nursing for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3, CD 000994.
- Temmink, D.; Francke, A.L.; Hutten, J.B.F.; van der Zee, J.; Abu-Saad, H.H. (2000): Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. In: *Journal of Advanced Nursing*, Jg. 31, Heft 6, S. 1449-1458.

Anhang

Anhang 1: Suchstrategien in den einzelnen Datenbanken	II
Anhang 2: Auswertungstabelle	V
Anhang 3: Allgemeine Darstellung der eingeschlossenen Studien.....	VIII

Anhang 1: Suchstrategien in den einzelnen Datenbanken

Die Suche in den Datenbanken setzte sich, wie in Kapitel 2 beschrieben, jeweils aus mehreren Schritten zusammen. Zuerst wurden für die Hauptthemen „ANP“, „Ambulante Versorgung“, „Nutzen für die Patienten“ und „COPD“ bzw. „RA“ nach einzelnen Schlag- und Stichwörtern gesucht. Die Suchwörter der Hauptthemen wurden dann mit dem logischen Operator „OR“ verknüpft. Anschließend wurden die Ergebnisse der einzelnen Hauptthemen mit dem logischen Operator „AND“ verknüpft.

Soweit möglich, wurden die Schlagwörter über die „Explode“-Funktion der Datenbank erweitert (Kennzeichnung in den Tabellen mit „+“). Das „*“ steht für die jeweiligen Trunkierungszeichen der Datenbanken. Mit dem Terminus „NEAR5“ wird nach zwei Worten gesucht, wobei der Abstand dieser Worte voneinander höchstens fünf Worte betragen darf.

Suchstrategie im Cochrane Register of Controlled Trials

Hauptthema	Begriff	Gesucht als...	Treffer
ANP	Nursing+	Schlagwort	8.813
	Specialities, Nursing+	Schlagwort	
	Nursing Practical+	Schlagwort	
	Nursing Care+	Schlagwort	
	nurs*	Stichwort	
Ausgewählte Krankheiten	Lung Diseases, Obstructive+	Schlagwort	11.989
	Pulmonary Diseases, chronic obstructive+	Schlagwort	
	COPD	Stichwort	
	Arthritis, Rheumatoid+	Schlagwort	5.388
	rheuma*	Stichwort	

Die Ergebnisse der einzelnen Hauptthemen verknüpft mit „AND“ ergaben für COPD 168 und für RA 32 Treffer.

Die Suche mit Schlagwörtern zum Hauptthema „Ambulante Versorgung“ reduzierte die Trefferzahl so stark, dass dieses Hauptthema in dieser Datenbank unberücksichtigt blieb.

Suchstrategie in CINAHL

Hauptthema	Begriff	Gesucht als...	Treffer
ANP	Advanced Nursing Practice+	CINAHL Heading	246.005
	Advanced Practice Nurses+	CINAHL Heading	
	Nurse Practitioners+	CINAHL Heading	
	Community Health Nursing+	CINAHL Heading	
	Clinical Nurse Specialists	CINAHL Heading	
	Nurse Administrators+	CINAHL Heading	
	Nurse Consultants+	CINAHL Heading	
	Nursing Practice+	CINAHL Heading	
	Nursing Care+	CINAHL Heading	
	nurs* NEAR5 special*	Stichwort	
	nurs* and intervention	Stichwort	
	nurs* and care	Stichwort	
	health visit*	Stichwort	
	district nurs*	Stichwort	
nurse-led	Stichwort		
nurse manag*	Stichwort		
Ambulante Versorgung	Ambulatory Care+	CINAHL Heading	76.491
	Ambulatory Care Facilities+	CINAHL Heading	
	Ambulatory Care Nursing	CINAHL Heading	
	Home Health Care+	CINAHL Heading	
	Home Visits	CINAHL Heading	
	Home Nursing, Professional	CINAHL Heading	
	Family Practice	CINAHL Heading	
	Outpatients	CINAHL Heading	
	Primary Health Care	CINAHL Heading	
	Family Nursing	CINAHL Heading	
	home NEAR5 care	Stichwort	
	primary NEAR5 care	Stichwort	
Nutzen für die Patienten	Nursing Outcomes	CINAHL Heading	274.306
	Outcomes (Health Care)+	CINAHL Heading	
	Treatment Outcomes+	CINAHL Heading	
	Clinical Trials+	CINAHL Heading	
	Double-Blind Studies	CINAHL Heading	
	Evaluation Research+	CINAHL Heading	
	Prospective Studies+	CINAHL Heading	
	Retrospective Design	CINAHL Heading	
	Single-Blind Studies	CINAHL Heading	
	Case Control Studies+	CINAHL Heading	
	Study Design+	CINAHL Heading	
	Comparative Studies	CINAHL Heading	
	randomi*	Stichwort	
Ausgewählte Krankheiten	Lung Diseases, Obstructive+	CINAHL Heading	15.453
	COPD	Stichwort	
	Arthritis, Rheumatoid+	CINAHL Heading	7.050
	rheum*	Stichwort	

Die Ergebnisse der einzelnen Hauptthemen verknüpft mit „AND“ ergaben für COPD 213 und für RA 25 Treffer.

Suchstrategie in Medline

Hauptthema	Begriff	Gesucht als...	Treffer
ANP	Advanced Nursing Practice	Stichwort	305.317
	Advanced Practice Nurses	Stichwort	
	Nurse Practitioners	MeSH	
	Community Health Nursing	MeSH	
	Nurse Clinician	MeSH	
	Nurse Administrators	MeSH	
	Nurse Consultants	Stichwort	
	Nursing Practice	Stichwort	
	Nursing Care+	MeSH	
	nurs* NEAR5 special*	Stichwort	
	nurs* and intervention	Stichwort	
	nurs* and care	Stichwort	
	health visit*	Stichwort	
	district nurs*	Stichwort	
nurse-led	Stichwort		
nurse manag*	Stichwort		
Ambulante Versorgung	Ambulatory Care+	MeSH	206.650
	Ambulatory Care Facilities+	MeSH	
	Ambulatory Care Nursing	Stichwort	
	Home Care Services+	MeSH	
	House Calls	MeSH	
	Family Practice	MeSH	
	Outpatients	MeSH	
	Primary Health Care+	MeSH	
	Family Nursing	MeSH	
	home NEAR5 care	Stichwort	
	primary NEAR5 care	Stichwort	
Nutzen für die Patienten	Nursing Outcomes	Stichwort	1.610.420
	Outcome Assessment (Health Care)+	MeSH	
	Treatment Outcomes+	MeSH	
	Clinical Trials+	MeSH	
	Double-Blind Method	MeSH	
	Evaluation Studies+	MeSH	
	Prospective Studies	MeSH	
	Retrospective Studies	MeSH	
	Single-Blind Method	MeSH	
	Case Control Studies+	MeSH	
	Research Design+	MeSH	
	Comparative Studies	MeSH	
	Nursing Research+	MeSH	
	randomi*	Stichwort	
Ausgewählte Krankheiten	Lung Diseases, Obstructive+	MeSH	132.011
	Pulmonary Disease, Chronic Obstructive+	MeSH	
	COPD	Stichwort	
	Arthritis, Rheumatoid+	MeSH	161.495
	rheum*	Stichwort	

Die Ergebnisse der einzelnen Hauptthemen verknüpft mit „AND“ ergaben für COPD 391 und für RA 61 Treffer.

Anhang 2: Auswertungstabelle

Studie Nummer	Autoren	Veröffentlichung	Krankheit	Land	Kategorie	Design	Formale Qualifikation der Pflegekräfte
8	Skwarska et al. 2000	Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. In: Thorax, Jg. 55, Heft 11, S. 907-912.	COPD	GB	Hospital at home	RCT	Keine Angabe

Population	Stichprobengröße	Versorgung der Kontrollgruppe	Versorgung der Interventionsgruppe
<ul style="list-style-type: none"> - Patienten mit COPD, die unter der Woche mit einer akuten Exacerbation in ein Krankenhaus gekommen sind. - Ausschlusskriterien: <ul style="list-style-type: none"> o Bewusstseinsstörungen o akute Verwirrtheit o akute Veränderungen im Röntgen-Thorax o Azidose (pH < 7,35) o wichtige medizinische und/oder soziale Gründe für eine stationäre Aufnahme - Rekrutierung der Patienten fand durch ein Acute Respiratory Assessment Service (ARAS) statt. Es wurden alle Patienten erfasst, die in der Zeit von Sonntag, 17:00 Uhr bis Freitag, 17:00 Uhr ins Krankenhaus kamen. Sowohl der Patient als auch sein Allgemeinarzt mussten in die Teilnahme an der Studie einwilligen. Es wurde dann von Pflegekräften das initiale Assessment durchgeführt. Ein Krankenhausarzt entschied dann nach Sichtung der Befunde endgültig über den Einschluss des Patienten in die Studie. 	<ul style="list-style-type: none"> - 184 Patienten - Interventionsgruppe 122 Patienten - Kontrollgruppe 62 Patienten - Ausfälle Interventionsgruppe: 12 Patienten gesamt, davon alle wegen Aufnahme im Krankenhaus (9 aus respiratorischen Gründen, 3 wegen anderer Erkrankungen) - Ausfälle Kontrollgruppe: 1 Patient (Tod) 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiales Assessment (Krankengeschichte, Spirometrie, Röntgen-Thorax, Sputumkultur, periphere O₂-Sättigung und b.B. art. BGA) im Krankenhaus durch die Pflegekraft. - Die Kontrollgruppe wurde normal im Krankenhaus behandelt und entlassen, sobald das Krankenteam dies für angebracht hielt. - Die Behandlung wurde nach den Richtlinien der British Thoracic Society durchgeführt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Initiales Assessment (Krankengeschichte, Spirometrie, Röntgen-Thorax, Sputumkultur, periphere O₂-Sättigung und b.B. art. BGA) im Krankenhaus durch die Pflegekraft. - Die Patienten wurden mit einem Behandlungspaket entlassen. Hierzu gehörten Antibiotika, Steroide, Bronchodilatoren zum Inhalieren und b.B. ein Leih-Sauerstoffkonzentrator. Die Behandlung wurde nach den Richtlinien der British Thoracic Society durchgeführt. - Die Pflegekraft (des Krankenhauses) führte am Tag nach der Entlassung und im Folgenden alle 2-3 Tage einen Hausbesuch beim Patienten durch. Notwendige Umstellungen in der Medikation konnte sie über Konsultation des Allgemeinarztes des Patienten erreichen, der auch laufend über die Fortschritte des Patienten informiert wurde. Medizinische Ratschläge konnte sie beim Team für Atemwegserkrankungen des Krankenhauses erhalten. - Die Pflegekräfte hatten einmal wöchentlich eine Sitzung mit dem Facharzt/Belegarzt („Consultant“) im Krankenhaus, in der die einzelnen Fälle durchgesprochen wurden. - Die Pflegekräfte entschieden über die Entlassung des Pat. aus der Versorgung.

Gemessene Werte und statistische Tests	Ergebnisse	Schlussfolgerungen der Autoren
<ul style="list-style-type: none"> - Initial (in beiden Gruppen): <ul style="list-style-type: none"> o Krankengeschichte o Spirometrie o Rö-Thorax o Sputumkultur o Periphere Sauerstoffsättigung o b.B. arterielle BGA - In der Interventionsgruppe bei Entlassung aus der Versorgung Zufriedenheit mit der Versorgung (Fragebogen). - 8 Wochen nach dem initialen Assessment (in beiden Gruppen): <ul style="list-style-type: none"> o Spirometrie o Lebensqualität (Fragebogen: Chronic Respiratory Questionnaire) o Befragung der Patienten, wie häufig und welche Unterstützung sie nach Entlassung benötigt hatten (professionelle Gesundheitsdienstleister, nicht professionelle Unterstützung) - Befragung der Allgemeinärzte nach ihrer Zufriedenheit mit der HaH-Versorgung (Fragebogen). Diese Ergebnisse finden hier keine Berücksichtigung, da sie sich nicht auf die Patienten beziehen. - Es wurde auch eine Kostenanalyse durchgeführt, auch diese findet hier keine Berücksichtigung. - Statistische Tests: <ul style="list-style-type: none"> o Verteilung der Parameter „Dauer der Versorgung“ und „Wiederaufnahmen im Krankenhaus“: Mann-Whitney-Test, Chi-Quadrat-Test o Veränderung in der Lungenfunktion: Gepaarter t-Test o Vergleich der Gruppen bezüglich der Veränderungen der Lungenfunktion und der Lebensqualität: t-Test für unabhängige Stichproben 	<ul style="list-style-type: none"> - Zu Beginn waren die Gruppen in Bezug auf Alter, Geschlecht, Rauchen bzw. Nichtrauchen und häusliche Verhältnisse vergleichbar. - 7% der Interventionsgruppe wurde während der HaH-Versorgung auf Anraten der Pflegekraft aus pulmonologischen Gründen im Krankenhaus aufgenommen, insgesamt wurden 9,9% der Interventionsgruppe während der HaH-Versorgung im Krankenhaus aufgenommen. - Im Zeitraum nach der Entlassung bis zu 8 Wochen wurden 25% der Interventionsgruppe und 34% der Kontrollgruppe im Krankenhaus aufgenommen. Diese Differenz ist nicht signifikant. - Im Schnitt wurden die Patienten der Interventionsgruppe 7 Tage zu Hause versorgt, die Patienten der Kontrollgruppe blieben im Schnitt 5 Tage im Krankenhaus. Dieser Unterschied ist signifikant. Dabei erhielten die Patienten der Interventionsgruppe im Schnitt 3,8 Hausbesuche. - Bezüglich der notwendigen Unterstützung nach der Entlassung (Besuche beim Allgemeinarzt, Unterstützung durch pflegende Angehörige) gab es für den Zeitraum der 8 Wochen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. - Innerhalb der 8 Wochen verbesserte sich in beiden Gruppen die Lungenfunktion signifikant. Nur die Verbesserung des FEV₁ in der Kontrollgruppe war nicht signifikant. Dabei zeigten sich die signifikanten Verbesserungen in der Zeit zwischen dem initialen Assessment und der Entlassung aus der Versorgung. In der Zeit zwischen Entlassung und der Messung nach 8 Wochen gab es keine signifikanten Veränderungen, außer einer signifikanten Steigerung der O₂-Sättigung in der Kontrollgruppe. - Bezüglich der Lebensqualität gab es zwischen den Gruppen nach 8 Wochen keine signifikanten Unterschiede. - Die Zufriedenheitsbefragung beantworteten 69% der Interventionsgruppe, es waren 95% vollständig zufrieden mit der Versorgung und 90% waren der Meinung, zuhause ebenso gut oder besser versorgt worden zu sein als im Krankenhaus. 	<ul style="list-style-type: none"> - HaH-Versorgung ist bei Patienten mit leichten bis mittleren Exacerbationen eine akzeptable und sichere Alternative zur stationären Aufnahme. - Die Autoren geben an, dass dies in ihrem KH für ca. 22% der Pat. mit Exacerbation einer COPD durchführbar wäre. Die restlichen 78% müssen nach den Kriterien dieser Studie stationär aufgenommen werden. - Das die HaH-Versorgung im Schnitt länger war, führen die Autoren darauf zurück, dass die Pflegekräfte nicht täglich Hausbesuche durchführten. - Die (in beiden Gruppen) relativ hohe Rate der Krankenhausaufnahmen im Zeitraum nach Entlassung bis zu 8 Wochen deckt sich mit den Ergebnissen, die die Autoren in einer anderen Studie ermittelt haben. - Die Autoren haben die Patienten, die in der Woche gekommen sind, mit denen verglichen, die am Wochenende gekommen sind. Diese Gruppen waren sehr ähnlich. Am Wochenende kamen jedoch mehr Patienten, die sich nur noch in der eigenen Häuslichkeit bewegen konnten und es klagten mehr Patienten über eine Verschlechterung peripherer Ödeme.

Stärken	Schwächen	Beurteilung
<ul style="list-style-type: none"> - Randomisiert - Ausreichend große Stichprobe (Die Autoren berichten, dass sie bei einem Signifikanzniveau von 5% bezüglich des Parameters „Wiederaufnahmen im Krankenhaus“ eine Power von 80% erreicht haben, um eine 20% Differenz zu entdecken) - Niedrige Ausfallraten - Klar und nachvollziehbar beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht verblindet - kurzes Follow-Up - Es werden Ergebnisse einer Spirometrie-Messung bei Entlassung aus der Versorgung genannt. Dieser Messzeitpunkt wird jedoch bei der Beschreibung der Methode nicht genannt. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gut/sehr gut

Anhang 3: Allgemeine Darstellung der eingeschlossenen Studien

Kategorie	Nr. ⁶⁶	Autoren	Krankheit	Land	Design	Stichprobe	Zeitraum
Hospital at home	1	Cotton et al. 2000	COPD	GB	RCT	81 Patienten	60 Tage
	2	Davies et al. 2000	COPD	GB	RCT	150 Patienten	3 Monate
	3	Davison et al. 2006	COPD	GB	ohne Kontrollgruppe, nur Posttest	232 Patienten	
	4	Hernandez et al. 2003	COPD	Spanien	RCT	222 Patienten	8 Wochen
	5	Ojoo et al. 2002	COPD	GB	RCT	60 Patienten	2 Wochen
	6	Sala et al. 2001	COPD	Spanien	Kontrolliert, nicht randomisiert, Prätest-Posttest	205 Patienten	1 Jahr
	7	Schofield, Knussen, Tolsen 2006	COPD	GB	ohne Kontrollgruppe, nur Post-Test-Design, qualitative Interviews	104 Patienten Interview 30 Patienten	
	8	Skwarska et al. 2000	COPD	GB	RCT	184 Patienten	8 Wochen
	9	Ward et al. 2005	COPD	GB	ohne Kontrollgruppe, nur Posttest	88 Patienten	
Patientenedukation	10	Carrieri-Kohlmann et al. 2001	COPD	USA	RCT	45 Patienten ⁶⁷	4 Wochen
		Carrieri-Kohlmann et al. 1996	COPD	USA	RCT	51 Patienten ⁶⁷	3 Monate
	11	Coultas et al. 2005	COPD	USA	RCT	151 Patienten	6 Monate
	12	Gallefoss, Bakke 2000b	COPD	Norwegen	RCT	62 Patienten	1 Jahr
		Gallefoss, Bakke 2000a	COPD	Norwegen	RCT	62 Patienten	1 Jahr
		Gallefoss, Bakke 1999	COPD	Norwegen	RCT	62 Patienten	1 Jahr
		Gallefoss, Bakke, Kjærsgaard 1999	COPD	Norwegen	RCT	62 Patienten	1 Jahr
	13	Monninkhof et al. 2003	COPD	Niederlande	RCT	248 Patienten	1 Jahr
14	Sinclair et al. 1998	RA	USA	ohne Kontrollgruppe, Prätest-Posttest	90 Patienten	18 Wochen	
15	Wong, Wong, Chan 2005	COPD	China	RCT	60 Patienten	1 Monat	
Educational Outreach	18	Grahame, West 1996	RA	GB	ohne Kontrollgruppe, Prätest-Posttest	8 Arztpraxen 30 Patienten	12 Wochen
	19	Rea et al. 2004	COPD	Neuseeland	RCT	51 Arztpraxen 135 Patienten	1 Jahr

⁶⁶ Die Nummer bezieht sich auf die Nummer, die der Studie zugeordnet wurde. Gibt es mehrere Veröffentlichungen zu einer Studie, haben diese dieselbe Nummer.

⁶⁷ Die Stichproben sind verschieden, da für die Artikel unterschiedliche Werte ausgewertet wurden, die bei *Carrieri-Kohlman et al.* (2001) nicht für alle Patienten verfügbar waren.

Kategorie	Nr.	Autoren	Krankheit	Land	Design	Stichprobe	Zeitraum
Ambulante Rehabilitation	16	Oh 2003	COPD	Südkorea	RCT	34 Patienten	8 Wochen
	17	Strijbos et al. 1996a	COPD	Niederlande	RCT	32 Patienten ⁶⁸	12 Wochen
		Strijbos et al. 1996b	COPD	Niederlande	RCT	50 Patienten ⁶⁸	18 Monate
Erweiterte häusliche Versorgung	20	Aiken et al. 2006	COPD	USA	RCT	62 Patienten	15 Monate
	21	Casas et al. 2006	COPD	Spanien / Belgien	RCT	155 Patienten	1 Jahr
	22	Farrero et al. 2001	COPD	Spanien	RCT	122 Patienten	1 Jahr
	23	Hermiz et al. 2002	COPD	Australien	RCT	177 Patienten	3 Monate
	24	Ketelaars et al. 1998	COPD	Niederlande	Kontrolliert, nicht randomisiert, Prätest-Posttest	115 Patienten	1 Jahr
	25	Neff, Madigan, Narsavage 2003	COPD	USA	Kontrolliert, nicht randomisiert, Prätest-Posttest	80 Patienten	bis zur Entlassung, max. 60 Tage
	26	Poole et al. 2001	COPD	Neuseeland	Kontrolliert, nicht randomisiert, Prätest-Posttest	32 Patienten	1 Jahr
27	Smith et al. 1999	COPD	Australien	RCT	96 Patienten	1 Jahr	
Pflege-sprechstunde	28	Arthur, Clifford 2004	RA	GB	Nicht randomisiert, kontrolliert, nur Posttest	80 Patienten	
	29	Arvidsson et al. 2006	RA	Schweden	Qualitativ	16 Patienten	
	30	Hill 1997	RA	GB	RCT	70 Patienten	48 Wochen
	31	Hill, Thorpe, Bird 2003	RA	GB	RCT	80 Patienten	48 Wochen
	32	Ryan et al. 2006	RA	GB	RCT	71 Patienten	12 Monate
	33	Temmink et al. 2001	RA	Niederlande	Kontrolliert, nicht randomisiert, Prätest-Posttest	227 Patienten	6 Monate
	34	Tijhuis et al. 2002	RA	Niederlande	RCT	210 Patienten	1 Jahr
Tijhuis et al. 2003		RA	Niederlande	RCT	210 Patienten	2 Jahre	

⁶⁸ Die Stichproben sind unterschiedlich, da in einer Veröffentlichung nur die Ergebnisse für eine Interventionsgruppe beschrieben wurden (Strijbos et al. 1996a), wohingegen in der anderen Veröffentlichung auch die Werte einer zweiten Interventionsgruppe eingeflossen sind (Strijbos et al. 1996b).

Eidesstattliche Erklärung

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

Hamburg, den 21.04.2008

Martina Bremer