

Patientenorientiertes Management der Versorgungsprozesse im Krankenhaus

Knut Dahlgaard, Peter Stratmeyer

■ **Das Kooperative Prozessmanagement stellt ein Forschungs- und Entwicklungskonzept dar, das die Arbeitsbeziehungen zwischen Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus neu konfiguriert. Ziel des Konzepts ist es, unter dem Blickwinkel patientenorientierter Leistungsprozesse eine kostengünstige, effektive, funktionelle, qualitativ hochwertige und für beide Akteursseiten zufrieden stellende Arbeitsteilung zu erreichen. Während Patientenorientierung die gemeinsame, wertorientierte Basis des kooperativen Handelns darstellt, leitet sich insbesondere für Pflegende ein erweiterter Verantwortungsbereich sowohl im Hinblick ihrer originären Pflegeaufgaben als auch im Bezug auf managende Aufgaben zur Überwachung und Steuerung des integrierten Pflege-, Diagnose- und Behandlungsprozesses ab. Pflegemanagement wird damit in einem neuen Lichte des unmittelbar einwirkenden patientenorientierten Handelns gesehen. In diesem Aufsatz werden Teile des Konzepts vorgestellt: das kooperative Verständnis patientenorientierten Handelns und die Rolle von Pflegenden als Manager/innen des integrierten kooperativen Versorgungsprozesses.**

■ Cooperative process management is seen as a research and development framework, which brings a new concept to the working relations between clinical physicians and the nursing staff in hospitals. In times of chronic diseases and multi-morbidity its goal is – from an angle of patient oriented service – to accomplish a division of labour which is cost-effective, high grade and as contenting to the clinical physician as to the nursing staff. While patient oriented service is reflecting the overall basis of ethical qualities within the commitment of care, an extended range of responsibilities results from both the original caring duties and the process monitoring as well as from internally controlling the integrated diagnosis, therapy and caring processes. This is leading to a new perspective on care management as instantaneously affecting patient oriented health care.

In this article, the following aspects of the above mentioned concept are being introduced: »the understanding and meaning of patient oriented care«, »the role of caring staff members as managers« and »the integrated concept of health care«.

1. Einführung

Kooperation im Krankenhaus ist wahrlich kein ganz neues Thema. Seit Jahrzehnten arbeiten die wesentlichen Akteursgruppen im Krankenhaus mehr oder weniger gut zusammen. Im Zentrum des Forschungsschwerpunkts Kooperatives Prozessmanagements an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg steht die Kooperation von Ärzten und Pflegenden. Wenige empirische Untersuchungen, aber ein großer Fundus von empirischen (Einzel-)Erfahrungen, beruflichen Positionen, Ansprüchen, Bildern und Annahmen ergeben ein allerdings recht uneinheitliches Bild des Stands der Kooperation zwischen diesen Professionen.

Nicht zuletzt durch die Einführung des DRG-Finanzierungsmodells ist deutlich geworden, dass die arbeitsteiligen Prozesse der Patientenversorgung kein Musterbeispiel schlanker, effizienter Prozesse darstellen. Der oben erwähnte Fundus liefert hier in Hülle und Fülle Exempel für unbeabsichtigte Doppelarbeiten, Lücken, Informationsverluste, Wartezeiten, Missverständnisse und Konflikte, die schon aus ökonomischen Gründen in absehbarer Zeit minimiert werden müssen, wenn die Krankenhäuser nicht in ernsthafte finanzielle

Schwierigkeiten kommen wollen. Die einzige Möglichkeit mit festen Preisen auszukommen besteht eben darin, die Selbstkosten der Leistungserstellung durch Effizienzsteigerung der Prozesse unter diesen Preis zu drücken – dazu ist eine grundlegende Revision der Prozesse selbst erforderlich, und hier spielen insbesondere die Kooperationsprozesse eine große Rolle.

Der Ansatz des Prozessmanagements bietet schon seit etwa zehn Jahren ein Erklärungs- und Gestaltungsmodell für die Neukonfiguration arbeitsteiliger Prozesse in Produktions- und Dienstleistungsunternehmen. Ziel ist neben der Konzentration auf die wertschöpfenden Prozesse insbesondere die stärkere Ausrichtung am Kunden nutzen und die Schaffung schnittstellenärmerer Strukturen.

In einer etwas anders akzentuierten Schwerpunktsetzung sind die beiden letztgenannten Zielsetzungen auch für den Ansatz des kooperativen Prozessmanagements im Krankenhaus handlungsleitend:

■ Schnittstellenärmere Strukturen erfordern eine Neubestimmung der Aufgaben der Beteiligten aus Arztdienst und Pflege, eine Klärung der Kooperationsbeziehun-

gen und vor allen Dingen eine Etablierung einer Verantwortung für den gesamten Prozess der Patientenversorgung, nicht nur für einzelne Teilfunktionen.

■ Der auf Gesundheitsunternehmen nicht ohne weiteres übertragbare Begriff der »Kundenorientierung« (Stratmeyer 2000) legt allerdings noch einmal den Focus darauf, eine »Patientenorientierung« der Prozesse nicht einfach als vorhandenes professionelles Grundverständnis der Akteure zu unterstellen, sondern im Zeitalter der Veränderung der Krankheitspanoramen ernsthafte Überlegungen zur Wirksamkeit und Humanität der Kernleistungsprozesse anzustellen und bei der Prozessgestaltung zu berücksichtigen. Die Patientenorientierung bildet also neben der Effizienzsteigerung der Prozesse einen eigenen, humanen Aspekt der Prozessrevision.

Diese beiden Zielsetzungen bilden auch eine wichtige Leitorientierung für das Konzept des Kooperativen Prozessmanagements im Krankenhaus, das in Kürze gesagt aus den folgenden Bausteinen besteht:

1. Der **Prozessmanagement**-Modellansatz bildet das grundlegende Erklärungs- und Gestaltungsmodell für Kooperationsprozesse zwischen Arztdienst und Pflegedienst im Rahmen der Patientenversorgung.

2. Die **Patientenorientierung** bildet den gedanklichen Bezugsrahmen für die berufliche Orientierung und für alle Gestaltungsansätze des Prozesses der Patientenversorgung.

3. Die **Grundsätze der Arbeitsteilung** zwischen den beiden Professionen sollen aus der Perspektive der Patientenorientierung produktiv gestaltet werden:

- Ärztlicher und pflegerischer Aufgabenbereich sind grundsätzlich abgestimmt und ergänzen sich sinnvoll (Komplementarität).
- Die Prozesse sind qualitativ hochwertig und effizient (Funktionalität).
- Die Zusammenarbeit ist von gegenseitiger Wertschätzung und Unterstützung getragen (Kooperation).

4. Der **Prozess der Patientenversorgung** wird im Rahmen des Modellansatzes neu konfiguriert:

- Die professionsbezogenen und die kooperativen Prozesse werden identifiziert und die Art des Zusammenwirkens und die jeweilige Verantwortung geklärt.
- Die Steuerung des gesamten Diagnostik-, Behandlungs- und Pflegeprozesses wird grundsätzlich zwischen den Professionen abgestimmt und einzelnen Pflegenden zur Durchführung verantwortlich übertragen.

5. Eine Reihe von **Strukturvoraussetzungen** unterstützen die verbesserten Kooperationsprozesse:

- Gremien und Arrangements werden definiert, in denen Ziele und Vorgehensweisen der beiden Professionen vereinbart werden.
- Es werden Leitungsstrukturen geschaffen, die durchgängige, professionsübergreifende Leistungsprozesse wirkungsvoll unterstützen.

In diesem Aufsatz sollen zwei einzelne Aspekte des Konzepts näher untersucht werden. In dem sich anschließenden Abschnitt 2 soll der Frage nachgegangen werden, welche Konsequenzen eine patientenorientierte Perspektive für die grundsätzliche Arbeitsteilung zwischen Ärzten und Pflegenden haben könnte und welches neue Rollenverständnis daraus für Pflegende im Gesamtprozess der Patientenversorgung erwachsen würde (vgl. oben Ziffern 2 und 3). Der zweite Hauptteil im Abschnitt 3 untersucht die Rolle genauer, die Pflegende zukünftig als Manager/innen des gesamten Prozesses der Patienten-

versorgung (Diagnostik, Therapie, Pflege) spielen werden und skizziert die für diese Managementaufgaben notwendigen Instrumente sowie die sich daraus ergebenden Anforderungen (vgl. oben Ziffern 1 und 4). Ein kurzer Ausblick im Abschnitt 4 schließt diesen Aufsatz ab.

2. Patientenorientierung und Grundprinzipien des kooperativen Prozessmanagements

2.1. Grundsätze der komplementären Arbeitsteilung

Ostner und Beck-Gernsheim haben in ihrer kritischen Analyse des Krankenhauspflegealltags bereits 1979 festgestellt, dass Pflege und Medizin in wechselseitiger Abhängigkeit und Ergänzung tätig sind, die sie als Komplementarität bezeichneten (Ostner / Beck-Gernsheim 1979: 69). Gemeint war damit, dass Pflegende all jene Aufgaben zugewiesen bekamen, die von Ärzten als unliebsam, nicht interessant, wenig prestigeträchtig und zeitraubend angesehen wurden. Ohne den Begriff zu nennen, hat Bischoff Mitte der 80er Jahre die Funktion dieser Komplementarität von Medizin und Pflege herausgearbeitet: Die emotionale, nicht wissenschaftliche Pflege diene dazu, den Charakter der rationalistischen, naturwissenschaftlichen Medizin aufrechtzuerhalten. Erst diese humane Ummantelung erlaube überhaupt ärztliches Handeln und trage auch zur Stabilisierung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin bei (Bischoff 1984: 147).

Die Entwicklung in den letzten 25 Jahren ist bekannt. Die Widerstände innerhalb der Pflege gegen die Vereinnahmung durch die Medizin und die Unzufriedenheit mit der auf Alltagskompetenz und Unwissenschaftlichkeit zugewiesenen Rolle haben zugenommen. Alles Emotionale, Intuitive, Irrationale musste technokratischen Systematisierungen und Steuerungsinstrumenten wie Pflegeprozess, Pflegemodellen und Pflegestandards weichen. Die Medizin mit ihren ärztlichen Standesvertretern wurde zum Feindbild erkoren, arztassistorische Arbeiten aus dem Tätigkeitskatalog soweit wie irgend möglich verbannt – wer sie noch ausführte, geriet in den Verdacht des Berufsverrats (vgl. Stratmeyer 2002).

Problematisch ist, dass sich die Krankenhauspflege in diesem Zeitabschnitt darauf

konzentrierte, deutlich zu machen, wogegen sie sich wendet und welche Tätigkeiten sie als berufsfremd etikettierte und nicht mehr auszuführen gewillt war. Schuldig geblieben ist sie dabei allerdings noch ein eigenes alternatives Handlungskonzept (Stratmeyer 2002: 238f.; Weidner 1995: 255). Das kooperative Zusammenwirken von Berufsgruppen setzt allerdings voraus, dass sich die Partner auf ein konsistentes Arrangement der jeweiligen Aufgabenbereiche verständigen. Der Ansatz des Kooperativen Prozessmanagements soll somit auch einen Beitrag leisten, die fachliche und institutionelle Rolle der Pflege im Krankenhaus zu aktualisieren.

Nach 25 Jahren wird daher der diskreditierte Gedanke der funktionellen Komplementarität einander sich ergänzender Handlungsbeiträge wieder aufgegriffen, allerdings nicht aus den berufsständisch motivierten Systeminteressen der Ärzteschaft, sondern aus der konsequenten Versorgungsperspektive der Patientenorientierung. Die handlungsleitende Frage an die Pflege lautet dann nicht mehr, was der Arzt zu seiner Entlastung, Hilfestellung und Gefolgschaft wünscht, sondern was aus der Perspektive eines gleichermaßen patientenorientierten wie zeit- und kostensparenden und fachlich hochwertigen integrierten Versorgungsprozesses erforderlich ist. Dieser Frage, das kann nach kritischer Analyse konstatiert werden, ist konzeptionell und praktisch bisher zu wenig nachgegangen worden (vgl. z.B. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: 2001; Bandura, Feuerstein: 1994; Schaeffer, Moers: 2000: 468f.).

2.2. Patientenorientierung als berufsübergreifendes Handlungsverständnis

Patientenorientierung als berufsgruppenübergreifende Lektorientierung im Krankenhaus muss heute im Wesentlichen aus zwei nahe liegenden Gründen insbesondere auf die Gruppen der chronisch Kranken, der Mehrfacherkrankten und Alterskranken bezogen werden. Zum einen bestimmt die Gruppe der chronisch Kranken mit einem Anteil von 80% aller Belegungstage bereits heute, aber mit zunehmendem Ausbau mikroinvasiver, ambulanter Behandlungsmethoden zukünftig immer mehr den Alltag des Krankenhauses.

Die Zunahme chronisch- und alterskranker Menschen im Krankenhaus ist al-

lerdings bei weitem kein alleiniges Mengenproblem, sondern ein qualitatives Versorgungsproblem. Verlaufsformen chronischer Krankheiten weisen eine ganze Reihe besonderer Belastungen und spezifischer Anforderungen auf, die es den Betroffenen erschwert, eine für sie akzeptable Lebensqualität zu erreichen:

- Objektive oder und/oder subjektiv erlebte Lebensbedrohung,
- Irreversibilität und Progredienz der Krankheitsverläufe,
- Mangelnde Vorhersehbarkeit von Verläufen (z.B. Nebenwirkungen, Komplikationen, Symptomveränderungen),
- Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit (z.B. durch frühzeitige Erschöpfung),
- Bedrohung der körperlichen Integrität,
- Einschränkung des körperlichen Wohlbefindens (z.B. durch Schmerzen, Müdigkeit),
- Bedrohung des Selbstbildes (z.B. durch Rollenverlust),
- Stimmungsschwankungen (bsp. Depressionen),
- Einschränkung und Bedrohung von Sozialkontakten und in der Erfüllung von Rollen (insbesondere auch Berufstätigkeit),
- Abhängigkeiten von Ärzten, Pflegekräften, anderen Personen oder Maschinen (z.B. pflegerische Betreuung, Ernährungspumpen),
- Einschränkungen der Zukunfts- und Lebensperspektive,
- Körperliche Stigmata (bspw. durch entstellende Operationen),
- Spezielle Funktionseinschränkungen (z.B. Immobilität, Sexualstörungen),
- Aversiv erlebte Therapien (bspw. Chemotherapie, Hämodialyse),
- Einschränkungen der Lebensführung (z.B. durch Diäten, Auflagen zur Flüssigkeitsrestriktion),
- Stigmatisierende Reaktionen der Umwelt auf spez. Krankheitsbilder (bspw. bei Aids) u.v.m. (Muthny u.a. 1996: 489).

Diese Krankheitsbelastungen und -anforderungen verlangen Bewältigungsarbeit in drei vielfältig miteinander verschränkten »Arbeitsprozessen«: der krankheitsbezogenen Arbeit, der Alltagsarbeit und der biografischen Arbeit (vgl. Corbin, Strauss 1998: 13; ausführlich Corbin, Strauss: 1988; Lubkin: 2002). In der krankheitsbezogenen Arbeit geht es z.B. darum, komplizierte Diätregeln einzuhalten, aufwändige Bewegungsübungen durchzuführen, Drainagen

und Wunden zu versorgen, regelmäßige Arztbesuche zu organisieren und dergleichen mehr. Die Alltagsarbeit bedeutet, das herkömmliche Leben von Arbeit und Freizeit unter den ungewohnten, kaum kalkulierbaren, wechselnden Bedingungen des Krankseins mit in der Regel eingeschränkten und weiter abnehmenden Ressourcen immer wieder neu zu arrangieren. Krankheitsbezogene und Alltagsarbeit können erheblich kollidieren, was den Betroffenen häufig erschwert, eine aus Sicht der Experten hinreichende Therapietreue aufzubauen und durchzuhalten.

Die biografische Arbeit hat eher unsichtbaren Charakter. Insbesondere chronisch Kranke haben die große Lebensaufgabe zu bewältigen, das durch die vielen Belastungen der Krankheit desintegrierte Leben wieder zu einem kohärenten Ganzen zusammen zu fügen. Frühere und verlässliche Definitionen der eigenen Körperfunktionen, der Selbstidentität, des Handelns, der Interaktionen mit anderen müssen immer wieder durch neue ersetzt werden. Die Krankheitsverlaufskurve, die sich im komplexen Wechselspiel zwischen Krankheit, Alltagsbewältigung und familiärer Unterstützung bewegt, muss in die Biografie integriert werden, indem die Konsequenzen für das Leben akzeptiert werden (Corbin/ Strauss 1988: 59f.).

Die Patienten sind in der Regel in soziale Systeme eingeflochten, die ebenfalls Arbeitsbeiträge zur Krankheitsbewältigung erbringen. Familien haben sich anders zu arrangieren, Rollen sind neu aufzuteilen, Alltagsabläufe und Zeitrhythmen müssen an die krankheits- und pflegebedingten Anforderungen adaptiert werden. Gelingt diese Anpassung nicht oder ist sie unzureichend, sind Resignation, Frustration und Depression nicht selten die Folgen. Anpassung bedeutet hier für Betroffenen und ihre Nächsten eine mitunter über viele Jahre andauernde, immer wieder neu zu aktualisierende Anstrengung, in der die Krankheitsverlaufskurve mehrere Phasen durchläuft. Familiennetze geraten dabei unter starke Beanspruchung, mitunter reißen sie auch.

Die hier dargestellte Situation des chronischen Krankseins dient dazu, die Perspektive von der »Versorgungslogik des Krankenhauses« mit ihren technischen Machbarkeiten zur Bedarfslogik des patientenbezogenen Krankheitsverlaufes zu wechseln. Der Referenzrahmen des Krankenhauses hat sich bisher zu einseitig auf

die Beherrschung der körperlichen Risiken in der Phase akuter Verschlechterung und Krisen konzentriert. Diese Phase stellt im Prozess des mitunter über Jahrzehnte andauernden Krankheitsverlaufes eine Ausnahmesituation dar, die den Akteuren im Krankenhaus einen völlig verzerrten Eindruck von den bisherigen gelungenen und gescheiterten Versuchen der Krankheitsbewältigung, von den persönlichen und sozialen Ressourcen, Anstrengungen und Unterstützungsbedarfen vermittelt.

Psychosoziale Aspekte der Krankheitsbewältigung haben sich immer an die jeweilige konkrete Bedarfssituation anzupassen. Sie korrelieren nicht mit vergütungsrelevanten Eingruppierungen wie Haupt- oder Nebendiagnose, Alter, Komplikationen oder Prozeduren, sondern werden von vielen unterschiedlichen persönlichen, biografischen und sozialen Gesichtspunkten modelliert. Sie lassen sich daher auch nicht in die diagnosebezogenen Behandlungspfade integrieren. Das Erleben von Angst nach einem Herzinfarkt ist immer einzigartig und nicht vergleichbar. Es entspricht der Eigenlogik des psychischen Systems.¹ Psychosoziale Aspekte haben sich an den individuellen Bedarfssituationen zu orientieren.

2.3. Funktion der Pflege im Konzept der Patientenorientierung

Pflegenden kommt bei der Unterstützungsarbeit chronisch Kranker besonders im angloamerikanischen Raum eine zentrale Rolle zu. Und dies aus guten Gründen, denn diese Berufsgruppe weist günstige Merkmale auf, die andere so nicht haben bzw. erst mühselig herstellen müssen. Als größte Berufsgruppe des Gesundheitswesens verfügen Pflegenden über die häufigsten und längsten Klientenkontakte. Ihre körpernahe, oftmals intime Tätigkeit erlaubt ihnen intensive und vertrauliche Einblicke in die Lebenswelt von Patienten und ihrer Bezugssysteme. Wenn auch bisher in Deutschland kaum als berufliche Kompetenz professionalisiert, ist doch Begleiten, Fördern, Entwickeln, Trösten, Informieren, Beraten tief im Selbstverständnis und in der Tradition der pflegerischen Arbeit verwurzelt. So gesehen wäre es nahezu eine sträfliche Ressourcenverschwendung, auf diese Potenziale der Pflege in der Gesundheitsversorgung fürderhin verzichten zu wollen.

Der Pflegeprozess ist daher zukünftig stärker auf interaktionsintensive Leistun-

gen zu beziehen, die insbesondere dem Versorgungsbedarf von alten und chronisch Kranken in drei Unterstützungsbereichen entsprechen:

■ **Körperfunktionsorientierte Unterstützung des Patienten:** Hierzu zählen alle Aufgaben, die vorübergehend oder auf Dauer dazu geeignet sind, verlorene bzw. eingeschränkte Körperfunktionen von Patienten zu substituieren und ein Höchstmaß an körperlicher Funktionalität zu erhalten bzw. wieder herzustellen. Pflegenden stehen hierfür mittlerweile eine ganze Reihe pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und hinreichend empirisch gesicherte therapeutisch, präventiv und rehabilitativ wirksamer Konzepte zur Verfügung (bspw. Bobath-Konzept, Basale Stimulation, Kinästhetik).

■ **Sozioemotionale Unterstützung des Patienten und seiner Angehörigen:** Ausgehend von der Erkenntnis, dass die Bewältigung von gravierenden medizinischen Eingriffen und chronifizierten Krankheitsprozessen immer eine erhebliche emotionale und biografische Belastung bedeutet, kommt Pflegenden die Funktion zu, emotionalen Beistand zu leisten sowie offen zu sein für Sorgen, Nöte und Hoffnungslosigkeit. Sie vermitteln soziale Unterstützung im Familienverbund beispielsweise durch die Organisation von Besuchsdiensten u.ä. Es handelt sich um eine Art unspezifischer sorgender Begleitung des Patienten und der nächsten Bezugspersonen (vgl. z.B.: Rauchfleisch 2001: 47 – 53; Benner, Wrubel 1997). Zur qualifizierten Wahrnehmung dieser Aufgaben müssen Pflegende über hinreichende kommunikative Kompetenzen verfügen.

■ **Handlungs- und verhaltensorientierte Unterstützung:** Patienten und Angehörige müssen unterstützt werden, einen Großteil der krankheits- und pflegebezogenen Aufgaben in eigener Regie unter den Bedingungen der Häuslichkeit und des Alltags nachhaltig zu erfüllen. Insbesondere das untrennbare Konglomerat von individueller erlebter Lebensqualität, alltäglichen Handlungsverpflichtungen, persönlicher Motivation, eigenen Kompetenzerwartungen und Handlungsüberzeugungen usw. erfordert, dass Patienten Unterstützung bei der Identifikation und Durchsetzung von selbstbestimmten Handlungszielen (Empowerment) erfahren. Die Aufgabe geht oftmals weit über das bloße Informieren und Anleiten bezüglich medizi-

nischer und pflegerischer Sachverhalte hinaus. Qualifizierten Pflegekräften stehen hierfür spezifische Konzepte der Patienten- respektive Angehörigenschulung und -beratung zur Verfügung, in denen sie insbesondere die Erkenntnisse und Verfahren der Verhaltens- und Rehabilitationsmedizin nutzen (vgl. z.B. Petermann 1997; Koch-Straube 2001; London 1999; Miller 2000).

Pflegende sind hierzulande auf einen Teil dieser Aufgaben bisher nicht sonderlich gut vorbereitet. Kommunikative Kompetenzen, spezifische Beratungs- und Edukationsqualifikationen werden zurzeit im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung noch viel zu stark vernachlässigt. Zwischenzeitlich sind sie allerdings im Berufsrecht der Pflege als eigenständige Aufgaben etabliert.² Sie bieten ein attraktives Entwicklungsfähiges Betätigungsfeld und somit gute Möglichkeiten der pflegerischen Professionalisierung.

In diesem Konzept der Patientenorientierung schreiben wir Pflegenden in erster Linie die Rolle zur Einbeziehung der psychosozialen Faktoren der Krankheitsbewältigung und der Sicherstellung psychoemotionaler und edukativer Unterstützung zu. Sie sollen sensibel sein für deren Bedarfserkennung, qualifiziert sein zur professionellen Ausgestaltung und kompetent, um die Grenzen des eigenen Handelns dann zu erkennen, wenn psychosoziale Unterstützung nicht ausreicht und psychotherapeutische Intervention nötig wird.

Wenn auch die Pflegenden im Konzept der Patientenorientierung eine zentrale Rolle zugewiesen bekommen, so wird es allerdings nur erfolgreich sein können, wenn es sich als eine berufsübergreifende Haltung aller am Versorgungsprozess beteiligten Akteure entwickelt. So gilt selbstverständlich auch für die nachfolgend ausgeführten Managementaufgaben, dass sie sich in der Leitidee der Patientenorientierung zu entfalten und zu legitimieren haben.

2.4. Pflege und Medizin als komplementäre Subsysteme

Der Versorgungsprozess des Patienten im Krankenhaus besteht aus drei eng miteinander verwobenen Teilprozessen³, und zwar

■ dem jeweiligen, auf die Erkrankung des einzelnen Patienten bezogene medizinischen Diagnostikprozess,

■ dem darauf abgestimmten medizinischen Therapieprozess sowie

■ dem die individuellen Unterstützungsbedürfnisse des einzelnen Patienten aufnehmenden Pflegeprozess.

Medizin und Pflege sind (neben anderen) zwei eigenständige gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Sie nutzen z. T. und in unterschiedlicher Intensität gleiche Versorgungsstrategien: Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliation, Sterbegleitung (Dahlgaard, Stratmeyer 2004: 635). Pflege und Medizin finden in unterschiedlichen Versorgungsinstitutionen statt, in denen sie mehr oder weniger voneinander abhängen bzw. miteinander kooperieren. Da Diagnostik und Therapie die Indikation des Patientenaufenthalts im Krankenhaus begründet, hat sich die Krankenhauspflege an diesem medizinischen Hauptarbeitsgang zu orientieren. Beide Disziplinen generieren ihre Leistungen zwar aus einem gemeinsamen Handlungsfeld, jedoch aus unterschiedlichen Versorgungsaufträgen. Der Versorgungsauftrag an die Pflegenden schließt dem Kooperationsmodell folgend einerseits ein, im Pflegeprozess die medizinischen Behandlungsziele möglichst optimal zu unterstützen. Andererseits sollten sie als kritisch-konstruktive Instanz dafür sorgen, dass sich die psychosozialen und edukativen Leistungen als Handlungs rationalität und mitunter auch als Gegenrationalität einer zu einseitig medizinisch intervenierenden Krankenhausversorgung etablieren.⁴

In dem nachfolgend skizzierten Modell des dreigliedrigen Versorgungsprozesses wird zusammenfassend deutlich,

■ dass die drei Teilprozesse (Diagnostik, Pflege und Therapie) auf komplexe Weise inhaltlich miteinander verbunden sind;

■ dass dieses allgemeine Prozessmodell der Versorgung zwar das wechselseitige Verhältnis der von beiden Berufsgruppen zu erbringenden Teilprozesse grundsätzlich klärt, allerdings jeweils einer individuellen, auf die Versorgung eines spezifischen Patienten ausgerichteten Konkretisierung bedarf;

■ dass der Versorgungsauftrag des Krankenhauses dem Therapieprozess innerhalb der drei Prozesse eine relativ zentrale Stellung i.S. eines medizinischen Hauptarbeitsgangs einnimmt, in dem sowohl die Diagnostik als auch der Pflegeprozess an die Anforderungen der Therapie auszurichten sind.

3. Management des kooperativen Versorgungsprozesses

3.1. Rolle und Stellung der Pflegenden im Versorgungsprozess

Eine Reihe von Autoren haben in jüngster Zeit vorgeschlagen, dass Pflegende nicht nur Aufgaben im Bereich der pflegerischen Versorgung übernehmen sollten, sondern darüber hinaus auch »Managementaufgaben« im gesamten Versorgungsprozess (vgl. Dahlgaard, Stratmeyer 2004: 637 ff.)⁵, die sich dann auch auf ärztliche Aufgaben im engeren Sinne bezögen. Dieser aus dem Prozessmanagement stammenden Idee der »Versorgung aus einer Hand« – im Dienstleistungsmanagement auf die Formel »One face to the customer« gebracht – soll im Folgenden vor dem Hintergrund der Kooperation beider Berufsgruppen weiter nachgegangen werden.

Es gibt es eine Reihe von Indizien dafür,

- dass diese prozessbezogene Reduktion von Arbeitsteilung und verstärkte Abstimmung positive Folgen für die Größen Zeit, Kosten und Qualität mit sich bringt, z.B. durch bessere Informationsübermittlung, kürzere Wege und einen einheitlichen, am Maßstab der Patientenorientierung ausgerichteter Versorgungsprozess,
- dass Pflege aufgrund ihrer zentralen Stellung im Versorgungsprozess und ihrer hohen Interaktionsdichte mit Patienten und anderen Professionen die besten Voraussetzungen für diese Aufgabe hat und
- dass es genügend Pflegende gibt, die die Qualifikation für die Übernahme dieser Managementaufgabe besitzen (a.a.O.: 637f.).

Allerdings ist der Auftrag bisher noch relativ unscharf formuliert. Was tun Pflegende konkret, wenn sie »die Versorgung managen«? An welchen Zielen und Verfahren orientieren sie sich? Was wird arbeitsteilig erledigt, was in Abstimmung? Bei welchen Problemen wird die Pflegeteamerin initiativ, und wann wartet sie ab? Und schließlich: Welche Qualifikationen sind für die Übernahme dieser Aufgaben besonders wichtig?

Die arbeitsorganisatorische Seite des kooperativen Prozessmanagements wird für den Erfolg des Konzepts eine entscheidende Rolle spielen. Ein Weg dorthin führt über Konzeptelemente wie die gemeinsame Gestaltung von Aufnahme- und Entlassungsprozess, abgestimmte Visitenverfah-

ren und strukturelle Regelungen für die Informationsweitergabe. Ein zweiter Bereich, nämlich die produktive Gestaltung des »alltäglichen Versorgungsmanagements« wird allerdings immer wichtiger, um Vorteile für die Patienten, um bessere Arbeitsbedingungen und effizientere Prozesse zu ermöglichen.

3.2. Realisationsaufgaben als zentrale Managementaufgaben der Pflegenden

Management ist bekanntlich ein Prozess des zielgerichteten Gestaltens eines Systems, der aus den Hauptfunktionen Zielsetzung, Planung, Realisation und Kontrolle besteht. Beide Professionen wenden diesen Management-Zyklus jeweils auf ihr Handlungsfeld an, das heißt sie formulieren und verfolgen (Behandlungs- und Pflege-)Ziele, planen die jeweiligen Interventionen, führen diese durch und kontrollieren bzw. evaluieren deren Ergebnisse. Wenden wir uns dem »Management des Prozesses der Patientenversorgung« zu, so ergeben sich für Pflegende, die das Management des Versorgungsprozesses übernehmen jenseits ihrer professionsbezogenen Funktion drei zusätzliche Aufgabenbereiche, die im Weiteren durch Beispiel illustriert werden:

■ Innerhalb der Funktion »Planung« ist durch Pflegende eine autonome Disposition innerhalb des Handlungsrahmens im Sinne einer »vernünftigen Tagesplanung« vorzunehmen.

■ Die Reihenfolge der angeordneten Untersuchungen (z.B. nüchtern – nicht nüchtern) kann bestimmt werden. Für die Beurteilung sind ggf. Angaben vom Arzt erforderlich; die Unvereinbarkeit von Untersuchungen sollte vom Arzt vorher herausgestellt werden. Pflegende könnten ggf. Plausibilitätskontrollen durchführen (»Da haben wir aber doch für morgen etwas Anderes geplant ...«).

■ Die zeitliche Lage der Untersuchungen ist ebenfalls festzulegen.

■ Die Koordination der eigenen pflegerischen Leistungserbringung (Ausführung pflegerischer Leistungen sowie übertragene ärztliche Aufgaben) mit externen Terminen muss vorgenommen werden.

■ Zur Funktion »Kontrolle« gehört neben den professionsbezogenen Kontrollaufgaben (z.B. Kontrolle der Wirksamkeit von Maßnahmen der Patientenlagerung) auch

eine fallbezogene (prozessbezogene) Gesamtbetrachtung des Patienten (Monitoring, Reaktionen des Patienten auf Medikation, Zahl der Untersuchungen etc.), die von einzelnen Pflegenden wahrgenommen wird.

■ Die Funktion der »Realisation« umfasst neben den steuernden, regelnden und lenkenden Eingriffen auch Realisierungsfunktionen im engeren Sinne.

Im Regelkreismodell wirken Pflegende auf den Prozess der Patientenversorgung über die »Stellgröße« ein. Auf der Erscheinungsebene der konkreten Managementarbeit werden hierbei eine Reihe von Tätigkeiten sichtbar, mit deren Hilfe Pflegende als managende »Besitzer« (vgl. a.a.O.: 638) des Versorgungsprozesses diesen in Gang halten, Störungen abbauen helfen und dadurch zur Zielerreichung beitragen. Darunter fallen zunächst einmal alle Funktionen, die im Management zur »Realisation« des individuellen Versorgungsprozesses gehören, also

■ einwirken, d.h. selber Tätigkeiten ausführen (Beispiel: selbst Blut abnehmen, wenn der Arzt nicht verfügbar ist),

■ veranlassen, d.h. einen Impuls für die Ausführung von Tätigkeiten bei einer anderen Person geben (Beispiel: fehlende EKG-Untersuchung in der Funktionsabteilung veranlassen),

■ organisieren, d.h. Regelungen entwerfen, die für diesen Patienten bestimmte Entscheidungstatbestände vorstrukturieren (Beispiel: ein Verfahren für Zeitpunkt und Inhalt der Angehörigen-Information ersinnen und mit dem Arztdienst abstimmen) und

■ disponieren, d.h. Einzelfallentscheidungen treffen (Beispiel: Die Terminverschiebung der diagnostischen Untersuchung für die Patientin Y in Abstimmung mit der Funktionsabteilung modifizieren).

Gleichsam quer dazu in einer Matrixstruktur finden sich übergreifende Managementfunktionen, die bei allen Einzelfunktionen und natürlich auch bei den oben genannten Realisationsfunktionen in unterschiedlichem Maße auftreten. So müssen Pflegende

■ entscheiden, d.h. unter Verhandlungsalternativen zielgerichtet auswählen (z.B. über die Alternative, selbst einzuwirken oder zu veranlassen),

■ koordinieren, d.h. Aktivitäten in einen inhaltlichen, zeitlichen oder organisato-

rischen Zusammenhang bringen (z.B. die Zeiten für die eigenen pflegerischen Aufgaben mit der gemeinsam vereinbarten Visitenzeit abstimmen oder die einzelnen Diagnostikmaßnahmen in eine sachlogische Reihenfolge bringen),

■ kommunizieren, d.h. Informationen austauschen und für deren Wirksamkeit Sorge tragen (z.B. mit einem Patienten über den ambulant-pflegerischen Versorgungsbedarf sprechen und Kontakt zum ambulanten Pflegedienst aufnehmen, welcher den Patienten schon vor seinem Krankenhausaufenthalt betreut hat).

Die steuernden Eingriffe auf dem Prozess durch die oben beschriebenen Funktionen bedürfen noch einer Erweiterung. Grundlegend für das Regelkreismodell ist die Aufnahme von Feedbackdaten; diese klärt die Notwendigkeit lenkender Eingriffe (z.B. werden regelmäßig Daten der Patientenbeobachtung gesammelt wie Hautfarbe, Temperatur, Atmung usw., die eine mögliche Medikamentenunverträglichkeit anzeigen). Eine Verfeinerung des Regelkreis-Modells in Richtung eines »servomechanischen Lenkungsmechanismus« (Wilms 2001: S. 88ff.) will die durch eine ggf. recht späte Reaktion auf Feedbackdaten sich ergebenden Schwankungsbreiten der Steuerungsgrößen mit zwei Mitteln vermindern:

■ Die Feinabstimmung des Feedbacks erhöht dessen Wirkungsgrad (z.B. das Nachfragen, ob der Patient die Informationen über mögliche Medikamentenunverträglichkeit erhalten und verstanden hat).

■ Durch die informatorische Vorkopplung kann die Pflegende aufgrund ihrer Erfahrung, Umsicht und Intuition dafür sorgen, dass Störungen des Systemgleichgewichts nicht zuerst auftreten und dann »geregelt« werden, sondern durch diese steuernde Einflussnahme im Vorwege gleichsam Prävention betrieben wird. Z.B. erfragt die Pflegende vor Verabreichung eines Medikaments mit bekannt schweren Unverträglichkeitssymptomen nochmals gezielt, ob bei ähnlichen Behandlungen schon einmal Komplikationen aufgetreten sind oder sie passt den Verabreichungszeitpunkt so an, dass die Beobachtung von Nebenwirkungen schnell erkannt werden kann, also bspw. keine Verabreichung vor der Nachtruhe.

Die eigentliche Regelungsfunktion ist der Abgleich zwischen der Soll-Größe (Führungsgröße) und dem durch den Feedbackmechanismus gewonnenen Ist-Wert, dessen Ergebnis dann ggf. im operativen Bereich über die Stellgröße die Einwirkung auslöst. Hier sind für das »Alltagsmanagement« insbesondere die Fragen der Eingriffsgrenzen und der Fühlbarkeits-schwellen von Bedeutung, mit denen die Pflegekraft verantwortlich umgehen muss. Beispiele:

■ Muss die Äußerung des Patienten X: »Hier kriegt man ja keinen Arzt zu sehen.« zu einer kurzfristigen Information des behandelnden Arztes führen?

■ Kann die von der funktionsdiagnostischen Abteilung von heute 14 Uhr auf morgen 9.00 Uhr verschobene Untersuchung der Patientin Y ohne Lenkungs-eingriffe toleriert werden?

Pflegende als Managerinnen des Prozesses der Patientenversorgung wenden die oben beschriebenen Management-Teilfunktionen zum einen im Rahmen des »eigenen« Pflegeprozesses an, zum anderen – wie an den Beispielen illustriert – eben gerade auch auf Teile des Diagnostik- und Therapieprozesses an. Das Neuartige dieses Ansatzes lässt sich in zwei Punkten zusammenfassen:

■ Patientenversorgung zerfällt nicht mehr in zwei unabhängige Subsysteme, die um Zeiten und Ressourcen kämpfen, sondern das Management dieses Prozesses wird kooperativ konfiguriert und in seiner operativen Ausführung der Pflege verantwortlich zugeordnet (Schnittstellen-Reduktion).

■ Durch die genaue Analyse und Planung der Managementaufgaben im Versorgungsprozess entsteht ein neuartiges Bild von »Management« – und hier konkret vom Pflegemanagement –, das weniger von altergebrachten institutionellen Aspekten und Vorurteilen bestimmt ist (das »Management« als Personengruppe mit bestimmten Qualifikationen, typischen Handlungsmustern, »meetings«, Aktenkoffern etc.), sondern eher von einem faszinierenden Nebeneinander von Managementfunktionen und eigenen Handlungen im Versorgungsprozess, eingebunden in ein System der Kooperation mit den Patienten und mit anderen Berufsgruppen.

3.3. Anforderungsprofil für das Management des Versorgungsprozesses

Die Pflegemanagerin, die den Versorgungsprozess managed, trägt neben den Beiträgen des ärztlichen und pflegerischen Systems einen großen Teil zu einem zielgerichteten, qualitativ hochwertigen und effizienten Versorgungsprozess bei. Ein Blick auf die mit der Übernahme dieser Funktion verbundenen Anforderungen legt vier Bereiche offen:

■ Hinsichtlich der Information müssen die Managerinnen des Prozesses den gesamten Prozess im Blick haben, nicht nur die eigenen Tätigkeiten oder die Tätigkeiten der Kolleginnen, sondern auch die Handlungen und Handlungspläne der Kooperationspartner, insbesondere aus dem ärztlichen Bereich. Dazu gehört einerseits ein Informationssystem, das Art, Umfang, Status und Ort der wesentlichen Aktionen vorhält.⁷ Andererseits fordert es von den Managerinnen des Versorgungsprozesses eine Optimierung der Information, die nicht mit einer maximalen Informiertheit zu verwechseln ist. Der »Mut zur Lücke« ist eine Überlebensnotwendigkeit in komplexen Informationssystemen, die kritische Selektion die einzig wirkungsvolle Maßnahmen gegen den informatorischen overkill. Dies impliziert eine steuernde Einflussnahme auf den Informationsgrad.

■ Personenbezogene Leistungs- und Kooperationsprozesse werden sich niemals vollständig determinieren lassen, sondern fordern ein flexibles, situationsangemessenes Reagieren auf besondere Bedingungen. Dazu gehören der dazu nötige Handlungsspielraum und gleichermaßen auch die Souveränität, diesen auszugestalten. Allerdings darf diese Anforderung an die Persönlichkeit der Versorgungsmanagerin nicht den Blick dafür verstellen, dass im Krankenhaus Flexibilität und Improvisation auch deshalb gefordert waren, weil es an geeigneten, stabilen Verfahrensregelungen bisher fehlte, die die Arbeit erleichtert hätten. Ein Ringen um den optimalen Organisationsgrad zwischen den Polen genereller Regelung und Flexibilität ist gerade auch für die Prozessorganisation notwendig.⁸

■ Unter der Fähigkeit zur Arbeitsdisposition soll verstanden werden, die sehr unterschiedlichen Einzelfunktionen in den Bereichen Einwirkung, Steuerung und Lenkung produktiv und situationsgerecht

einsetzen zu können. Es handelt sich um eine besondere Spielart von Flexibilität, die sich hier auf die kurzfristige Gestaltung des eigenen Arbeitsprozesses bezieht. So müssen Versorgungsmanagerinnen beispielsweise

- bestehende Arbeitslücken (z.B. durch Ausbleiben bereits avisierten Patienten) durch die zweckgerichtete Auswahl alternativer Tätigkeiten schließen),
 - bei konkurrierenden Anforderungen (z.B. der gleichzeitigen Aufnahme von zwei Patienten) Entscheidungen treffen oder ggf. die Arbeitsintensität (Arbeitsgeschwindigkeit) erhöhen und
 - bei der Ausführung von Tätigkeit den schwierigen Spagat zwischen dem wünschenswerten Umfang der Aufgabenausführung und dem Umfang, der mit Hilfe der an diesem Tag verfügbaren Personalressourcen möglich ist, jeweils fallweise entscheiden.
- Die Verantwortung bezieht sich im konkreten Fall des Versorgungsmanagements nicht auf Diagnostik, Therapie und Pflege insgesamt, sondern
- hinsichtlich Diagnostik und Therapie lediglich auf vereinbarte Funktionsübernahmen im Bereich Realisation und Kontrolle,
 - hinsichtlich der Pflege selbstverständlich auf den vollständigen Prozess.

Ein Grundprinzip der Organisationslehre fordert die Übereinstimmung von Aufgabe, Kompetenz (im Sinne der Befugnis) und Verantwortung (Kongruenzprinzip, vgl. z.B. Vahs 1997: 54). Diese Kongruenz ist mit dem Ansatz des kooperativen Prozessmanagements herstellbar. Verbunden damit ist allerdings auch die Notwendigkeit, unterschiedliche Grade von Verantwortung im Pflegebereich zu akzeptieren, da sicherlich das Ausmaß der Verantwortung der pflegerischen Versorgungsmanagerinnen größer ist als das derjenigen Pflegenden, die diese Funktion nicht ausführen.

4. Ausblick

Bei der Krankenhausversorgung handelt es sich um genauso hochkomplexe wie hocharbeitsteilige Leistungsprozesse. Nicht nur müssen die arbeitsteilig erbrachten Teilprozesse sachlich und zeitlich synchronisiert werden, sondern sie müssen zudem noch in krankenhausesübergreifende Versorgungsketten integriert werden, die nicht nur die

Handlungslogik medizinisch-pflegerischer Versorgung berücksichtigt, sondern auch die Eigenlogiken der Patientensysteme. Deren Arbeitsprozesse bei der Krankheitsbewältigung gehen über die reine Krankheitsarbeit weit hinaus. Sie unberücksichtigt zu lassen, hieße eine inhumane, teure und ineffektive Gesundheitsversorgung zu riskieren.

Die Pflegenden im patientenorientierten Krankenhaus der Zukunft werden zwei sehr eng aufeinander bezogene Funktionen zu übernehmen haben. Sie sollen zum einen zentrale Verantwortung dafür übernehmen, dass psychosoziale Unterstützung in den Versorgungsprozess insbesondere chronisch Kranker konstruktiv eingebunden wird. Sie werden die Bedürfnis- und Belastungssituation systematisch, umfassend und fortlaufend erfassen, im Hinblick auf die geplanten pflegerischen und medizinischen Interventionen einschätzen und diese Einschätzungen argumentativ aufbereitet an das verantwortliche ärztliche Lenkungssystem herantragen. Ihre Handlungen sind insgesamt darauf ausgerichtet, die medizinischen und pflegerischen Ziele aus patientenorientierter Perspektive zu harmonisieren und wirksam zu unterstützen.

Zum anderen sieht das Konzept vor, Pflegenden die Koordination und Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses als Versorgungsmanagerin verantwortlich zu übertragen. Im Rahmen ihres zugestandenen Dispositionskorridors werden sie bei der Disponierung von pflegerischen, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen die patientenbezogenen Gesichtspunkte angemessen berücksichtigen und dadurch den Versorgungsprozess zeitlich und inhaltlich verantwortlich steuern, regeln und lenken. Mit dem vorgestellten Prozessmanagementmodell wird ein Handlungskonzept bereitgestellt, mit dem die komplexen patientenbezogenen Versorgungsprozesse dynamisch und mit der gebotenen Flexibilität gemanagt werden können. Management in diesem Sinne ist dann nicht mehr nur als eine Institution im Krankenhaus zu verstehen, sondern als eine Funktion, die unmittelbar Nutzen für den Prozess der Patientenversorgung bringt. In diesem Verständnis ist Pflegemanagement dann nicht mehr in erster Linie Personal- und Pflegeorganisation, sondern es wird auf den eigentlichen Kern des unmittelbaren Versorgungsmanage-

ments in verantwortlichen Händen von besonders qualifizierten Pflegekräften bezogen.

Der Konzeptansatz des kooperativen Prozessmanagements stellt eine erhebliche Herausforderung für das Krankenhaus der Zukunft dar. Ärzte wie Pflegenden bringen aus unterschiedlichen Gründen nicht die besten Voraussetzungen mit, um diesen Anforderungen zu genügen. Während es bei den Pflegenden v.a. die Qualifikationsdefizite sind, die sie hindern, die patientenbezogenen Aufgaben des Pflegeprozesses und die Managementfunktionen kompetent wahrzunehmen, stehen den Ärzten einerseits ihr zu einseitiges medizinwissenschaftliches Qualifikationsprofil und andererseits ihr dominantes Rollenbild im Wege.

Reformprozesse, die das kooperative Prozessmanagement unterstützen, werden daher zwei Bedingungen zu erfüllen haben:

1. Auszugehen ist von einem längeren Prozess der Veränderung und Entwicklung. Wichtig ist, den Reformprozess nicht mit zu großen Erwartungen zu überladen. Erfolge müssen an kleinen relevanten Unterschieden kenntlich gemacht und allen beteiligten Akteuren regelmäßig gespiegelt werden. Die Erfahrungen der Verfasser aus einem Modellversuch im Krankenhaus München-Schwabing sind durchaus als optimistisch zu bewerten. Die Gruppe der Ärzte wird größer, die sich kompetente, gut informierte und couragierte Pflegekräfte wünschen, welche einen größeren, eigenständigeren und verantwortungsbewussten Beitrag zur Patientenversorgung alter und chronisch Kranker erbringen; in dieser Gruppe sind auch Chefarzte zu finden. Es sind mitunter die Pflegekräfte und ihre Leitungskräfte, die diese Handlungsspielräume noch nicht zu nutzen verstehen.

2. Der Konzeptansatz wird nur chancenreich sein, wenn er hinreichend und dauerhaft unterstützt wird. Hierzu sind eine Reihe von organisationsbezogenen Maßnahmen zu erfüllen:

- Krankenhausleitungen müssten diese Aufgabenteilung und Zuständigkeiten als Grundkonzept den Berufsgruppen formal zuweisen.
- Körperfunktionsorientierte Unterstützung, psycho-soziale und edukative Aufgaben müssen im Rahmen von Bezugspflegesystemen/Primary Nursing

konkreten, verantwortlichen Pflegekräften übertragen werden. Ähnliche klare patientenbezogene Verantwortlichkeiten sind im ärztlichen Bereich zu schaffen (bspw. Bezugsarztsystem).

■ Es müssen pflegetherapeutische und Patientenberatungskonzepte sowie Programme zur Patientenschulung entwickelt und erprobt werden. Hierfür ist dringend die Anschlussfähigkeit der praktischen Krankenhauspflege an die pflegewissenschaftlichen Entwicklungen zu erhöhen.

■ Pflegende müssen für die erweiterten Aufgaben des Patientenmanagements gesondert qualifiziert werden.

■ Die Wahrnehmung dieser Aufgaben muss von den pflegerischen Führungskräften regelmäßig überprüft, analysiert und rückgemeldet werden.

■ Das Verständnis pflegetherapeutischer Konzepte und psycho-sozialer Aspekte der Krankheitsbewältigung hat in allen Formen berufsübergreifender Begegnung einen festen Stellenwert einzunehmen und ist von Pflegenden offensiv zu vertreten: in gemeinsamen, interdisziplinären Visiten, Fallbesprechungen und Fortbildungen.

Die Krankenhauspflege bewegt sich auf eine Entscheidungssituation zu. Entweder es gelingt, die Rollen im Pflegeprozess einerseits und in der Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses andererseits konstruktiv aufzunehmen, auszugestalten und zu verbinden – oder Pflegende werden durch Fallmanager anderer Provenienz zur Restfunktion im Krankenhaus degradiert werden; denn dass es für diese Funktion einen großen Bedarf gibt, wird heute von niemandem mehr ernsthaft bestritten.

Das noch weiter zu entwickelnde Konzept des Kooperativen Prozessmanagements wird sicherlich nicht alle Probleme der Patientenversorgung im Krankenhaus auf einen Schlag lösen. Die weiteren Modellerprobungen werden zeigen, ob es zur Lösung der vorhandenen Probleme geeignet ist und nicht den bestehenden noch weitere hinzufügt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Knut Dahlgaard
Prof. Dr. Peter Stratmeyer
Hochschule für Angewandte
Wissenschaft Hamburg
peter.stratmeyer@t-online.de

Anmerkungen

- 1) Zum Verständnis Systeme vgl. Willke 1996, S. 92–139
- 2) Krankenpflegegesetz § 3, Abs. 2
- 3) Zur Komplexitätsreduktion werden die auch noch der Patientenversorgung zuzurechnenden Serviceprozesse (z.B. Reinigung) und Unterstützungsprozesse (z.B. Controlling) aus der Betrachtung ausgeklammert.
- 4) Zum Verständnis technikintensiven Handelns in der Medizin vgl. insbesondere Badura, Feuerstein 1994.
- 5) Die Diskussion, ob nicht auch andere Berufsgruppen (z.B. Arzthelferinnen oder administrativ unterstützende Kräfte) diese Funktion ausführen könnten, soll an diese Stelle nicht ausführlich geführt werden.
- 6) Dies setzt einen formulierten pflegerischen Handlungsauftrag voraus; vgl. Abschnitt 2.2.
- 7) »Der Fallmanager muss jederzeit wissen, wo »sein« Patient behandelt wird.« (Trill, Roland: Mut zu neuen Konzepten. Die DRGs erfordern neue Führungsstrukturen für das Krankenhaus der Zukunft. In: Krankenhaus-Umschau 9/2003, S. 975–978, hier S. 977.)
- 8) Dieses Optimierungsproblem wird in der Organisationslehre unter dem Begriff »Substitutionsprinzip der Organisation« behandelt. Vgl. dazu z.B. Vahs, Dietmar. Organisation, Stuttgart 1997, S. 13–14.
- 9) Modellversuch »Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus München-Schwabing«. Beginn der Konzeptentwicklung: Herbst 2003, Erprobungsphase: Sommer 2004–Ende 2005.

Literaturverzeichnis

- Bandura, B.; Feuerstein, G.: Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Zur Versorgungskrise der hochtechnisierten Medizin und die Möglichkeiten ihrer Bewältigung. Weinheim; München: Juventa, 1994
- Benner, P.; Wrubel, J.: Pflege, Stress und Bewältigung. Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit. Bern: Huber, 1997
- Bischoff, C.: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, New York: Campus, 1984, S. 147
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L.: Weiterleben lernen. Chronisch Kranke in der Familie. München; Zürich: Piper, 1988
- Corbin, J. M.; Strauss, A. L.: Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P. (Hrsg.): Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Pflegemodell. Wiesbaden: Ullstein medical, 1998, S. 1–30
- Dahlgaard, K.; Stratmeyer, P.: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus 8/2004 Prozessmanagement im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus 8/2004, Stuttgart: Kohlhammer, S. 634–640

- Gomez, P.; Probst, Gilbert J.B.: Vernetztes Denken im Management. In: Schweizerische Volksbank (Hrsg.): Die Orientierung Nr. 89, Bern 1987, S. 55–98
- Haag, A.; Stühr, U.: Über den Nutzen integrierter Psychosomatik im Allgemeinen Krankenhaus. In: Uexküll, T. v. u.a.: Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. Hrsg. Adler, R. u.a. Stuttgart; New York: Schattauer, 1994 S. 43–52
- Herrmann, M.; Uexküll, T. v.: Evidenz-basierte und patientenorientierte Medizin – zwei Modelle und ihr Zusammenhang. In: Institut der Deutschen Zahnärzte (Hrsg.): Evidence-based dentistry: evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Köln; München: Dt. Zahnärzterverlag DÄV-Hanser, 2000, S. 87–93
- Koch-Straube, U.: Beratung in der Pflege. Bern: Huber, 2001
- Lamparter-Lang, R.: Prinzipien der Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. In: Dies. (Hrsg.): Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Bern: Huber, 1997
- London, F.: Informieren, Schulen, Beraten. Praxishandbuch zur pflegebezogenen Patientenedukation. Bern: Huber, 1999
- Lubkin, I. M.: Chronisch Kranksein. Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Bern: Huber, 2002
- Miller, J. F.: Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins. Bern: Huber, 2000
- Muthny, F. A.; Bermejo, I.; Koch, U. Somatopsychische Störungen Psychotherapie mit körperlich Kranken. In: Ahrens, S. (Hrsg.): Lehrbuch der psychotherapeutischen Medizin. Schattauer, 1996, S. 488–504
- Ostner, I.; Beck-Gernsheim, E.: Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege. Frankfurt/M.; New York: Campus, 1997
- Petermann, F. (Hrsg.): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. Göttingen u.a.: Hogrefe, 1997
- Petermann, F.: Patientenschulung und Patientenberatung – Ziele, Grundlagen und Perspektiven. In: Ders. (Hrsg.): Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. Göttingen u.a.: Hogrefe, 1997: 3–23
- Petermann, F. (Hrsg.): Rehabilitation. Ein Lehrbuch zur Verhaltensmedizin. Göttingen u.a., 1997
- Rauchfleisch, U.: Arbeit im psychosozialen Feld: Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2001
- Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn o. V.
- Schaeffer, D.; Moers, M.: Bewältigung chronischer Krankheiten. Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen- Allhoff, B.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim; München: Juventa, 2000, S. 447–484

- Schena, R.: Parallelen zwischen OP-Organisation und Flugplanung. In: Das Krankenhaus 1/2003, S. 70–72
- Schwaninger, M.; Körner, M.: Systemisches Projektmanagement. In: Zeitschrift Führung & Organisation 2/2003, S. 75–85
- Stratmeyer, P.: Kundenorientierung. Kritische Anmerkungen zur Rezeption des Dienstleistungsmarketings in der Gesundheitsversorgung und sozialen Arbeit. In: standpunkt: sozial. Zeitschrift des Fachbereichs Sozialpädagogik der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Heft 1/2000, S. 73–80
- Stratmeyer, P.: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim; München: Juventa, 2002, S. 200f.
- Trill, R.: Mut zu neuen Konzepten. Die DRGs erfordern neue Führungsstrukturen für das Krankenhaus der Zukunft. In: Krankenhaus-Umschau 9/2003, S. 975–978
- Vahs, D.: Organisation, Stuttgart 1997
- Vollmer, T.; Kielhorn, A.: Compliance und Gesundheitsökonomie. In: Petermann, F. (Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Göttingen: Hogrefe, 1998, S. 45–72
- Weidner, F.: Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Frankfurt/M.: Mabuse, 1995, S. 255
- Willke, H.: Systemtheorie II: Interventionstheorie. Grundzüge einer Theorie der Intervention in komplexe Systeme, Stuttgart: Lucius & Lucius
- Wilms, F. E. P.: Systemorientiertes Management, München 2001
- Zielke, M.; Keyserlingk, H. v.; Hackhausen, W. (Hrsg.): Angewandte Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Lengerich: Pabst, 2001

Zegelin, Angelika

»Festgenagelt sein«

Der Prozess des Bettlägerigwerdens
Hrsg. Robert Bosch Stiftung,
Reihe Pflegewissenschaft
Hans Huber Verlag, 2005, 195 Seiten
broschiert, 19,95 Euro
ISBN 3-456-84211-2

Bettlägerig ist ein gebräuchlicher Begriff in der Pflege. Was aber genau bedeutet Bettlägerigkeit, welche Ursachen und Entwicklungen kennzeichnen diesen Zustand, wie erleben die Betroffenen diesen. Darüber ist bisher kaum etwas bekannt.

Angelika Zegelin, Pflegewissenschaftlerin der Universität Witten Herdecke hat in ihrer Doktorarbeit das Phänomen des Bettlägerigwerdens und der Bettlägerigkeit aus der Perspektive von 32 älteren Menschen in einer qualitativen Arbeit untersucht.

Die persönlichen und physiologischen Auswirkungen des Liegens sind erschreckend. Schon nach 24 Stunden Liegen, beginnen die körperlichen Abbauprozesse, die kognitiven Leistungen nehmen ab, Zeit- und Körpergefühl gehen nach und nach verloren.

In Ihrer Untersuchung interessiert Angelika Zegelin aber weniger die Auswirkung der Bettlägerigkeit, sondern vor allem die Frage nach der Entstehung von Bettlägerigkeit; auf welche Weise werden Menschen bettlägerig?

Die 32 Interviews mit bettlägerigen, älteren Menschen wurden systematisch ausgewertet und die Ergebnisse anhand von 7 beispielhaften Geschichten der Befragten präsentiert. Diese Berichte stimmen nachdenklich und machen stellenweise betroffen, wenn deutlich wird, dass Bettlägerigwerden immer wieder von Momenten durchzogen ist, in denen dieser Prozess aufzuhalten wäre. Die Berichte sind so lebendig geschildert, dass der Leser das ein oder andere Mal gerne ins Geschehen springen möchte, um einzugreifen und so die negative Entwicklung aufzuhalten.

Die Ergebnisse zeigen, dass Bettlägerigkeit nicht plötzlich eintritt, sondern ein schleichender Prozess ist, bei dem eine allmähliche Fixierung auf einen Ort durch den betroffenen Menschen stattfindet. Frau Zegelin beschreibt diesen Prozess in 5 aufeinander folgenden Phasen von der Instabilität bis zur Bettlägerigkeit.

Wie dieser Prozess verläuft, daran sind unterschiedliche Faktoren beteiligt, die

zum einen in der Persönlichkeit der Betroffenen liegen aber auch in seiner Umgebung, z.B. der ungünstigen Möblierung, fehlender Mobilisation durch die Pflegepersonen oder verzögerte Verordnungen.

Die Sichtweise der Betroffenen wie sie Bettlägerigkeit erleben wird in den beiden folgenden Aussagen besonders deutlich: »Ich bin wie festgenagelt« und »Ich kann nicht weg«.

Die Untersuchung zeigt, dass die Gründe warum Menschen bettlägerig zu werden, sehr unterschiedlich und eher eine Verkettung von unglücklichen Umständen sind, die auch vermeidbar gewesen wären. Häufig entsteht Bettlägerigkeit nach einem Krankenhausaufenthalt.

Frau Zegelin gelingt mit der sorgfältigen, anregenden Präsentation ihrer Untersuchung ein kleines Kunststück; sie steckt den Leser mit ihrer eigenen Neugier an und bietet der Pflegewissenschaft und der praktischen Pflege zahlreiche Aspekte und Anregungen eigene Erfahrungen zu reflektieren, um neue Sichtweisen und Möglichkeiten für die eigene Arbeit zu entwickeln.

Ihre zahlreichen Ideen für weitere Erkundungen des Problemfeldes Bettlägerigkeit beinhalten die Entwicklung einer differenzierten Pflegediagnose Bettlägerigkeit und die Gegenüberstellung der Kosten einer Prävention von Bettlägerigkeit mit den durch Bettlägerigkeit verursachten Kosten.

Dieser aufschlussreichen und praxisrelevanten Arbeit ist eine große Verbreitung mit nachhaltiger Wirkung zu wünschen.

Sabine Kalkhoff

Johnson, Marion / Meridean L. Maas / Sue Moorhead (Hrsg.)

Pflegeergebnisklassifikation (NOC)

Übersetzt, bearbeitet und herausgegeben von Peter Tackenberg und Andreas Büscher.

Verlag Hans Huber, Bern 2005
744 Seiten, 5 Abb., 10 Tab., gebunden
69,95 Euro, ISBN 3-456-83057-2

Ebenso wie die bereits recht bekannten Anstrengungen im Bereich der Pflegediagnosen ist die Pflegeergebnisklassifikation (Nursing Outcomes Classification = NOC) ein Versuch, zu einer einheitlichen Fachsprache in der Pflege zu kommen. Entwick-