

Ökonomisierung und Standardisierung zum Vorteil der Pflege?

Zur Sache

4

Das Institut für Pflege am Departement Gesundheit veröffentlicht in regelmässiger Folge Berichte aus der Hochschulperspektive zu aktuellen und zukunftsgerichteten Themen rund um die professionelle Pflege im schweizerischen Gesundheitswesen.

Impressum

Herausgeber/Verlag
ZHAW Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
8401 Winterthur

ipf.gesundheit@zhaw.ch
www.zhaw.ch/gesundheitspflege

Autorinnen
Sabine Bartholomeyczik, Dr. rer. pol
Evelyn Rieder, MScN

Titel
Ökonomisierung und Standardisierung zum Vorteil der Pflege?

Redaktionelle Mitarbeit/Korrektorat/Lektorat
Ingrid Essig, Winterthur, www.vinegar.ch

Gestaltung
Notice Design, Zürich, www.notice.design

Auflage
1. Auflage, Februar 2018
© ZHAW Departement Gesundheit, Institut für Pflege
ISBN 978-3-9524121-9-0



Editorial

Gibt es etwas, das über das Gesundheitswesen noch nicht geschrieben wurde? Das Gesundheitssystem ist nicht nur hierzulande tagtäglich als Thema präsent. Zwischen den zahlreichen Fachgruppen wie dem Pflegepersonal, der Ärzteschaft, den Krankenkassen sowie der Politik, aber auch der Patientenschaft und den Angehörigen findet ein stetiger Dialog über die verschiedensten Themen und Bereiche statt – Fakten werden eingebracht, Perspektiven erörtert und Meinungen gebildet oder geändert. Unzählige Menschen reden mit, die Materie ist sehr komplex. Auch wir vom Institut für Pflege des Departements Gesundheit der ZHAW, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, wollen mitreden, dazu mal an unserer Bildungsstätte sich die künftigen Generationen der Pflegefachleute ihr Rüstzeug holen für den Berufsalltag und bereits etablierte Expertinnen und Experten ihre Kompetenzen mit Weiterbildungen ausbauen.

Wie ernst wir die Sache nehmen, sieht man daran, dass Sie nun bereits das vierte Themenheft in den Händen halten, in dem es um die Ökonomisierung im Gesundheitswesen und im Speziellen im Bereich Pflege geht. In der Pflege ist uns bewusst, dass Geld nicht alles ist, aber wie die finanziellen Ressourcen verteilt werden, ist von entscheidender Bedeutung in Hinsicht auf die Qualität der Pflege. Denn «gut» soll die Pflege ja sein, da sind sich alle einig. Nur, was heisst eine «gute Pflege»? Und: Wie erhält oder behält man einen hohen Qualitätsstandard mit limitierten oder auch engen finanziellen Mitteln?

Auch in diesem Themenbereich entpuppt sich die Materie beim genaueren Hinschauen als äusserst vielschichtig. So wie im Pflegealltag genaues Hinschauen unerlässlich ist, so konzentriert setzen die beiden Expertinnen Evelyn Rieder und Sabine Bartholomeyczik ihren Fokus auf die Themen finanzielle Strukturen des schweizerischen Gesundheitswesens, die Essenz guter Pflege sowie Standardisierung im klinischen Alltag. Was zunächst als willkürlich zu-

sammengewürfelter Mix erscheinen mag, zeigt sich bald als interdependenter Themenkomplex.

Der erste der drei Teile dieser Ausgabe von «Zur Sache» zeigt die Finanzierungsstruktur unseres Gesundheitswesens oder, salopp gesagt, wer welche Kosten wie abrechnen kann. Dieser Abschnitt ist eine Zusammenfassung der drei vorangehenden Ausgaben von «Zur Sache» mit dem Titel «Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus Sicht der Pflege», die 2014/2015 von Mascha Madörin verfasst wurden. Wie sich der Geldfluss auf die Qualität der Pflege auswirkt, erfahren Sie im zweiten Teil. Lesen Sie aber auch, wie der Pflegebereich sich mehr Gehör und Durchschlagskraft verschaffen sollte – denn nur wer überzeugend und laut genug mitredet, wird gehört (und finanziert). Dazu braucht man sachbezogene Fakten und Hintergrundwissen. Der dritte Teil bringt Licht in das schon fast überstrapazierte Thema der Standardisierung mit einer einfachen Frage: Was heisst Standardisierung eigentlich? Sie erfahren, wie die Pflege diese zu ihren Gunsten nutzen, die Ressourcen besser ausschöpfen und letztendlich «gut pflegen» kann. So schliesst sich hier der Themenkreis.

Informieren Sie sich und reden Sie mit. In diesem Sinne wünsche ich Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre.

Heidi Longerich
Leiterin Institut für Pflege

Inhalt

6	Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Bereich der Pflege Ein Rück- und Ausblick
6	Die Komplexität des Gesundheitssystems
7	Die Kosten des Gesundheitswesens
7	Die Finanzierungsstrukturen im schweizerischen Gesundheitswesen
8	Die Pflegeberufe zwischen Tradition und Professionalisierung
9	Fazit
10	Gute Pflege heute – Illusion, Utopie oder nachweisbare Notwendigkeit? Eine Sicht auf die Realität in der Schweiz und Deutschland
10	«Gute» Pflege im heutigen Gesundheitssystem – geht das?
10	Arbeitsbedingungen in der Pflege gestern und heute
11	Was ist das Wesen der Pflege?
14	Pflege zwischen Notwendigkeit und Ohnmacht
15	Kann das «Gute» der Pflege sichtbar gemacht werden?
17	Ökonomisierung und Pflege
19	Fazit
20	Standardisierung als Orientierungshilfe im pflegerischen Handeln
20	Thematischer Ausblick
21	Begrifflichkeiten rund um die Standardisierung
22	Standards
24	Leitlinien
26	Guidelines
32	Weitere Begriffe
33	Ökonomisierung und Standardisierung zum Vorteil der Pflege? – Ein Fazit
36	Abbildungsverzeichnis
37	Literaturverzeichnis

Ökonomisierung des Gesundheitswesens im Bereich der Pflege

Ein Rück- und Ausblick

Das schweizerische Gesundheitswesen ist im Wandel. Nebst der medizinischen, technischen, aber auch professionellen Entwicklung wird immer häufiger ein rentables und ökonomisches Gesundheitssystem von unterschiedlichen Akteuren gefordert. Die Pflegenden müssen sich mit diesen gesundheitspolitischen und ökonomischen Themen befassen.

Evelyn Rieder

Die Forderung nach Ökonomisierung im Gesundheitswesen ist ungebrochen. Der Gesundheitssektor ist in der Schweiz ein wichtiger Arbeitgeber, der rund 360 000 Personen beschäftigt. Er zeichnet sich durch hohe Qualität und ein leistungsfähiges System aus (Enderli, Käch, Lorber, & Sandmeier, 2016; SAMW, 2014). Pflegende sind mit Abstand die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Trotzdem ist der Pflegebereich in gesundheitsökonomischen Debatten kaum ein Thema (Madörin, 2014a). Die Komplexität der pflegerischen Arbeit sowie deren hohe Anforderung bezüglich Kompetenzen und Fähigkeiten werden in diesen Auseinandersetzungen weitgehend ignoriert.

In der Publikationsreihe «Zur Sache» (Ausgaben 3.1–3.3, 2014/2015) des Instituts für Pflege am Departement Gesundheit der ZHAW untersuchte die Ökonomin Mascha Madörin die zentralen Fragen und Fakten des schweizerischen Gesundheitswesens, legte diese in einer allgemein verständlichen Sprache fachkundig und kritisch dar und brachte so das Thema auch für die Öffentlichkeit ans Licht. Teil I der vorliegenden Ausgabe von «Zur Sache» fasst die zentralen Fakten und Argumente von Mascha Madörin zusammen und bringt weitere Überlegungen ein.

Die Komplexität des Gesundheitssystems

Das schweizerische Gesundheitssystem ist ein äusserst sensibles und komplexes Konstrukt. Die Aufgaben und Verantwortungen des Gesundheitswesens sind einerseits zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden (föderalistisch)

verteilt, andererseits mischen viele weitere Akteure, wie zum Beispiel Versicherer, mit ihren Interessen und Ideologien mehr oder weniger bestimmend mit. Bei dieser Komplexität ist es nicht einfach, Übersicht und Orientierung zu finden. Dies betrifft gerade die patientennahen und -zentrierten Gesundheitsberufe, die häufig andere Ziele und Interessen als die Politik, die Krankenkassen und die Pharmaindustrie verfolgen. Deshalb sind von jedem einzelnen Berufstätigen im Gesundheitssektor viel Sachwissen, politisches Verständnis, das nötige Vokabular sowie Energie, sich nebst dem beruflichen Engagement noch gesundheitspolitischen und -ökonomischen Herausforderungen zu stellen, gefragt. Häufig fehlen sachkundiges Hintergrundwissen sowie fachlich belegte und differenzierte Argumente, um der auf politischer Ebene formulierten Behauptung, dass das Gesundheitswesen zu teuer sei, entgegenzutreten. Gleichzeitig mit dem Anstieg der Gesundheitskosten wird suggeriert, dass, was teuer ist, nicht wirtschaftlich sein kann. Madörin (2014a) zeigt in ihren Ausführungen klar, dass die Gesundheitskosten in der Schweiz parallel zum Bruttoinlandprodukt (BIP) sowie zu den Gesundheitskosten in den meisten Nachbarländern gestiegen sind. Ein hochspezialisiertes, aber auch traditionelles Gesundheitswesen ist arbeitsintensiv und erfordert qualifiziertes Gesundheitspersonal. Die Folge sind hohe Lohnkosten. Dazu Madörin (2014a, S. 9): «Die Löhne stellen einen hohen Teil der Kosten dieses Sektors dar.»

In der Pflege kommen wir nicht darum herum, uns mit gesundheitspolitischen und ökonomischen Debatten zu beschäftigen.

Wichtige Fakten, stichhaltige Argumente und das gängige Vokabular müssen bekannt und präsent sein, um sich im

gesundheitspolitischen Setting überhaupt eine Stimme verschaffen zu können. Wer eine Mitsprache verlangt und mitdiskutieren will, muss informiert und mit Argumenten ausgerüstet sein. Es gilt also, den gesundheitsökonomischen Blick zu schärfen.

Die Kosten des Gesundheitswesens

Es ist unbestritten, dass das schweizerische Gesundheitswesen leistungsfähig ist. Die Kosten steigen zwar laufend und betragen 2012 68 Milliarden Franken, was 11.5 Prozent des BIP entspricht, einem bis dahin unerreichten Höchstwert (BFS, 2014). Für 2017 werden Kosten von 80 Milliarden Franken und bezogen auf das BIP wird ein Anteil von 12 Prozent prognostiziert (Brügger, 2017). Im internationalen Vergleich liegt dies aber in einem üblichen Rahmen. 2013 stand die Schweiz mit diesen Zahlen gemeinsam mit Frankreich an fünfter Stelle hinter den USA, den Niederlanden, Deutschland und Schweden (Madörin, 2014a). Das BIP gilt als Massstab des Wohlstandes. Zu beachten gilt hier aber, dass die freiwillige, sogenannte Care-Arbeit, die meist unbezahlt und von Frauen verrichtet wird, nicht im BIP ausgewiesen und somit in der Staatsrechnung nicht ersichtlich ist. «Unbezahlt heisst unsichtbar», moniert Schwarz in seinem Artikel zur Kritik an der Berechnung am BIP in der «Neuen Zürcher Zeitung» (Schwarz, 2012). Die feministische Ökonomie sieht in der Care-Arbeit Sorge- und Versorgungsarbeit, die sich direkt auf das Wohlbefinden anderer Menschen auswirkt (Madörin, 2014a). Ob diese Care-Arbeit nun zu Hause oder in den Pflegeheimen geleistet wird – sie trägt zu unserem Wohlstand bei. Nahezu jede fünfte Person in der Schweiz führt eine unbezahlte Tätigkeit aus (BFS, 2015). Für 2013 wurde das Ausmass der freiwilligen Arbeit auf rund 665 Millionen Stunden geschätzt. Im Vergleich dazu steht die bezahlte Arbeit im gesamten Sozial- und Gesundheitswesen bei über 853 Millionen Stunden (BFS, 2015). Bis dato ist die unbezahlt geleistete Arbeit in keiner Erfolgsrechnung ausgewiesen.

Die Finanzierungsstrukturen im schweizerischen Gesundheitswesen

In den letzten drei Jahrzehnten haben sich die Finanzierungs- und Abrechnungsstrukturen im schweizerischen Gesundheitswesen enorm verändert: 1996 trat ein neues Krankenversicherungsgesetz (KVG), das die obligatorischen Krankenpflegeversicherungen (OKP) und die Taggeldversicherung regelte, in Kraft. Im stationären akutsomatischen Spitalbereich bestimmen seit 2012 die Swiss Diagnosis Related Groups (SwissDRG) die Landschaft; im ambulanten Bereich analog das TARMED-Tarifsysteem. Ab 2018 soll auch für die stationäre Psychiatrie ein Vergütungssystem für die erbrachten Leistungen –TARPSY genannt – eingeführt werden (SwissDRG, 2017).

Das Krankenversicherungsgesetz (KVG)

Das KVG regelt unter anderem die obligatorischen Grundversicherungen respektive die obligatorischen Krankenpflegekosten (OKP). Nach dem Gesetz werden Leistungen nur übernommen, wenn sie wirksam, zweckmässig sowie wirtschaftlich sind (BFS, 2014; Madörin, 2014b). Die Ärztin oder der Arzt stellt die Diagnose und wählt die passenden Therapieoptionen aus. Sie oder er bestimmt auch, was als wirksam, zweckmässig und schlussendlich als wirtschaftlich erachtet wird.

Eine medizinische Handlung ist wirksam und wirtschaftlich, wenn die Behandlung beziehungsweise die Therapie einen durch Forschung nachweisbaren Effekt erlangt und der Outcome monetär gemessen werden kann. Vorzugsweise soll mit niedrigen Kosten möglichst hohe Wirksamkeit und Qualität generiert werden (Madörin, 2014b).

Zweckmässigkeit bedeutet hier, dass die Therapie auf die Diagnose und die Situation der betroffenen Person abgestimmt wird. Wenn zwischen zwei identischen Behandlungen gewählt werden kann, muss die kostengünstigere angewendet werden (Madörin, 2014b).

Die Kostenübernahme von OKP-pflichtigen Leistungen wird vor allem durch die gestellte ärztliche Diagnose einer Krankheit bestimmt (Madörin, 2014b). Zwar stellt die Pflugschaft Pflegediagnosen und leitet dazu Interventionen ab, trotzdem sind die pflegerischen Leistungen in diesem System nicht existent. Die Leistungserbringer sind im KVG klar definiert: die Mediziner oder die Spitäler. Die Pflegenden dürfen nur im Auftrag oder auf Anordnung eines Arztes oder einer Ärztin gewisse Leistungen, die zu Lasten der OKP abgerechnet werden, erbringen (BAG, 2016).

Dies hat sich durch die Einführung der DRG-Pauschalen im Jahr 2012 nicht geändert. Im April 2016 lehnte der Nationalrat die parlamentarische Initiative «Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege» von Nationalrat Rudolf Joder ab. Die Initiative forderte eine Ergänzung des Art. 35 KVG zur Aufnahme der Pflegefachperson als Leistungserbringer. Eine Gesetzesänderung hätte bewirkt, dass Pflegenden ohne ärztliche Verordnung oder Beauftragung Pflegeleistungen zu Lasten der Krankenversicherung erbringen könnten (Parlament CH, 2017).

Fallpauschalen

Mit der Einführung der DRG-Pauschalen haben sich die konkreten und wirksamen Behandlungsziele eines Individuums auf bestimmte Gruppen verschoben. Dadurch werden die Behandlungen im stationären Setting zu einem scheinbar messbaren und vergleichbaren Produkt. Das subjektive, individuelle Erleben und Wahrnehmen des Patienten sowie die Auswirkungen von krankheitsbezogenen Interventionen verschwinden hinter diesem «fiktiven Produkt» der Fallpauschale. Der Kernpunkt der OKP-pflichtigen Leistungen, nämlich die Wirksamkeit

und die Zweckmässigkeit einer Therapie bezüglich einer gestellten Diagnose, rückt mit der Einführung der Fallpauschalen in den Hintergrund. Das bedeutet, dass die real anfallenden Kosten einer Behandlung den standardisierten respektive den Fallpauschalkosten weichen (Madörin, 2014b).

Mit der Einführung der DRG wird gerne von «Konsumenten», «Verbrauchern» oder «Nutzniessern» von Waren oder Dienstleistungen gesprochen. Die DRG bilden ein medizinisch-ökonomisches Patientenklassifikationssystem, das die Patienten nach Patientenmerkmalen wie Alter, Geschlecht, Diagnose und Anhaltspunkten bezüglich der Behandlung (Therapie, eingesetzte Technologie usw.) einer Fallgruppe zuordnet. Trotz dieser wirtschaftlichkeitsgeprägten Ausrichtung darf nicht vergessen werden, dass sich hinter jedem «Konsumenten» eine vulnerable Person mit einer individuellen Krankheit, einer persönlichen Biografie und einem bestimmten Kulturkreis befindet.

Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit können es sich die Spitäler aber kaum erlauben, sich nach der Individualität der Kunden zu richten, sondern müssen rigid den vorgegebenen standardisierten Behandlungstarifen folgen (Madörin, 2014b).

Die Leistungen des Gesundheitswesens werden als Investition ins «Humankapital» betrachtet: Einerseits bezieht der Konsument Leistungen als Betroffener, andererseits sollte er auch selbst in seine Gesundheit investieren. Heute trägt der Konsument für seine Gesundheit – wie auch für seine Krankheit – eine gewisse Eigenverantwortung (Madörin, 2014b).

Trotz dieser neuen Ausrichtung – weg von den individuellen Bedürfnissen der Betroffenen, hin zu einer Standardisierung der Krankheit/Diagnose (Fallpauschalen) – haben gemäss einer Umfrage 82 Prozent der Schweizer Bevölkerung bezüglich der Einführung des KVG und der DRG einen «eher positiven bis sehr positiven» Eindruck des Gesundheitswesens (Enderli et al., 2016). Auch die Befürchtung, dass durch die DRG die Behandlungsqualität abnehmen würde, hat sich bis dato nicht bestätigt (Brügger, 2017).

TARMED-Tarifsysteem

Neben dem KVG und den DRG sind auch die TARMED-Tarife ein wichtiger Teil des Finanzierungssystems. Sie sind seit 2004 in Kraft. Durch mehr als 4600 Positionen können die Ärztinnen und Ärzte die OKP-pflichtigen Leistungen, die in Arztpraxen sowie im ambulanten Spitalbereich anfallen, abrechnen (Madörin, 2015). Um abrechnen zu können, müssen die Mediziner eine fachliche Qualifikation ausweisen, die sogenannte qualitative Dignität. Diese ist durch die Weiterbildungsordnung (z. B. Facharztstitel) geregelt (FMH, 2016).

Nebst den ärztlichen Leistungen können auch Tätigkeiten von nichtärztlichem Personal oder in Delegation des Arztes abgerechnet werden, wie zum Beispiel allgemeine pflegerische

Beratung oder die Verabreichung von Medikamenten – beides sind häufige und teilweise zeitintensive pflegerische Tätigkeiten, die im ambulanten Sektor wichtig sind. Interessanterweise muss dafür keine qualitative Dignität ausgewiesen werden. Es gibt zum Beispiel die folgenden Positionen: «Nichtärztliche Betreuung in der chirurgischen/medizinischen Tagesklinik ambulanter Patienten, erste 60 Minuten» (TARMED-Position 35.0210) sowie «Behandlung und Betreuung ambulanter, onkologischer/hämatologischer/diabetologischer Patienten, erste 15 Minuten» (00.1430). Die weiteren 15 Minuten können mit der Position 00.1140 verrechnet werden. Diese Position ist unbegrenzt verrechenbar und kann dem individuellen Informationsaufwand des Patienten angepasst werden (TARMED Online Browser, 2016).

In der Schweiz existieren also unterschiedliche Finanzierungsmodalitäten. Der Staat, die Kantone, die obligatorischen Krankenkassen und die privaten Haushalte teilen sich die anfallenden Kosten des Gesundheitswesens. Erwähnenswert ist, dass in der Schweiz der Anteil der Ausgaben der privaten Haushalte, der sogenannten Out-of-Pocket-Zahlungen, im Vergleich mit anderen OECD-Ländern relativ hoch ist (Madörin, 2015).

Bis dato haben die neuen Finanzierungssysteme offensichtlich nicht viel zur Eindämmung der Kosten, aber etwas zu dysfunktionalen Leistungsanreizen beigetragen. Die prognostizierte Kosteneindämmung durch neue Strukturierungen des Gesundheitswesens greift nicht ohne Leistungsabbau und ohne Verschlechterung der Arbeitsbedingungen des Gesundheitspersonals (Madörin, 2014b).

Die Pflegeberufe zwischen Tradition und Professionalisierung

Caring – ein auf Verpflichtung und Verantwortung beruhendes sich Einlassen und sich Engagieren von Menschen und/oder hochprofessionalisierter Pflegenden – wünscht sich jeder Patient und kommt ihm auch sehr häufig zugute (Spigir, 1999). Caring bedeutet, sich mit «Sorge» für andere oder anderes zu engagieren. Leider ist es schwierig, diese mitmenschliche Interaktion mit realem Aufwand an Fürsorge und Zeit zu erfassen. Die Patientin und der Patient, mit ihrer beziehungsweise seiner Individualität, lassen sich aus unterschiedlichen Gründen kaum standardisieren. Dies gilt auch für die personenbezogene Caring- und Pflegearbeit (Madörin, 2015). Mascha Madörin zitiert in ihrem Text William J. Baumol (2012) vortrefflich:

«Man kann Autos immer schneller produzieren, aber nicht immer schneller pflegen oder Kinder betreuen.» (Madörin, 2014a, S. 12).

Mit der Einführung der Fallpauschalen ist eine minutiöse Planung des Spitalaufenthalts auch für die Pflegearbeit noch

zwingender geworden. Dies bedeutet, dass bei Eintritt schon der Austritt im Fokus stehen sollte/muss. Die Spitalverweildauer wird pro Diagnose respektive Eingriff standardisiert, das heisst festgelegt. Die Berechnung der Aufenthaltsdauer wird zudem durch sogenannte Codes, wie zum Beispiel das Alter und/oder die Komorbiditäten der Betroffenen, beeinflusst und ergänzt. Mit der Einführung der DRG sind die Komplexität und die Vielfalt der Pflege in keiner Weise reduziert worden. Was sich aber einschneidend auf den Pflegeprozess auswirkt, ist die Verkürzung der Aufenthaltsdauer. Die Zeitressourcen der Pflege sind massiv unter Druck geraten. Die Haltung oder die Philosophie «Der Patient ist Experte seiner Krankheit» wird mit den Fallpauschalen in den Hintergrund gedrängt. Es bestehen kaum mehr Spielräume für individuelle Interaktionen, Entscheidungen oder personengerechte Edukationen zwischen Patienten und Pflegenden (Madörin, 2015).

Pflegerische Leistungen sind in diesem Sinne in den unterschiedlichen Finanzierungssystemen nicht genügend sichtbar und werden auch nicht ausreichend honoriert. Bei den DRG fungieren sie in der Kalkulation als «Zwischenprodukt» der Behandlung. Der pflegerische Bedarf, die Qualität der Pflege und ihre Wirkung fliessen – trotz Dokumentation von Pflegediagnosen, Interventionen und Outcomes (Pflegeprozess) – nicht dem effektiven Pflegeaufwand entsprechend in die DRG ein. Der Pflegebedarf wird ausschliesslich durch medizinische Diagnosen bestimmt (Madörin, 2014b). Aber in der Realität bilden weder die Krankheit für sich noch die therapiebedingten Interventionen den wirklichen Pflegebedarf ab. Dieser wird vielmehr durch den momentanen Krankheitsverlauf und die therapiebedingte Patientensituation geprägt. Laut der Pflegewissenschaftlerin Sabine Bartholomeyczik (2010) wird Pflege (pflegen) nicht als erforderliches professionelles Handeln angesehen (zitiert nach Madörin, 2014b).

Zwischen Care-Arbeit und Pflege-Arbeit gibt es für Madörin einen engen Bezug:

«Pflege übernimmt das, was wir, ob es uns passt oder nicht, alle zeitweise brauchen.»
(Madörin, 2015, S. 15)

In der Schweiz ist der Frauenanteil in den Pflegeberufen sowie bei der bezahlten und unbezahlten Care-Arbeit traditionell sehr hoch. Und ebenso traditionell herrschen im Pflegebereich tiefere Einkommen vor (Madörin, 2015). Gerne werden weniger prestigeträchtige Arbeiten auch an andere Berufsgruppen delegiert, zum Beispiel Unterstützung in der Körperpflege an Fachfrauen und -männer Gesundheit (FaGe). Häufig ist aber gerade während der Körperpflege Zeit für zwischenmenschliche Interaktionen mit dem Patienten. Der Zeitfaktor ist vor allem bei der Einschätzung des Pflegebedarfs etwas Zentrales. Unterstützend kann dabei ein Team mit einem guten Grade- und Skill-Mix sein, zum Beispiel Expertinnen und Experten mit

unterschiedlichen pflegerischen Fachgebieten. Der reelle Pflegeaufwand muss benannt werden, damit dieser schlussendlich auch Gewicht in der Gesundheitsökonomie findet.

Fazit

Die Einführung der Fallpauschalen hat bewirkt, dass die Spitäler und ihr Gesundheitspersonal betriebswirtschaftlicher denken und handeln, da die Spitäler nun profitabel sein müssen. Die Aufenthaltsdauer im stationären Bereich hat sich verkürzt. Es ist aber nicht klar, ob diese Verkürzung nur aufgrund der DRG zustande kommt oder auf dem technologischen Fortschritt basiert. Es gibt unterschiedliche Meinungen, ob die Einführung der DRG sich nun positiv oder negativ auf die Finanzen sowie auf die Qualität im Gesundheitssystem auswirkt. Befürchtungen, dass die Behandlungsqualität abnimmt, haben sich bis jetzt jedoch nicht bestätigt (Brügger, 2017). Durch die Verkürzung der Spitalverweildauer nimmt die Komplexität bezüglich der pflegebedürftigen Patienten sowie der Diagnostik und der Therapie zu. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, ist eine solide pflegerische Berufserfahrung von Bedeutung (Rettke, Frei, Spichiger, & Spirig, 2015).

Sicher ist, dass die erhoffte Kostendämpfung durch das KVG und die DRG bis dato ausgeblieben ist (Szucs, 2017).

Die im Zusammenhang mit dem KVG erwähnten Aspekte der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit in der Pflege- und Betreuungsqualität sind nach wie vor zu berücksichtigen. Welche Form aus ökonomischer und individueller Sicht ideal ist, muss je nach Betriebseinheit, Setting und schlussendlich auf jeden einzelnen Patienten adaptiert werden. Klar ist auch, dass ein neues Vergütungssystem nicht alle Anforderungen allein erfüllen kann. Bei einer Hospitalisation ergibt sich immer automatisch ein Pflegebedarf, denn Patienten werden nicht hospitalisiert, wenn sie keiner Pflege bedürfen (Baumberger, Bürgin, & Bartholomeyczik, 2014). Diese müsste in den Kalkulationen entsprechend berücksichtigt werden. Erste Resultate einer DRG-Begleitforschung im Bereich Pflege liegen bald vor: Diese Untersuchung verfolgt das Ziel einer frühzeitigen Erkennung von Veränderungen in der Arbeitsumgebungsqualität und den damit verbundenen Entwicklungen bei der Pflegequalität sowie den Patientenergebnissen (USZ, 2017).

Wir dürfen gespannt sein, welche weiteren Erkenntnisse daraus gewonnen werden können.

Gute Pflege heute – Illusion, Utopie oder nachweisbare Notwendigkeit?

Eine Sicht auf die Realität in der Schweiz und Deutschland

Die Entwicklung der Pflege, die unterschiedlichen Ausbildungen sowie die Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert. Eine klare Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen wird immer schwieriger. Care und Caring – zentrale Pflegeaspekte – scheinen sich in der Ökonomisierung zu verlieren. Ein Überblick vor allem aus Deutschland.

Sabine Bartholomeyczik

Der folgende Beitrag geht von der viel geäußerten Klage aus, dass gute Pflege zunehmend schwieriger umzusetzen sei. Insbesondere im Krankenhaus wird dies mit der Einführung der DRG-basierten Finanzierung in Verbindung gebracht. Ob Klagen über verschlechterte Bedingungen berechtigt sind, hinterfrage ich an dieser Stelle nicht. Vielmehr erläutere ich hier meine Annahme, dass die Vernachlässigung pflegerischer Aufgaben in der Ökonomiediskussion des Gesundheitswesens zum Teil mit der Auffassung davon, was gute Pflege ist, verbunden ist. Der Beitrag soll als Diskussionsgrundlage dienen.

«Gute» Pflege im heutigen Gesundheitssystem – geht das?

Das Wort «gut» schreibe ich bei «guter» Pflege zunächst absichtlich in Anführungszeichen. Einerseits soll durchaus etwas Positives und Erstrebenswertes ausgedrückt werden, andererseits soll vorerst offenbleiben, was gute Pflege überhaupt ist. Im Folgenden soll genau auf diese Fragestellung näher eingegangen werden.

Arbeitsbedingungen in der Pflege gestern und heute

In den vergangenen 20 Jahren sind insbesondere in der Schweiz und in Deutschland die Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung drastisch verändert worden; dies mit dem vorrangigen Ziel, Kosten zu sparen. Unter anderem wurde die Finanzierung auf Basis der DRG eingeführt, die besonders

für die Krankenhäuser weitreichende Konsequenzen hat. Hier steht die Senkung der Verweildauer im Fokus. Da eine DRG jeweils mit einer Pauschale vergütet wird, können Krankenhäuser durch frühzeitige Entlassungen Gewinne erwirtschaften.

Die DRG basieren auf medizinischen Diagnosen. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass auch bei gleicher medizinischer Diagnose unterschiedlicher Pflegebedarf bestehen kann. Der spezifische Pflegeaufwand bleibt daher im DRG-System unsichtbar. In Deutschland wurden zudem in den vergangenen Jahren im Pflegebereich zahlreiche Stellen gestrichen, während die Anzahl der Arztstellen zunahm. Inzwischen wird nicht nur in Deutschland explizit von einem Pflegepersonalmangel gesprochen (z. B. Hehli, 2016). Nicht übersehen werden sollte jedoch, dass die Personalkürzungen in der Krankenhauspflege zumindest in Deutschland etliche Jahre vor der Einführung der DRG begonnen haben (Bartholomeyczik, 2010).

Für die Langzeitpflege gelten andere Bedingungen. Seit jeher ist sie ein Stiefkind bezüglich der Personalausstattung. In Deutschland zumindest wird sie als eine Aufgabe angesehen, die auch von gut motivierten Laien durchgeführt werden könnte, so zumindest der unterschwellige Tenor der Regelungen der Pflegeversicherung in Deutschland. Entsprechend können in Altenpflegeheimen bis zu 50 Prozent des Personals in der Pflege aus Hilfskräften bestehen. Auch in der Schweiz ist der Anteil an Hilfspersonal in der stationären Langzeitpflege mit etwa einem Drittel aller Pflegepersonen hoch. Die ambulante Pflege in Deutschland und die Spitex in der Schweiz unterliegen wie die anderen Pflegebereiche zeitlichen Restriktionen; sehr viele Pflegeleistungen werden auch hier von Hilfspersonal erbracht.

Es ist demnach naheliegend, dass die Klagen aus den Pflegeberufen darüber, dass der Beruf wegen einengender Bedingungen nicht im Sinne der Patienten ausgeübt werden kann, gross sind. Wenn wegen Restriktionen berufsethische Werte und Vorstellungen, wie gepflegt werden soll, leiden, führt dies zu einer moralischen Belastung. Die Klagen werden nicht nur in Mitteleuropa (Isfort et al., 2010), sondern auch international (Woods, Rodgers, Towers, & La Grow, 2015) geäussert. Damit wäre die eingangs gestellte Frage bereits dahingehend beantwortet, dass offenbar eine fachlich als sinnvoll erachtete Pflege derzeit nur schwer möglich ist.

Der Gegenwartsbezug in der in der Überschrift gestellten Frage unterstellt, dass die Arbeitsbedingungen vor Einführung der DRG-basierten Finanzierung besser waren. Sieht man sich jedoch ältere Studien aus den 1970er und 1980er Jahren an, muss man mit Erstaunen feststellen, dass bereits damals ganz ähnliche Klagen angebracht wurden. So werden in der Studie von Widmer (1988) in der Schweiz ethische Konflikte im Zusammenhang mit der Arbeit mit den Patienten als grösster Stressor identifiziert. In Widmers Dissertation findet sich eine Übersicht internationaler Arbeiten zu Stressoren in der Krankenpflege, die aufzeigt, dass immer wieder Zeitdruck, aber auch Unsicherheit im Umgang mit dem Leid der Patienten und allgemein die Arbeitslast durch die Menge der anfallenden Arbeit in Verbindung mit Personalmangel als wesentliche Belastungen auftauchen. In einer weiteren, etwas späteren Schweizer Untersuchung wird in ähnlicher Weise der Zeitdruck als Ursache für die Verhinderung der Durchführung wichtiger Arbeiten als grösste Belastung genannt (Güntert, Orendi, & Weyerman, 1989). In der Zusammenfassung verschiedener, auch eigener Studien der 1970er und 1980er Jahre in Deutschland habe ich bereits vor über 20 Jahren feststellen müssen, dass Pflegearbeit *«intensiv, mit hoher Genauigkeit, ständiger Konzentration verbunden und gleichzeitig überaus zerrissen [ist]. (...) Die ständige Hetze ist mit der Erfahrung verbunden, die Arbeit nicht in der vorgesehenen Zeit erledigen zu können. [Hinzu kommt ein] Defizitgefühl im zentralsten Bereich der Pflege, nämlich nicht genügend Zeit für PatientInnen zu haben.»* (Bartholomeyczik, 1993, S. 89 ff). Diese Beschreibung würde heute wahrscheinlich nicht anders aussehen. Wenn die heutige Belastung in der Pflege vor allem mit den veränderten Finanzierungssystemen nach Einführung der DRG-Systematik begründet wird, ähnliche oder gleiche Stresskennzeichen jedoch lange davor zu finden sind, dann muss es noch andere als diese ökonomischen Rahmenbedingungen geben, die das genannte Defizitgefühl bei den Pflegenden auslösen. Daher soll eingehend erarbeitet werden, was eigentlich «gute» Pflege ist und was das Eigentliche, das Wesen der Pflege ausmacht. Ganz wichtig ist dabei auch die Frage, wie und ob sich dieses Eigentliche der Pflege von dem anderer Gesundheitsberufe unterscheidet.

Was ist das Wesen der Pflege?

Im Folgenden geht es nicht darum, einen Überblick über die Literatur zu Pflegetheorien zu geben, von denen es bekanntermaassen sehr viele vor allem aus Nordamerika gibt, sondern darum, Bereiche herauszugreifen, die als besonders wichtig für Pflegemodelle allgemein gelten.

Die Unzulänglichkeit von Pflegemodellen

Fast alle Pflegemodelle – auch als «Grand Theories» bezeichnet – stammen aus der Zeit der Akademisierung der Pflegebildung in den 1950er bis 1980er Jahren in den USA. Obwohl sich die einzelnen Pflegemodelle («Modell» eignet sich als Begriff für die normativ ausgerichteten Konstrukte wesentlich besser als der anspruchsvolle, aber wenig gefüllte Begriff der «Theorie») gegenseitig kaum aufeinander bezogen, wurden in Überblicksarbeiten thematische Einteilungen vorgenommen. Die jeweiligen Autorinnen, die ihre Modelle oft mit dem eigenen Namen verbanden, beanspruchten für ihr Produkt in der Regel Allgemeingültigkeit für die Pflege an sich. Das führte teilweise dazu, dass von Pflegeschulen gefordert wurde, eine bestimmte Pflegetheorie als Grundlage des Lernens und der Praxis zu nutzen und andere abzulehnen. Meleis (1997) bezeichnete Anhänger dieser Auffassung als «Gläubige», die der irrigen Auffassung anhängen, eine einzige Pflegetheorie wäre für eine gelingende Pflegepraxis ausreichend.

Andere Pflegewissenschaftlerinnen wiederum versuchten, das Gemeinsame der konzeptuellen Modelle darzustellen. Am bekanntesten hierbei dürfte das sogenannte Metaparadigma von Fawcett (1996) sein, das vier Anforderungen erfüllen soll: Es soll einen Geltungsbereich bezeichnen, der sich von anderen grundlegend unterscheidet. Es soll in knapper Form alle für die Disziplin relevanten Phänomene umfassen. Es soll perspektivneutral sein, also kein einzelnes Modell bevorzugen, und schliesslich internationale Gültigkeit besitzen. Fawcett identifiziert vier zentrale Begriffe für das Metaparadigma:

- die Person als Pflegeempfängerin, wozu auch Familien und Gruppen gehören;
- die Umwelt, zu der wichtige Bezugspersonen und die unmittelbare Umgebung, in der die Pflege stattfindet, zu zählen sind;
- die Gesundheit als gesundheitlichen Status der Person in einem Kontinuum von sehr gut bis sehr schlecht;
- die Pflege als Aktivitäten, Ziele und Ergebnisse, die Pflegenden durchführen respektive erreichen.

Dieses Metaparadigma ist allerdings wenig hilfreich, wenn es darum geht, Pflege und pflegerisches Handeln von anderen Geltungsbereichen zu unterscheiden. Zumindest alle Gesundheitsprofessionen befassen sich mit den ersten drei Begriffen – Person, Umwelt und Gesundheit –, wenn auch im Detail mit unterschiedlichen Ausprägungen. Das vierte Metaparadigma –

die Pflege – gibt keine Erklärung für das Wesen der Pflege, denn es beschreibt Pflege nur als das, was Pflegenden tun. Es ist tautologisch, wenn es kennzeichnet, dass Pflege das ist, was Pflegenden tun. Die vier Begriffe können allenfalls dazu dienen, Theorien oder Modelle strukturiert zu beschreiben, keinesfalls aber kann damit der Anspruch erhoben werden, dass das Metaparadigma den Geltungsbereich der Pflege in Unterscheidung von Geltungsbereichen anderer Disziplinen benennt.

Damit soll nicht unterschlagen werden, dass für die Entwicklung der Pflegewissenschaft auch in mitteleuropäischen Ländern die Auseinandersetzung mit den konzeptuellen Modellen ausserordentlich wichtig war. Denn sie führte dazu, dass man sich überhaupt mit theoretischen Vorstellungen von Pflege zu befassen begann. Und sie diente dazu, das diffus und kaum fassbar erscheinende Feld der Pflege zu strukturieren und genauer zu beschreiben.

Bereits 1955 hatte Henderson konkrete Definitionen pflegerischer Aufgaben in einem Lehrbuch formuliert (Harmer & Henderson, 1955). Diese hatten nicht den Anspruch, in einer allumfassenden Theorie eingebettet zu sein. Für eine Broschüre im Auftrag des International Council of Nurses (ICN) übernimmt Henderson diese Definitionen und schreibt: *«Die besondere Funktion der Schwester besteht in Hilfeleistung für den einzelnen, ob krank oder gesund; in der Durchführung jener Handreichungen, die zur Gesundheit oder Genesung (oder zu einem friedlichen Tod) beitragen, welche der Kranke selbst ohne Unterstützung vornehmen würde, wenn er über die erforderliche Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Diese Hilfeleistung hat in der Weise zu geschehen, dass der Kranke so rasch wie möglich seine Unabhängigkeit wieder erlangt.»* (Henderson, 1963, S. 10). Die an menschlichen Grundbedürfnissen abzuleitende Pflege bezeichnet sie als unabhängige pflegerische Leistung mit eigener Entscheidungskompetenz und Verantwortung. Henderson wird oft vorgeworfen, nur die Übernahme von «Handreichungen» gesehen zu haben. Betont werden sollte jedoch, dass sie als Ziel explizit die Erreichung von Unabhängigkeit formuliert, ein auch heute nicht in Frage gestelltes Ziel pflegerischen Handelns.

Die von Henderson als «Grundbedürfnisse» formulierten Pflegeanlässe wurden in Modifikation und empirischer Fundierung in der britischen Pflegewissenschaft von Roper, Logan und Tierney (1993) als «Lebensaktivitäten» aufgegriffen, um dann von der Schweizer Ordensschwester Liliane Juchli in den 1980er Jahren in das damals am weitesten verbreitete deutschsprachige Lehrbuch übernommen zu werden (Juchli, 1987).

Abgrenzung der Pflege gegenüber anderen Berufen

Bezüglich der Abgrenzungen von Pflege gegenüber anderen personenbezogenen Gesundheitsdienstleistungen gibt es eine Definition, die vor allem die Grenze zu ärztlichem Handeln enthält. 1980 lautete die von der American Nursing Association (ANA) stammende Definition von «nursing»: «Nursing is the

diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems.» (ANA, 1980). Bemerkenswert – vielleicht auch nur für deutsche Sprachgewohnheiten – sind die Begriffe von «Diagnose» und «Behandlung», die bei uns eher mit der Medizin assoziiert werden, trotz aller Diskussionen über Pflegediagnosen. Wesentlich ist aber die Formulierung «human responses to actual or potential health problems». Es geht also um die Reaktionen auf tatsächliche oder mögliche Gesundheitsprobleme oder Krankheiten und nicht um die Ursache von Gesundheitsproblemen, auf die üblicherweise der Fokus der (naturwissenschaftlich orientierten) Medizin gerichtet ist. Es geht um das Kranksein und nicht per se um die Krankheit.

Mit der Fokussierung auf das Kranksein ist die Erkenntnis verbunden, dass die Beschreibung des Gesundheitszustands eines zu pflegenden Menschen mit der medizinischen Klassifikation der ICD (International Classification of Diseases) inhaltlich völlig unzureichend ist, um zu einer Pflegediagnostik zu kommen. Eine Erkenntnis, die leider keinerlei Eingang in die Entwicklung der DRG gefunden hat. Diese Erkenntnis trieb aber nicht nur die Entwicklerinnen von Pflegediagnosen (Gordon, 1994), sondern auch jene Professionen um, die sich mit Menschen mit Behinderungen befassen. Daraus entstand die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001), die in einer Vorgängerversion bereits 1980 von der WHO veröffentlicht wurde. Da es sich bei Behinderungen auch um Folgen von zugrunde liegenden, naturwissenschaftlich beschreibbaren Gesundheitsstörungen handelt, wurde intensiv diskutiert, inwiefern diese Klassifikation auch für die Pflege nutzbar sei (Bartholomeyczik, Boldt, Grill, & König, 2006). Als Mindestergebnis dieser Diskussion kann festgehalten werden, dass die ICF als eine gemeinsame Sprachplattform zwischen Pflege, Rehabilitation oder anderen Versorgungsbereichen dienen kann, die sich mit Folgen von Krankheiten befassen. Die Existenz der ICF belegt, dass es ausserhalb der Pflege Versorgungsbereiche gibt, die mit einer ähnlichen Perspektive Patienten wahrnehmen wie die Pflege.

Etliche der vorgenannten Aspekte finden sich in der hiesigen Definition von Pflege von 2004 (Spichiger, Kesselring, Spirig, & De Geest, 2006, S. 51): *«Professionelle Pflege fördert und erhält Gesundheit, beugt gesundheitliche Schäden vor und unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit Auswirkungen von Krankheiten und deren Therapien. Dies mit dem Ziel, für betreute Menschen die bestmöglichen Behandlungs- und Betreuungsergebnisse sowie die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens bis zum Tod zu erreichen.»* Zu einer gelingenden Pflege gehört die Beziehungsgestaltung, deren Voraussetzung die sorgende Zuwendung der Pflegenden ist – eine Übertragung des Begriffs «caring», wie er bei Benner und Wrubel (1997, zitiert nach Spichiger et al., 2006) genutzt wird.

Eine bestmögliche Lebensqualität als Ziel der Pflege bringt eine weitaus umfassendere als die von Henderson genannte Unabhängigkeit und vor allem eine aus Sicht der zu Pflegenden

subjektiv erlebte Dimension ein. Dennoch bleibt auch hier die Frage, wie spezifisch diese Definition ist, das heisst: Beschäftigen sich die Rehabilitationsberufe und die Public-Health-Praktiker nicht mit dem gleichen Inhalt?

Professionelles Handeln in der Pflege

Ohne die Frage des vorangegangenen Absatzes beantworten zu wollen, halte ich gleichwohl die Auffassung von professioneller personenbezogener Arbeit, die von Oevermann vorgestellt wurde (Oevermann, 1978, zitiert nach Weidner, 1995; siehe Abbildung 1), für ausserordentlich bedeutsam, auch wenn das Modell nicht pflegespezifisch ist. Dennoch konkretisiert es einige Dimensionen des Wesens der Pflege als personenbezogene Dienstleistung. Demnach wird personenbezogenes professionelles Handeln durch zwei zunächst als gegensätzlich anmutende Prinzipien bestimmt: einerseits durch das wissenschaftlich begründete Regelwissen des Fachs und seines kompetenten Verstehens, also das, was im Zusammenhang mit «evidence-based nursing» die «evidence» darstellt; andererseits durch das Verstehen des «Falles» in der Sprache des Falles selbst. Oevermann nennt es «hermeneutisches Fallverstehen», das die Subjektivität des Klienten oder Patienten in den Mittelpunkt rückt. Diese Dimension – das hermeneutische Verstehen – unterscheidet Berufe mit personenbezogener Dienstleistung grundsätzlich von technischen Berufen. Beide Prinzipien – und das wird oft übersehen – müssen in der Handlungssituation zu einer situativen Kompetenz zusammengeführt werden. Hier müssen also wissenschaftlich fundierte und verallgemeinerbare Kenntnisse in einer konkreten Situation individuell angemessen umgesetzt werden. Weder die wissenschaftliche Kompetenz alleine noch das hermeneutische Fallverstehen für sich können zu einer angemessenen Problemlösung führen. Hermeneutisches Fallverstehen ist zudem ohne Beziehung nicht möglich.

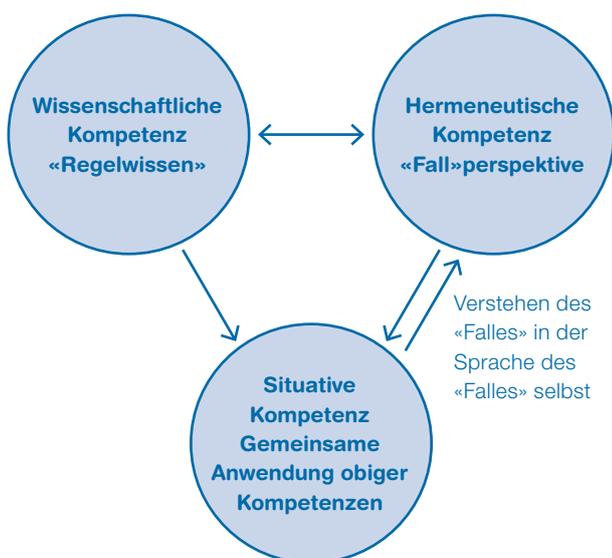


Abbildung 1: Professionelles Handeln zur personenbezogenen Problemlösung nach Oevermann (1978, zitiert nach Bartholomeyczik, 1997)

So wichtig Oevermanns Modell als Struktur für professionelles Handeln in der Pflege auch ist, so wenig beschäftigt es sich mit Inhalten dessen, was Pflege sein soll und wo ihre Grenzen sind – das heisst, dieses Modell gilt auch für andere personenbezogene Dienstleistungen (Lehrer, Ärzte, andere Gesundheitsberufe).

Im Sprachgebrauch von Benner mündet die theoretische Konzeption von Pflege in dem Begriff des «Caring», im Deutschen oft mit «Fürsorge», «Sorge» oder «Pflege» übersetzt (Benner & Wrubel, 1997). Ein Teil dieses Begriffs enthält das hermeneutische Verstehen, wie von Oevermann bezeichnet. Nach Benner eröffnet sich in dieser Sorge für die andere Person die Möglichkeit, dem zu Pflegenden bei der Bewältigung des Krankseins zu helfen. Dem zu Pflegenden kann nur geholfen werden, wenn die Massnahmen von dem zu Pflegenden als bedeutsam angesehen werden; die Individualität ist massgeblich. Die Deutungsfähigkeit wiederum wird im Laufe des Kompetenzerwerbs gelernt, bei dem sich theoretisches Wissen bis zu intuitivem Handeln entwickeln kann. Hier findet sich ein Anschluss an Corbin und Strauss, die verschiedene Aufgaben der Krankheitsbewältigung innerhalb verschiedener Krankheitsstadien vor allem für chronisch Kranke beschrieben haben (Corbin & Strauss, 1991). So wichtig der Begriff «Caring» von einem theoretischen Verständnis für Pflege ist, so wenig berufsspezifisch ist er. Benner untersuchte in ihrer Studie den Erwerb von Kompetenzstufen in der Pflege unter Anwendung eines für Piloten entwickelten Modells. Darin gliedert sie auf Basis empirischer Ergebnisse pflegerisches Handeln in sieben Bereiche mit 31 Caring-Kompetenzen (Benner, 1994). Diese sind in ihren Ausführungen sehr konkret auf eine Pflegepraxis bezogen, auf Pflegesituationen, stellen aber keine Pflegetheorie dar.

Meine These ist, dass Pflegedefinitionen, auch wenn sie das Wesen der Pflege gut beschreiben können, in der Regel grenzenlos sind. Sie können nicht aufzeigen, was Nicht-Pflege ist. Als Folge davon kann sich eine unbewusste Überforderung einstellen, weil Pflegenden im klinischen Berufsalltag diesen umfassenden Ansprüchen nie gerecht werden können. Meine Annahme besteht darin, dass die immerwährend ähnlichen Klagen Pflegenden über ihren Berufsalltag in den verschiedensten Kontexten und Zeiten, insbesondere über den moralischen Stress, aus Zeitgründen nicht das tun zu können, was im eigenen Berufsverständnis wichtig wäre, mindestens zum Teil mit dieser unerfüllbaren Utopie verbunden sind (Kleinknecht-Dolf et al., 2015). Ich halte dies für einen Indikator dafür, dass ein rationaler, professioneller Umgang mit dem eigenen Berufsverständnis oft fehlt.

Damit will ich nicht verschweigen, dass ungeeignete Arbeitsbedingungen einen grossen negativen Einfluss auf die Möglichkeiten pflegerischer Arbeit haben. Es bleibt aber die Frage, warum die schon seit Langem geführten Klagen offenbar nicht zu Verbesserungen dieser Rahmenbedingungen geführt haben,

sondern heute im Vergleich zu den 1970er und 1980er Jahren eher von restriktiveren Arbeitsbedingungen im Hinblick auf eine Intensivierung und Erhöhung der Arbeitsanforderungen durch wesentlich pflegebedürftigere Patienten, bei in vielen Fällen reduzierter Personalausstattung, auszugehen ist (Kleinknecht-Dolf et al., 2015).

Um nicht missverstanden zu werden, möchte ich betonen, dass alle genannten Aspekte der Pflgetheorien einen wesentlichen Beitrag zur Beschreibung normativer Dimensionen von Pflege darstellen. Sie grenzen jedoch Pflegeaufgaben kaum von denen anderer Gesundheitsberufe ab.

Pflege zwischen Notwendigkeit und Ohnmacht

Angesichts der Zustandsbeschreibungen zu Beginn dieser Ausführungen liegt es auf der Hand, dass der Pflege (auch) Ohnmacht zugeschrieben wird. Anekdotisch kann ich berichten, wie mir eine Kollegin aus der Psychologie vor Kurzem erzählte, sie hätte selten Vertreterinnen eines so grossen und so wichtigen Berufes getroffen, die mit dermassen gesenkten Köpfen umhergingen und die sich so wenig trautes, fordernd aufzutreten. Anzumerken bleibt, dass sich Deutschland und die Schweiz hier wahrscheinlich etwas unterscheiden.

Warum tun sich die Gesellschaft, die Gesundheitsprofessionen, aber auch viele Angehörige der Pflegeberufe so schwer, die Pflege als wissenschaftlich fundierte (zu fundierende), individuell orientierte und für das Wohlergehen Pflegebedürftiger unabdingbar wichtige Dienstleistung im Gesundheitswesen zu sehen und vor allem auch einzufordern? Ein Teil der Antwort auf diese Frage mag in der Entwicklung der Pflege als Beruf zu finden sein.

Die Entwicklung professioneller Pflege seit dem 19. Jahrhundert in Mitteleuropa geschah unter anderem im Zusammenhang mit Machtkämpfen zwischen Geschlechtern und Professionen.

«Care» oder «cure»?

Die Ausführungen zur Schweizer Definition von Pflege verwenden den in der Pflegewissenschaft gerne genutzten und im Zusammenhang mit Benner bereits genannten Begriff «caring» beziehungsweise «care» (Spichiger et al., 2006). Ein kleiner Exkurs in die Etymologie dieses Wortes führt sehr schnell zu Konnotationen mit den Begriffen Macht und Ohnmacht. Im Englischen wird häufig zwischen «caring» und «nursing» unterschieden, wobei Ersteres eine sorgende Grundhaltung darstellt und Letzteres das kognitive Wissen und technische Können hervorhebt.

Hier jedoch geht es um die Etymologie des Begriffs «care» als Kern von Pflege und «cure» in seinem Verständnis als Heilen.

Es ist nicht klar, ob beide den gleichen Ursprung im Lateinischen haben (Online Etymology Dictionary, 2017). «Care» lässt sich sicher auf das altenglische «carian» beziehungsweise «cearean» zurückführen, das «trauern», «sich Sorgen machen» oder «sich für etwas interessieren» bedeutet. «Cure» hingegen ist aus dem Lateinischen über das Französische in die englische Sprache gelangt und bedeutete ursprünglich auch «care, concern, trouble», hatte also eine sehr ähnliche Bedeutung wie «care». In der medizinischen Sprache wurde es zur Bezeichnung der medizinischen Behandlung genutzt. Hervorzuheben ist, dass französische Begriffe mit der Eroberung Englands durch die Normannen im Jahr 1066 mit der Sprache der Sieger nach England kamen und sich teilweise mit dem Angelsächsischen, der Sprache der Besiegten, vermischten. Eine machtbezogene Bedeutungsdivergenz blieb mit den Begriffen konnotiert: «care» behält eine geringere und «cure» eine stärkere Nähe zu machtvollen Positionen. «Die «Sorge» der Mächtigen – «cure» – wird nun gleichgesetzt mit «Heilen», einer Aufgabe, deren Durchführung ausgewählten Personen vorbehalten bleibt. «Care», die «Sorge» der Machtlosen, beschreibt demgegenüber eine zugewandte Grundhaltung, die sich in Tätigkeiten äussert, die von jedermann erbracht werden können.» (Stemmer, 2003, S. 44).

«Cure» wurde lange nahezu ausschliesslich von Männern im Arztberuf ausgeübt. «Care» hingegen kennzeichnet als diffuse, fürsorgliche Grundhaltung einen Kernbestandteil eines (nach wie vor) überwiegend von Frauen ausgeübten Berufs. Inhaltlich bezeichnet «care» ebenso familiäre Sorge, eine Fähigkeit, die vorrangig mit der Frauenrolle in der Familie verbunden wird.

Pflege als weiblicher Beruf

Auch andere Entwicklungen zementierten diese geschlechtsspezifische, mit ungleicher Macht verbundene Rollenteilung. Hinzu kommen Machtverhältnisse, wie sie anhand der Entwicklung der neuzeitlichen Pflege als Beruf sehr verkürzt charakterisiert werden können: Nach Hilde Steppe (1997) wurde im 19. Jahrhundert eine Neuordnung der Pflege auf Basis einiger wichtiger Einflussfaktoren erforderlich: Die Entwicklung der Naturwissenschaften und ihre Durchsetzung in der Medizin der Universitäten führten dazu, dass die verschiedenen Heilberufe zugunsten des universitär ausgebildeten Arztes verschwanden. Nach der weitreichenden Ausrottung heilender Frauen im Zuge der Hexenverfolgung war der Heilberuf ein rein männlicher geworden. In den neu konzipierten Krankenhäusern wurden fachkundige «Hilfskräfte» zur Unterstützung ärztlicher Tätigkeit benötigt. Dies war die Möglichkeit für ein erstarktes Bürgertum, ihren nicht verheirateten Töchtern berufliche Arbeit zu ermöglichen, dazu noch unter einem «behütenden» Dach. In Deutschland steht hierfür die Entwicklung der Diakonissenmutterhäuser, die sich an bürgerliche Frauen mit verinnerlichten «weiblichen Sittlichkeitsnormen» (Steppe, 1997, S. 28) wandten. «Alle angeblich den Frauen angeborenen Eigenschaften wie Selbstaufgabe, Dienen, Opfertum und Gehorsam wurden gleichgesetzt mit fachlichen Anforderungen an die Pflege.»

(Steppe, 1997, S. 28). Der «weibliche Teil» der Medizin, das Hegen und Pflegen, wurde von den männlichen Ärzten gerne als Arbeitsfeld für Frauen erschlossen, während sie gleichzeitig die weibliche Natur als unfähig, die Ideale ärztlicher Praxis und Bildung zu erreichen, charakterisierten (Bischoff, 1872, zitiert nach Steppe, 1997). Noch einmal Steppe (1997, S. 28) dazu: «Damit schlugen sie [...] zwei Fliegen mit einer Klappe, nämlich den Frauen die Pflege zuzuweisen und gleichzeitig ihr Eindringen in die Medizin selbst zu verhindern.»

In der Schweiz waren die kirchlichen Organisationen weniger prägend für die Pflegebildung als in Deutschland. Um 1900 entstanden Pflegerinnenschulen, die gebildeten Frauen eine Krankenpflegeausbildung ermöglichten, teilweise als Alternative zur Heirat, oftmals auch als besonders gut erachtete Vorbereitung für die spätere Arbeit als verehelichte Hausfrau. Letzteres galt in dieser Zeit als die höchste Bestimmung für Frauen. Diese Bildungsentwicklung war ebenso wie in Deutschland eine geschlechtsspezifische, die auf den sogenannten weiblichen Fähigkeiten und der vermeintlichen Hausarbeitsnähe aufbaute und die Männer aus diesem Beruf drängte (Braunschweig, 2004).

Im Jahr 1979, etwa zeitgleich zu Oevermanns Überlegungen zur Professionalität personenbezogener Dienstleistungsberufe und zu den ersten Veröffentlichungen von Benner, wurde in Deutschland eine Studie mit dem Titel «Mitschlichkeit als Beruf» (Ostner & Beck-Gernsheim, 1979) veröffentlicht. Sie stellt die Arbeit von Krankenschwestern auf der empirischen Basis qualitativer Interviews mit Pflegenden dar. Interessanterweise finden sich die vorberuflichen Auffassungen zur Pflege, die für das 19. Jahrhundert bestimmend waren, nach wie vor in den Ergebnissen der Studie. Die Autorinnen interpretieren die Aussagen der Interviewten dahingehend, dass in der Pflege das Nichtberufliche zum beruflichen Prinzip geworden sei, dies gelte auch für die Arbeit einer Pflegenden im OP oder auf der Intensivstation, die sowohl beruflich – das bedeutet hier medizinisch – orientiert als auch hausarbeitsnah sei, und dass diese Hausarbeitsnähe die notwendige Ergänzung zur Medizin darstelle. Pflege befasst sich demnach mit Problemen und Bedürfnissen, die durch eine berufliche Arbeitsform nicht gelöst werden können. Als Prinzip beruflicher Arbeitsform wird «Beherrschung und Bändigung oder Verdrängung menschlicher Natur und natürlicher Umwelt» bezeichnet (Ostner & Beck-Gernsheim, 1979, S. 162). In der Pflege im Krankenhaus kann die Hausarbeit als berufliche Arbeit ausgeführt werden. Sie vereint demnach die von den Autorinnen so interpretierten Vorzüge der Hausarbeit mit denen der Berufsarbeit, rund um den ganzen Menschen organisiert, «um seinen Leib und dessen Bedürfnisse. [Sie ist] vielfältig, abwechslungsreich und erscheint im Vergleich zu anderen sinnentleerten Berufen noch sinnvoll.» (Ostner & Beck-Gernsheim, 1979, S. 163). Der Ruf nach mehr Bildung und besserer Fundierung für den Umgang mit Patienten führe zur «Aufhebung der Naivität im Umgang mit dem Kranken. [...] Mit der Naivität [sind] dann auch die Spontaneität und die Zärt-

lichkeit im Umgang mit den Kranken gegangen» (Ostner & Beck-Gernsheim, 1979, S. 164). Die Autorinnen sehen in der Krankenpflege durch den hausarbeitsnahen Charakter die Möglichkeit, kindliche Wünsche nach Geborgenheit und Zuwendung im Beruf zu erfüllen. Man mag sich über die Definition von Berufsarbeit streiten, ganz offenbar aber hielten die Autorinnen Pflegebildung für eine personenbezogene Pflege für kontraindiziert. Übertragen heisst dies, dass «Caring» nach Ostner und Beck-Gernsheim (1979) eigentlich keine berufliche Tätigkeit ist. Hier findet sich also die Gegenposition zu Benner. Ob dies an den disziplinären Hintergründen der Personen liegt, die die jeweiligen Daten interpretierten, ist plausibel, müsste aber genauer untersucht werden.

Heute scheinen uns diese Auffassungen zumindest in wesentlichen Teilen merkwürdig und unangebracht. Dennoch berichteten noch Mitte der 1990er Jahre Pflegenden in Interviews, dass sie für ihre Arbeit keine dreijährige Ausbildung bräuchten oder die notwendigen Grundlagen in drei Monaten lernen könnten. Begründet werden diese Aussagen damit, dass die Pflegenden das in der Ausbildung Gelernte nicht anwenden könnten. Gemäss Weidner, der diese Interviews analysierte, verweisen sie «auf ein diffuses Bild des Pflegeberufs, das sich im «Mischmasch» und in der Metapher vom «Mädchen für alles» widerspiegeln lässt» (Weidner, 1995, S. 254). Ob diese Ergebnisse nur typisch für die Bundesrepublik Deutschland sind, wage ich zu bezweifeln.

Kann das «Gute» der Pflege sichtbar gemacht werden?

Sprachlosigkeit der Pflege

Die Anfänge der Pflegewissenschaft im deutschsprachigen Raum in den 1980er Jahren waren stark geprägt durch die Frage, ob Pflege überhaupt erforschbar sei, sein sollte und wie sie denn in eine Sprache gefasst werden könne. In den damals vorherrschenden Diskussionen, die sich mit der Abwehr der Pflegepraxis gegenüber Wissenschaft und Forschung befassten, spiegeln sich die Vorberuflichkeit, die Hausarbeitsnähe, «Naivität» und «Spontaneität» (Ostner & Beck-Gernsheim, 1979, S. 164) sowie die Endlosigkeit von Pflege wider. Die Auffassung von Pflege schwankte zwischen Omnipotenz in Bezug auf ihre Zuständigkeit für alles ausser ärztlichen Aufgaben und Abhängigkeit mit der Angst vor persönlich übernommener Verantwortung für Entscheidungen ohne vorherige Erlaubnis (Bartholomeyczik, 1997). In diesem typischen Frauenberuf, der auf Arztassistenz hin geschult und von ärztlichem Handeln abhängig gemacht wurde, war Eigenständigkeit oder Entscheidungsverantwortung unter der ärztlichen Dominanz verpönt. Gleichzeitig aber wurde erwartet, dass das naturwissenschaftlich orientierte ärztliche Handeln mit Empathie, Nähe, «Zärtlichkeit» ergänzt und «freundlich» gestaltet wird. Genau dieses Ergänzungshandeln ist unendlich und bedürfte, wenn es beruflich

angesehen wird, der Grundlagen und Kompetenzen einer ganzen Reihe von Professionen wie die der Psychologen, der Pädagogen, der Sozialarbeit usw. Diese Breite und das vorberufliche Verständnis führten zu Sprachlosigkeit, weil all diese Kompetenzen vorausgesetzt, aber kaum gelehrt wurden und dennoch als ethisches Soll verinnerlicht waren. Sprachlosigkeit ist immer mit Unsichtbarkeit verbunden.

Sicher kann von einer Unsichtbarkeit nach aussen gesprochen werden: Was Pflege ist, bleibt hinter einer rosa Wolke von Helfen, Freundlichkeit sowie physisch und psychisch schwerer Arbeit, also einer «inhaltlichen Diffusität und Grenzenlosigkeit» (Steppe, 1997, S. 32) verborgen. Damit verbunden ist aber auch eine Unsichtbarkeit nach innen. Fachlichkeit wurde auf Medizinkenntnisse reduziert und alles andere einer angeblich angeborenen Weiblichkeit zugeordnet. Eine ausgeprägte Motivation genügte, um im Bereich des «Caring» «richtig» zu handeln. Für die Unterstützung des «Curing» als ärztlichen Handelns gab es die schulische Ausbildung.

Die Sprachlosigkeit führte zu fachlichen Defiziten, weil auch «nicht richtiges» Handeln kaum benannt und daraus gelernt werden konnte. So beschreibt Krohwinkel (1993) in ihrer Untersuchung Unsichtbarkeit als wesentliches Merkmal einer defizitären Pflege. Hierunter versteht sie, dass Charakteristika von Pflegebedürftigkeit nicht erkannt werden und dass keine Wahrnehmung dafür vorhanden ist, was Pflegemassnahmen bewirken können. Prozessuales Denken und Handeln in der Pflege wurde in den 1980er Jahren zwar gelehrt, schien aber kaum angekommen zu sein.

Widerstand aus den eigenen Reihen

Man mag dies heute vor dem Hintergrund einer sich entwickelnden Pflegewissenschaft und entsprechender Diskurse als überholt bezeichnen. Pflege als Prozess wird als selbstverständlich vorausgesetzt. Seit vielen Jahren gibt es eine Diskussion um Pflegediagnostik, Pflegediagnosen oder andere Strukturierungen, um Pflegebedürftigkeit angemessen beschreiben zu können. Als ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung sind in Deutschland die Expertenstandards zu bezeichnen, die auf der Basis von Forschungsergebnissen beschreiben, was in ausgewählten Bereichen eine fachlich gute Pflege beinhaltet (DNQP, 2015). Die Expertenstandards zeigen zudem – zumindest in den ausgewählten thematischen Bereichen, die sie abdecken – Grenzen pflegerischer Aufgaben und verweisen auf die Zusammenarbeit und die Verantwortlichkeiten kooperierender Berufe.

Aber selbst bei dieser sehr praktisch ausgerichteten Verbindung zwischen Forschungsergebnissen und Empfehlungen für die Pflegepraxis gibt es vielfach Widerstände aus dem Pflege-management mit dem Argument, dass die Empfehlungen nicht umsetzbar seien und zu hohe Anforderungen darstellten. Hier fehlt mir auf Seiten des Pflegemanagements der offensive Umgang mit den Qualitätsanforderungen, die pflegerisches

Handeln operational endlich ziemlich deutlich definieren. Anzumerken ist, dass diese Widerstände nicht flächendeckend sind, aber sie scheinen mir nach wie vor ein stark vorberufliches, diffuses Verständnis von Pflege zu symbolisieren. In der Schweiz wurde bereits in den 1960er Jahren versucht, Pflegequalität deutlicher zu fassen. Bekannt sind die vier Stufen der Pflegequalität des Schweizerischen Roten Kreuzes. Diese haben insofern eine Bedeutung, weil sie versuchen, die negativen Folgen mangelhafter Pflege zu formulieren und damit die Pflege aus ihrer Sprachlosigkeit zu holen.

Therapie versus Pflege

Gleichzeitig sind Entwicklungen zu verzeichnen, die die Aufgaben der Profession Pflege zu einem Abbruchgelände werden lassen. Die Berufe, die als therapeutisch bezeichnet werden, obwohl es noch viele andere therapeutisch wirksame Berufe gibt, gehören beispielsweise dazu. Sie vertiefen viele Aufgaben der Pflege. Die Physiotherapeuten zum Beispiel sind für die Mobilität zuständig. Vor allem die Ergotherapeuten befassen sich explizit mit den Aktivitäten des täglichen Lebens, dem Themenbereich, der meist als Kernaufgabe der Pflege gilt. Betont werden soll hier, dass gerade die Breite der Pflege und die ausgedehnte örtliche Nähe Pflegenden zum Patienten (zumindest in der stationären Versorgung) – Aspekte, die die Pflege von allen anderen Gesundheitsberufen unterscheidet – nahelegen, dass wichtige Aufgabenbereiche vertieft werden. Hier zeigt sich sinnfällig zumindest in stationären Einrichtungen ein struktureller Unterschied zwischen Pflege und Physiotherapie (und anderen therapeutischen Berufen): Pflegenden begleiten und gestalten den stationären Alltag, während alle anderen Professionen zeitlich abgegrenzte therapeutische (oder diagnostische) Massnahmen einsetzen.

Ein Beispiel für eine notwendige Vertiefung und Spezialisierung ist die Förderung der Bewegungsfähigkeit. Mangelnde Bewegungsfähigkeit verschiedenster Art ist ein wesentlicher Anlass für Pflegeabhängigkeit und kann zu weiteren gesundheitlichen Schäden führen (z. B. Dekubitus, Stürze, Kontrakturen), daher ist Mobilitätsförderung ein zentrales Ziel pflegerischen Handelns. Es ist von grosser Bedeutung für Patienten, dass Physiotherapeuten intensiv zur Mobilitätsförderung beitragen. Angesichts der Breite von pflegerischen Aufgaben besteht allerdings die Gefahr, dass Pflegenden die Mobilitätsförderung ganz den Physiotherapeuten überlassen und diese ausser bei völlig immobilen Patienten nicht mehr als ihre Aufgabe ansehen.

Fremdbestimmung der Pflegeaufgaben

Diffusität und Sprachlosigkeit können Fremdbestimmung provozieren. Wie fremdbestimmt Pflegeinhalte sind, zeigt sich an einer Neuerung des Deutschen Sozialgesetzbuches 2008, das die Finanzierung ärztlicher Behandlung regelt (SGB V, 2008). Aufgrund des relativen Ärztemangels in der ambulanten Versorgung wurde ein Paragraf eingefügt, der besagt, dass ärztliche Tätigkeiten, die als selbständige Ausübung der Heilkunde

gelten, auf Personen übertragen werden können, die nach Krankenpflege- oder Altenpflegegesetz qualifiziert wurden (SGB V, 2008, § 63). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA, 2011), ein Gremium der Selbstverwaltungen von Ärzten, Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen, sollte entsprechende Richtlinien ausarbeiten. Pflegeverbände sollten dazu angehört werden, sind aber nicht Mitglied im G-BA.

In der Formulierung dieser Initiative wird unterstellt, dass pflegerisches Handeln keine selbständige Ausübung der Heilkunde darstelle. Ich warte bezüglich dieser Unterstellung immer noch auf die grosse Protestwelle von Seiten der Pflege. In Modellvorhaben soll nun überprüft werden, ob Pflegenden bei ausgewählten chronischen Krankheiten wie Diabetes mellitus, chronischen Wunden (z. B. Ulcus cruris), Demenz oder Hypertonus «heilkundliche» Tätigkeiten ausüben können. Zu diesen Tätigkeiten gehören neben Injektionen und Infusionsgaben durch Pflegenden so selbstverständliche Aufgaben wie Schmerzdiagnostik und Einschätzung der Folgen für die Lebensführung, Stuhlregulation, Überleitungsmanagement, Beratung und Betreuung in besonderen Lebenssituationen usw. Ein Teil dieser Aufgaben ist längst Praxis und in Expertenstandards als eigenverantwortliche Aufgabe professioneller Pflege festgelegt.

Ich halte diese Initiative für ein typisches Verfahren der Fremddefinition und -bestimmung. Ärzteorganisationen fühlen sich selbstverständlich beauftragt, die Aufgaben Pflegenden zu bestimmen. Darüber hinaus definieren sie den Begriff der «Heilkunde» als ausschliesslich ärztliches Handlungsfeld, in dem andere Gesundheitsberufe ursprünglich allenfalls assistieren können.

Andere Pflegediskurse vermitteln derzeit den Eindruck, dass es einen Gegensatz zwischen Wissenschaftlichkeit und Hermeneutik im Oevermann'schen Sinne gibt, wobei Pflegenden sich für die eine oder andere Seite entscheiden müssten. Der Ruf nach wissenschaftlicher Evidenz in der Pflege scheint kritischem Denken, Individualität und Humanität gegenüberzustehen, anstatt sich damit zu verbinden. Diesen Eindruck gewinnt man, wenn zum Beispiel standardisierte Assessmentinstrumente, die ja durchaus sehr hilfreich sein können, zwar angewendet werden, aber leider völlig gedankenlos und deswegen inhaltlich nicht genutzt werden.

Ökonomisierung und Pflege

Bedeutung des Begriffs Ökonomisierung bezüglich der Pflege

Laut Kühn und Simon (2001) wird Ökonomisierung folgendermassen verstanden: «*Ökonomisierung meint nicht Wirtschaftlichkeit, sondern die Tendenz zur Überformung der Dienstleistungsorientierung durch ökonomische Kalküle und Ziele, vermittelt über tatsächliche oder vermeintlich wirtschaftliche Zwänge. Verfolgt man diese Entwicklungslinie bis zum Horizont,*

dann zeichnet sich eine Umkehrung der Zweck-Mittel-Relation ab: Geld wäre nicht mehr Mittel zum Zweck der Versorgung von Kranken, sondern die Versorgung von Kranken wäre Mittel zum Zweck der Erzielung und Optimierung von Erlösen.» (zitiert nach Manzeschke, 2010, S. 179). Die Versorgung von Patienten im Krankenhaus wird also dadurch gesteuert, wie viel Geld für welche Aufgaben als notwendig angesehen wird. Sieht man sich die Entwicklung nach Einführung der DRG in den Krankenhäusern an, dann können Auswirkungen dieser Ökonomisierung nachgewiesen werden, wenn zum Beispiel ertragreiche Operationen deutlich zunehmen oder eine epidemiologisch sichtbare Verschiebung von Diagnosen erfolgt, die als DRG mehr Erlös versprechen. Zudem ist der Mechanismus der DRG-basierten Finanzierung so angelegt, dass geringere ausfallende Ausgaben «bestraft» und so die Erlösmöglichkeiten in diesem Feld reduziert werden. Manzeschke (2010) beschreibt die Entwicklung als «Kommerzialisierung», die darauf abziele, «mit der Versorgung von Kranken möglichst grossen Gewinn zu machen» (S. 178). Dies verstecke sich hinter einer Idee von Ökonomisierung, die angeblich lediglich eine Rationalisierung von Prozessen und Strukturen herbeiführen wolle, um eine möglichst effiziente Patientenbehandlung zu verwirklichen.

Auch wenn die DRG-basierte Finanzierung als eine solche Kommerzialisierung bezeichnet werden kann, basiert sie doch auf Definitionen und fachlichen Notwendigkeiten, die von den jeweiligen Fachvertretern eingebracht wurden. In Deutschland hat sich die Anzahl der ursprünglichen australischen DRG durch die Aktivitäten der Ärzteorganisationen mindestens verdoppelt. Pflege selbst ist in dieser Gemengelage, wie zu Beginn bereits dargestellt, nicht sichtbar und konnte sich bisher mit wenigen Ausnahmen kaum sichtbar machen. Da die DRG auf medizinischen Diagnosen beruhen, die die Pflegenotwendigkeiten nicht berücksichtigen, muss im Rahmen dieser ökonomischen Steuerung die Pflege notwendigerweise zu kurz kommen (Baumberger et al., 2014).

Weggelassene pflegerische Aufgaben

Im Jahr 2014 wurden Ergebnisse der europäischen RN4CAST-Studie veröffentlicht. Diese zeigen, dass Zusammenhänge zwischen der Gesundheit – konkret der Mortalität 50-Jähriger und Älterer nach 30 Tagen im Krankenhaus nach einer «normalen» Operation – und der Pflegepersonalausstattung bestehen (Aiken et al., 2014). Die Zusammenhänge beziehen sich nicht nur auf die Quantität, sondern auch auf die Qualität im Sinne eines Bildungsabschlusses der Pflegenden. Dieses Ergebnis ist zwar nicht grundsätzlich neu, denn Ähnliches wurde mehrfach in Nordamerika mit ähnlichen Ergebnissen untersucht, aber in Europa in diesem Umfang noch nicht. So wichtig derartige Studien sind, so können sie doch die Kausalität zwischen unabhängiger Variable (Pflegepersonalbesetzung) und abhängiger Variable (patientenbezogener Gesundheitsindikator) nicht nachweisen, sondern nur einen rechnerischen Zusammenhang konstatieren. Auch wenn in dieser Querschnittstudie methodisch sehr

sorgfältig gearbeitet wurde, ist nicht auszuschliessen, dass die Pflegepersonalbesetzung ein Indikator für etwas ist, das nicht erfasst wurde und nichts mit pflegerischem Handeln zu tun hat.

Dass Pflegenden in dem Machtkampf zwischen Ökonomie und Medizin und schliesslich Pflege im Hinblick auf ihre wichtigsten Aufgaben klein begeben – meines Erachtens zu Lasten der Patienten –, zeigen verschiedene Untersuchungen, die die Arten der unter Druck weggelassenen pflegerischen Aufgaben thematisieren. Wenn ich diese sogenannten impliziten Rationierungen¹ als «klein begeben» bezeichne, will ich betonen, dass die Pflege ihre Rolle zu wenig wahrnimmt und ihre fachlich wichtigen Inhalte nicht begründet einfordert.

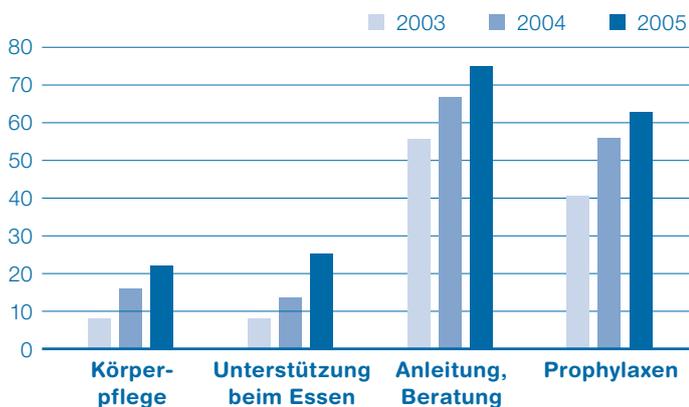


Abbildung 2: Weggelassene pflegerische Aufgaben in deutschen Krankenhäusern (Galatsch et al., 2007)

Mit einer studentischen Arbeitsgruppe wollten wir in einer kleinen Studie zu Zeiten der Einführung der DRG in Deutschland, die seit 2004 als Grundlage für die Krankenhausfinanzierung verpflichtend sind, wissen, ob sich an den Arbeitsstrukturen Pflegenden etwas änderte (Galatsch et al., 2007). Neben anderem wurden die Pflegenden ausgewählter Stationen in den drei aufeinander folgenden Jahren 2003, 2004 und 2005 gefragt, ob sie glaubten, wichtige Aufgaben weglassen zu müssen, und welche das wären. Es fällt auf, dass eher vorausschauende Aufgaben wie Beratung und Prophylaxen weggelassen wurden. Die Daten stammen allerdings aus einer recht kleinen Stichprobe und sind daher mit Vorsicht zu interpretieren (siehe Abbildung 2).

Ein paar Jahre später hat eine grosse Befragung von fast 10 000 Pflegenden in Deutschlands Krankenhäusern ganz ähnliche Ergebnisse erbracht (Isfort et al., 2010): Weit mehr als

¹ Gemeint ist eine Priorisierung pflegerischer Aufgaben zu Lasten anderer Aufgaben, die aufgrund fehlender Zeit / fehlenden Personals nicht ausgeführt werden können. Als implizit wird sie bezeichnet, weil die Rationierungen nicht auf bewusst begründeten Entscheidungen beruhen.

die Hälfte der Befragten gab an, notwendige Mobilisierung nicht durchführen zu können. Fast die Hälfte konnte wichtige Gespräche mit Patienten oder Angehörigen nicht abhalten. Zudem mussten freiheitsentziehende Massnahmen eingesetzt werden, weil verwirrte Patienten nicht genügend beobachtet werden konnten.

Auch die bereits zitierte RN4CAST-Studie bestätigt mit Daten aus zwölf europäischen Ländern den Trend dieser Ergebnisse (Ausserhofer et al., 2014). Die häufigsten unterlassenen Pflegeaufgaben sind demnach Trösten, Ermutigen, Patientengespräche sowie Patienten- und Familienedukation. Unterlassen werden offensichtlich wichtige Dimensionen des «Caring» und vorausschauende Aufgaben, die gerade bei einer kürzer werdenden Verweildauer im Krankenhaus von zentraler Bedeutung für die Entlassungsfähigkeit sind.

Aus diesen Ergebnissen kann nicht gefolgert werden, dass die Pflegenden diese Aufgaben nicht für wichtig halten, aber offensichtlich konnten sie die Bedeutung der Aufgaben nicht in konkretes Handeln umsetzen. Interessant wäre hierbei zu wissen, warum gerade diese Tätigkeiten weggelassen wurden: Weil ihre negativen Folgen nicht so schnell und schon gar nicht im Krankenhaus sichtbar werden? Weil andere, zum Beispiel Ärzte oder Vorgesetzte, sie als nicht so wichtig betrachten beziehungsweise andere Aufgaben als dringender eingefordert haben? Oder waren die Aufgaben tatsächlich gar nicht so wichtig?

Forderung nach mehr Forschung

Wenn Pflege für das Wohlergehen von Patienten eine Bedeutung hat – und davon bin ich fest überzeugt –, dann muss sich das auch nachweisen lassen. Nachweisen heisst aber, dass es nachvollziehbare, nach methodisch anerkannten Regeln transparente Forschung dazu geben muss. Das setzt voraus, dass pflegerisches Handeln und seine Ziele genau beschrieben werden müssen – auch genaue Beschreibungen können Forschungsergebnisse sein. So halte ich es für ein wichtiges Ergebnis, in einer qualitativen Studie mit den Mitteln der Beobachtung nachgewiesen zu haben, dass Pflegenden im Krankenhaus bei Patienten mit einer mittelschweren Demenz verbalen Schmerzäusserungen mehr vertrauen als ihren gestischen oder mimischen Äusserungen (Sirsch, im Druck).

Zu bemängeln, dass Kommunikation und psychosoziale Unterstützung aufgrund der Ökonomisierung im Krankenhaus nicht mehr möglich seien, reicht nicht. Wenn diese für die Patienten und ihre Gesundheit wichtig sind, dann muss das nachgewiesen werden. Die Wirkung von Kommunikation und psychosozialer Unterstützung zu untersuchen, ist allerdings methodisch deutlich schwieriger, als zum Beispiel Medikamenteneffekte festzustellen. Vor allem sind die «unendlichen Weiten» der pflegerischen Zuständigkeit und der patientenbezogenen Ziele nicht nur genau zu beschreiben, sondern auch zu operationalisieren. Das ist zwar ebenfalls nicht einfach, wenn es mehr ist

als eine relativ einfach darzustellende Dekubitusprophylaxe. Vergessen sind in diesem Zusammenhang aber offenbar auch bereits recht alte Forschungsergebnisse, die die Bedeutung von psychosozialer Unterstützung für den Schlaf, die Stabilität des Kreislaufs und schliesslich für die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus schon vor etwa 40 Jahren zeigten (Reading, 1979).

Dem Ziel, Forschungsnotwendigkeiten zu beschreiben, dienen die nun auch deutschsprachig erstellten Forschungsagenden für Pflegeforschung in der Schweiz (Imhof et al., 2007) und in Deutschland (Behrens, Görres, Schaeffer, Bartholomeyczik, & Stemmer, 2012). Ihre Umsetzung erfordert Durchsetzungskraft, sind doch die Mittel für die Forschungsförderung endlich.

Fazit

In einem Artikel mit dem Aufruf, eine kritische Theorie der Pflegewissenschaft zu entwickeln, schrieb Friesacher (2011) vor ein paar Jahren: Die Paradoxien des modernen Kapitalismus bestünden darin, «*dass ursprünglich emanzipatorische Bestrebungen – die Rede vom Kunden oder Nutzer, das Einfordern von mehr Autonomie und Verantwortung und die Optimierung von Arbeitsabläufen und Prozessen – unter dem Einfluss von Marktmechanismen ihre ursprüngliche Bedeutung verlieren und einer verwertungsbezogenen Handlungslogik unterworfen werden.*» (S. 380). Bei der Pflege scheint diese Entwicklung aber noch weitergegangen zu sein, denn die Pflege ist nicht einmal einer «verwertungsbezogenen Handlungslogik» unterworfen, sondern einfach ignoriert worden. Dass dies über die Ökonomisierung hinaus wahrscheinlich noch mit etlichen berufsimmanten Dimensionen verbunden ist, habe ich versucht zu beschreiben.

Zweifellos beschneiden ökonomische Rahmenbedingungen pflegerisches Handeln ganz erheblich. Ich bleibe aber bei der Hypothese, dass diese Ignoranz gegenüber der Pflege relativ einfach möglich war, weil die Notwendigkeit pflegerischen Handelns im Rahmen der Gesundheitsversorgung mit dem Ziel der gesundheitlichen Verbesserung im Leben eines Patienten auch von der Pflege selbst nicht deutlich genug eingefordert wurde. Die Auffassung, dass pflegen heisst, Ärzten zu assistieren, konnte ziemlich ungestört aufrechterhalten werden. Dem gegenüber zeigen Studien wie die RN4CAST-Studie, dass gerade mit einer eigenständigen Auffassung von Pflege, die nicht auf einem medizinischen Modell beruht, weniger implizite Rationierungen verbunden sind (Ausserhofer et al., 2014). Dies klingt fast tautologisch, zeigt aber auch, dass das Bestehen auf einem eigenständigen Pflegehandeln möglich ist.

Ich halte es für problematisch, wenn Zweckrationalität und Wert-rationalität – oder Moral – als Gegensätze dargestellt werden, denn es ist sowohl zweckrational als auch wertrational und

daher von zentraler Bedeutung, nachzuweisen, dass psychosoziale Unterstützung, hermeneutisches Fallverstehen und sorgende Pflege für das Leben und Überleben der Patienten notwendig sind. Ebenso halte ich die Trennung zwischen körperorientierter Pflege und psychosozialer Unterstützung für fatal, weil diese Aufteilung nicht möglich ist. Eine rein körperorientierte Pflege kann ohne hermeneutisches Fallverstehen für den Patienten fatale Folgen haben, weil auch eine explizite Körperorientierung immer eine psychosoziale Komponente hat. Eine Körperpflege kann zwar technisch mit ihren «handwerklichen» Abläufen korrekt beschrieben werden, in der Durchführung aber ist entscheidend, in welcher Beziehung zwischen Pflegendem und Gepflegtem sie geschieht und mit welchen psychosozialen Ausprägungen sie versehen ist. Die gleiche «Technik» kann verletzend oder auch wohltuend wirken.

Eine Handlung zwischen zwei Menschen kann nicht mit der Interaktion zweier Maschinen verglichen werden.

Die Voraussetzung für die Durchsetzung einer «guten» Pflegepraxis ist, entsprechende Forschungsergebnisse vorzuweisen, die die Notwendigkeit der Pflege für das Wohlergehen von zu Pflegenden nachweisen. Ich halte dies für eine wichtige Grundlage, um Machtverhältnisse zu beeinflussen, zumindest so lange wir in Gesellschaften leben, die demokratisch sind und sich ab und zu darauf besinnen, humanitäre Grundlagen und Ziele zu verfolgen. Mit Klagen über zu wenig Zeit, ohne nachzuweisen, wofür die Zeit erforderlich ist, kommt die Pflege nicht weiter.

Zeit ist bei der pflegerischen Versorgung ein entscheidender Faktor. Aber Zeit kostet Geld. Ich bin deshalb der Auffassung, dass wir nicht darum herumkommen, auch Pflege mit ökonomischen Kennzahlen zu verbinden. Eminent wichtig ist hier die Frage, wer die Inhalte dieser Kennzahlen definiert und somit an den Schalthebeln der Macht sitzt. Um dies zu beeinflussen, muss die Pflege als überzeugende Akteurin innerhalb des Machtgefüges auftreten. Dies ist meines Erachtens möglich, ohne dass sie sich den Fehlleistungen des Systems – wie der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens – unterwirft.

Inwieweit wir dabei Standardisierungen wie Expertenstandards nutzen können oder müssen, muss sich anhand der Inhalte zeigen. Ganz wichtig ist, dass organisatorische Rahmenbedingungen der Pflege wie Personalausstattung, Aufgabenschwerpunkte und -abgrenzungen unbedingt zuerst inhaltlich und erst dann formal diskutiert werden. Erst muss klar sein, wofür welches Personal eingesetzt werden soll, erst dann kann über die Anzahl diskutiert werden. Meist fehlt der erste Teil, auch weil zu wenig Daten vorliegen oder die Kenntnisse der Verhandler aus welchen Gründen auch immer unzureichend sind. Die vermeintliche Sprachlosigkeit der Pflege muss zwingend einer konkreten Einforderung der Integration ihrer Professionalität im ganzen Gesundheitssystem weichen.

Standardisierung als Orientierungshilfe im pflegerischen Handeln

Welche Begriffe und Formen für eine standardisierte Pflegehandlung auch gewählt werden – sie versprechen alle Strukturierung, Qualität, Wirksamkeit sowie Sicherheit in der Gesundheitsfürsorge und -pflege. Trotz dieser Zusage gibt es Vor- und Nachteile sowie positive und negative Haltungen im Gesundheitssystem. Eine Übersicht.

Evelyn Rieder

Thematischer Ausblick

Die ersten beiden Teile dieser Publikation zeigen, dass die Pflege in einem Spannungsfeld zwischen verschiedensten ethischen/moralischen sowie berufs- und gesundheitspolitischen Ansprüchen steht. Zudem sind durch die Ökonomisierung die Ansprüche an das Gesundheitssystem, an die Arbeitgeber und den Arbeitsplatz noch weiter gestiegen. Nachdem im (auch) schweizerischen Kontext Aspekte der Ökonomisierung der Pflege beleuchtet wurden und Sabine Bartholomeyczik differenziert und pointiert den Weg zur Professionalisierung der Pflege aufgezeigt hat, wird nun im letzten Teil dem Thema der Standardisierung im klinischen Alltag nachgegangen.

Die DRG als wirtschaftliches Patientenklassifikationssystem kommen einer Standardisierung gleich in dem Sinne, dass aufgrund finanzieller Kriterien Patienten mit gleicher Diagnose bezüglich ihrer Behandlung alle über einen Kamm geschoren werden, unabhängig von ihrer individuellen Verfassung und Situation (im Unterschied zu Behandlungsstandards als Orientierungshilfe und Qualitätssicherung im pflegerischen Handeln, auf die im Folgenden genauer eingegangen wird). Ebenso hat der Beruf der Pflege einen Wandel erfahren, dazu gehören zum Beispiel die Professionalisierung und die Akademisierung der Pflege. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Tendenzen beeinflussen auch den Pflegealltag – weg vom Individualismus hin zum Konformismus, was wiederum eine Vereinheitlichung respektive Standardisierung bedeutet.

Durch das neue Krankenhausversicherungsgesetz, die DRG sowie TARMED erhalten die Spitäler kleinere finanzielle und

prozessoptimierende Spielräume. Trotz häufiger Restrukturierung im Gesundheitswesen steigen die Gesundheitskosten aus unterschiedlichen Gründen jährlich an. Bis dato ist die erhoffte kostendämpfende Wirkung durch das KVG ausgeblieben.

Der pflegerische klinische Alltag hat sich durch die Einführung der Fallpauschalen unweigerlich verändert und sich den neuen Gegebenheiten angepasst. Nebst den oben aufgeführten Aspekten dürfen der demografische Wandel und die Zunahme der chronischen Erkrankungen nicht unterschätzt werden. Die immer älter werdende, fragile sowie polymorbide Bevölkerung wird bald auf einen Pflegemangel oder sogar -notstand im Gesundheitswesen treffen.

Auf der Mesoebene² müssen nun die Spitäler dieser vulnerablen Menschengruppe gerecht werden. Die Pflegenden müssen an ihren Kerntätigkeiten festhalten und diese sichtbar machen. Dies ist heute durch den Pflegeprozess respektive durch die Pflegeklassifikationen einfacher zu bewerkstelligen. Ein bedeutender Teil der Pflege umfasst Caring. Aber diese Fürsorge und zwischenmenschliche Beziehungsarbeit ist kaum sichtbar. Es ist schwierig und auch unsinnig, diese zu quantifizieren. Umso wichtiger sind eine einheitliche Pflegesprache und eine Standardisie-

2 Makro-, Meso- und Mikroebenen im Gesundheitswesen: Auf der Makroebene werden Gesetze und Systeme wie z. B. die DRG erarbeitet; auf der Mesoebene wird die Steuerung der Organisationen und Leistungserbringer wie z. B. Spital und Spitex betrachtet; auf der Mikroebene geht es um die individuelle Patientenbeziehung und um das Gesundheitspersonal, z. B. Outcomes, evidenzbasierte Guidelines usw. (Offermanns, 2008).

zung von gewissen Handlungen. Heute wird eine ganzheitliche Pflege, die einerseits evidenzbasiert und qualitativ hochstehend, andererseits wirtschaftlich und effizient ist, angestrebt. Der Anspruch an eine pflegerische evidenzbasierte Praxis wird immer häufiger als globales Phänomen angesehen (Kitson, 2004). Pflegerische Handlungen werden heute durch Pflegeprozesse und standardisierte Handlungen vergleichbarer und auch messbarer gemacht. Die bestverfügbare Pflege muss patientenzentriert, evidenzbasiert und kosteneffektiv sein (Pundt, 2006) – ein erster Schritt zur Verbesserung der Effizienz und der Qualität in der Gesundheitsversorgung (Ellingsen, Monteiro, & Munkvold, 2007).

Die Pflege wird als ökonomisch belastender Faktor insbesondere im Krankenhaus wahrgenommen, weil sie in dem Refinanzierungssystem von Krankenhäusern keine gesonderte Position einnimmt im Gegensatz zu ärztlichem Handeln, auf dessen Basis die Finanzierung von Krankenhäusern erfolgt. Ärztliches Handeln ist so oder so erlösrelevant, während pflegerisches Handeln als kostenverursachend bewertet wird. Die Pflege befindet sich im Spannungsfeld zwischen den pflegerischen Ansprüchen und dem bestehenden oder prognostizierten Personalmangel. Dadurch erhebt sich schnell die Frage, was die Pflege «sichern» kann und wie. Hypothetisch kann hier gesagt werden, dass die Standardisierung (im Sinne von Orientierungshilfe und Qualitätssicherung) der pflegerischen Handlungen einen Lösungsansatz dafür liefert.

Die nächsten Kapitel werden Aufschluss über das Thema Standardisierung in der Pflege geben.

Begrifflichkeiten rund um die Standardisierung

Das Thema Standardisierung ist im pflegerischen Kontext nicht einfach anzupacken. Der Begriff erhält je nach Sprache, Kultur, Fachrichtung und/oder momentanem Trend eine enorme Dynamik. Trede nennt dies zu Recht eine «babylonischen Sprachverwirrung» (Trede, 1997).

Allein schon der Begriff Standard erfährt unterschiedliche Klassifizierungen, zum Beispiel Qualitäts-, Experten- und/oder Goldstandard. Wird die internationale Literatur nach dem Begriff Standard gesichtet, kann die Liste noch mit unter anderen folgenden Begriffen ergänzt werden: Leitlinien, Richtlinien, Guidelines, Protokolle usw. (siehe weiter unten). Häufig werden die Begriffe auch synonym verwendet.

Wir versuchen in dieser Schrift, die entsprechenden Begriffe möglichst stringent und kohärent zu verwenden. Überschneidungen und Interpretationsspielräume sind indes nicht zu vermeiden, da die verschiedenen Begriffe meist keinen klar definierten beziehungsweise überall gleich verstandenen Inhalt umschreiben. Dennoch soll hier ein möglichst genauer Überblick gegeben werden.

Es bleibt festzuhalten: Alle diese «Konzepte» möchten mehr oder weniger nur eines: durch eine Standardisierung eine Normierung beziehungsweise Vereinheitlichung bewirken – bezogen auf den pflegerischen Bereich eine Verbesserung der Behandlung und Qualität sowie eine sichere und transparente Pflegeversorgung in Gesundheitssystemen (Ellingsen et al., 2007; Flynn & Sinclair, 2005; Guerrero, Beccaria, & Trevizan, 2008).

Oder mit anderen Worten: Welcher Terminus auch immer untersucht oder gewählt wird, geht es um Standardisierung, um eine Vereinheitlichung einer Tätigkeit oder Normierung eines Produkts, als Basis für eine Evaluation (Bowker & Leigh Star, 2000; Guerrero et al., 2008).

Genau dieses Ziel verfolgt die Standardisierung auch im schweizerischen Gesundheitssystem. Der Bund hat in seiner gesundheitspolitischen Agenda «Gesundheit2020» die Gesundheitskosten und indirekt eine Standardisierung im Visier. Dabei stellt er Strategien zur Effizienzsteigerung und Qualitätsverbesserung respektive zur Kosteneindämmung im schweizerischen Gesundheitswesen vor. In vier übergeordneten Handlungsfeldern werden Ziele und Massnahmen dazu präsentiert (Abbildung 3), wobei individuelle Bedürfnisse und das Wohlbefinden jedes Einzelnen in den unterschiedlichen Lebensphasen im Zentrum stehen (BAG, 2013).

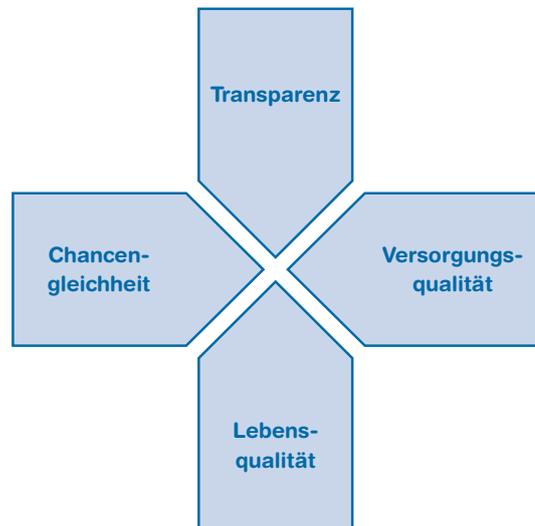


Abbildung 3: Die vier Handlungsfelder der Agenda «Gesundheit2020» (BAG, 2013)

Zwar wird die Pflege in diesem Bericht kaum erwähnt, doch verfolgen die Handlungsfelder «Versorgungsgleichheit» und «Transparenz» dieselben Ziele wie eine Standardisierung in der Pflege. In der professionellen Pflege haben der Pflegeprozess sowie die Anwendung von Standards unter Berücksichtigung des Qualitätsaspektes einen grossen Stellenwert und passen bestens zu diesen Handlungsfeldern (Bartholomeyczik, 2002).

Standards

Etymologisch wurde der Begriff «Standard» im 19. Jahrhundert vor allem in der Kaufmannssprache genutzt und bedeutete im Englischen einen festgelegten Münzfuss (Duden, 2001). Je nach politischem, historischem oder sprachlichem Kontext wechselt die Bedeutung des Begriffes «standard»/«étandard» (en/fr) in der deutschen Sprache zu Standarte oder Fahne. Historisch gesehen begann der Trend zur Standardisierung (Normierung) durch die gesteigerte Produktivität zum Beispiel durch den technischen Fortschritt im späten Kapitalismus (Timmermans & Almeling, 2009). Durch die Industrialisierung übernahmen vermehrt Maschinen, heute sogar Roboter, die Tätigkeiten der Menschen. Technologische Abläufe sind stringent geregelt, festgelegt und programmiert. Ob in der Technik, der Wirtschaft oder dem Gesundheitssystem, es wird eine klientengerechte Standardisierung erwartet, das heisst, die Standards müssen die Bedürfnisse und Wünsche der Kunden erfüllen.

Die «humboldtsche Vermessung der Welt» – ein Bedürfnis zur Normierung älteren Datums – wurde durch die globale Standardisierung mit der Gründung der Internationalen Organisation für Standardisierung/Normierung (ISO) im Jahre 1947, in Genf, Realität. Bis dato sind 162 Länder in der ISO (Stand Januar 2015) vertreten. In fast allen Bereichen werden Standards herausgegeben oder mit Unterstützung von anderen Organisationen entwickelt. Die ISO definiert Standards wie folgt (ISO, 2017): «Standard is a document that provides requirements, specifications, guidelines or characteristics that can be used consistently to ensure that materials, products, processes and services are fit for their purpose.»

Die Pflegediagnosen der Nordamerikanischen Nursing Diagnosis Association (NANDA) sind ISO-zertifiziert. Nebst globalen Standards existieren auch internationale, nationale, regionale oder lokale Standards. Das Gesundheitssystem und seine Akteure befinden sich durch den ökonomischen Druck im dauernden Wandel. Dies gilt auch für die Standardisierung. Die Stabilität und die Homogenität der Standards werden von politischen, dynamischen und sozial-materiellen Faktoren der Gesellschaft beeinflusst (Timmermans & Almeling, 2009).

Standardisierung ist meist ein Prozess und geschieht weltweit andauernd (Bowker & Leigh Star, 2000). Zum Beispiel baut die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seit 1970 eine Nomenklatur für Krankheiten auf (Bowker & Leigh Star, 2000). Die DRG sind ein weiterer Schritt in Richtung Standardisierung oder Klassifizierung. Dies gilt auch für die internationale Klassifikation der Pflegediagnosen (NANDA: North American Nursing Diagnosis Association), der Interventionen (NIC: Nursing Intervention Classification) und der Outcomes (NOC: Nursing Outcomes Classification).

Im Buch «Sorting Things Out» definieren Bowker und Leigh Star (2000) Standards wie folgt (S. 13 ff):

1. A standard is any set of agreed-upon rules for the production of objects.
2. A standard spans more than one community of practice or site of activity.
3. Standards are deployed in making things work together over distance and heterogeneous metrics.
4. Legal bodies often enforce standards, be these mandated by professional organizations, manufacturers' organizations, or the state.
5. There is no natural law that the best standard shall win.
6. Standards have significant inertia and can be very difficult and expensive to change.

Standards in der Pflege

Wie oben bereits angeführt, wird der Begriff Standard mit unterschiedlichen Bedeutungen in der Pflege genutzt. In den 1990er Jahren wurden vielfach pflegerische Handlungsabläufe normiert, jeder Ablaufschritt beschrieben, um dadurch grössere Zuverlässigkeit und Vergleichbarkeit pflegerischen Handelns zu erreichen. Pflegemassnahmen sollten einheitlich durchgeführt werden, weil man sich dadurch eine bessere Pflegequalität erhoffte. Ausserdem wurde mit diesen sogenannten Ablaufstandards oftmals die Hoffnung verbunden, dass mangelnde Fachkenntnisse dadurch zumindest teilweise kompensiert werden könnten (Bartholomeyczik, 2002).

Leider sind beide Hoffnungen relativ trügerisch. So kann eine standardisierte Ablaufbeschreibung keineswegs Fachkenntnis ersetzen, sie kann allenfalls manches Vergessene wieder zu Bewusstsein bringen und möglicherweise verhindern, dass Aspekte übersehen werden. Sinnvoll sind derartige Ablaufstandards insbesondere, wenn Pflege unter Einbeziehung medizintechnischer Geräte erfolgt, bei denen wesentliche Funktionen beachtet oder verändert werden müssen. Gefährlich werden derartige Ablaufstandards, wenn sie ohne Beachtung zu erreichender Ziele und ohne Anpassung an die individuelle Lage sowie die Bedürfnisse des Patienten nach einem vorgegebenen Schema durchgeführt werden. Letztlich werden sie dabei ohne pflegerische Reflexionen angewandt und können dadurch kontraproduktiv wirken, also die Pflegequalität eher verschlechtern als verbessern (Bartholomeyczik, 2002).

Standards als Beschreibung eines Qualitätsniveaus

Seit den frühen 1980er Jahren werden Pflegestandards im klinischen Setting angewendet. Die WHO definierte im Jahre 1983 einen «Standard in der Pflege als ein vereinbartes Mass an für einen bestimmten Zweck benötigter pflegerischer Betreuung». Die WHO ergänzte später Folgendes: «Ein Standard ist ein an einem Kriterium ausgerichtetes, erreichbares Leistungsniveau. Die tatsächliche Leistung wird daran gemessen.» (von Stösser, 1994, S. 2).

Im Sinne der Pflegequalitätsentwicklungen hat der Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK-ASI) im Jahr 1990 Pflegestandards wie folgt definiert: «Ein allgemein zu erreichendes Leistungsniveau, welches durch ein oder mehrere Kriterien umschrieben wird.» (SBK-ASI, 1990). Durch Kriterien, die kurz und überprüfbar sein müssen, werden die Inhalte der Standards definiert. Um die Qualitätserwartung zu erfüllen, müssen die Standards periodisch überprüft und den neuen Erkenntnissen sowie der aktuellen Evidenz angepasst werden (SBK-ASI, 1990).

In den Gesundheitssystemen hat die Standardisierung vor allem durch die Forderung nach evidenzbasierter Medizin an Bedeutung gewonnen. Die Pflege folgt diesem Trend. Innerhalb des Pflegeprozesses müssen/sollten die Interventionen der besten verfügbaren Evidenz entsprechen. Die professionelle Pflege sollte sich durch eine evidenzbasierte Pflege, kompetente Beratung und Begleitung auszeichnen und ist bestrebt, die bestmögliche Lebensqualität in allen Phasen des Lebens der Betroffenen zu erreichen (Spichiger et al., 2006). Pflegerisches Handeln kann durch eine Standardisierung vergleichbar, sichtbar und kontrollierbar werden (Bowker & Leigh Star, 2000). Das Vergleichen oder Messen von Beratungsinhalten ist jedoch anspruchsvoll und funktioniert ohne zusätzlichen Aufwand kaum oder nicht. Dennoch ist die Beratung ein wichtiger Teil des pflegerischen Handelns und würde eigentlich in einen pflegerischen Qualitätsstandard gehören.

Die geforderte Evidenzbasierung, also der Aufbau von Standards auf Basis der relevanten Forschungsergebnisse, findet sich in der Definition des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), wonach Qualitätsstandards *«evidenzbasierte, monodisziplinäre Instrumente [sind], die den spezifischen Beitrag der Pflege für die gesundheitliche Versorgung von Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/ Bewohnerinnen sowie ihren Angehörigen zu zentralen Qualitätsrisiken aufzeigen und Grundlage für eine kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bieten. Sie stellen ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau dar, das dem Bedarf und den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege miteinschliesst.»* (DNQP, 2015, S. 5).

Beeinflusst wird die Strukturierung derartiger Standards durch die Qualitätskriterien von Donabedian. Donabedian, ein amerikanischer Mediziner, hat in den 1960er Jahren zur Beschreibung gesundheitlicher Versorgungsqualität zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien unterschieden (Donabedian, 1968, Abbildung 4). Diese Unterscheidung ist vor allem eine analytische. Keine der drei Qualitätsdimensionen kann für sich alleine eine Versorgungs- und Pflegequalität sicherstellen.

Strukturstandards (structure)	Beschreiben die Rahmenbedingungen, Organisationsform, Ressourcen; Voraussetzungen, um den Standard zu erfüllen
Prozessstandards (process)	Beschreiben, was gemacht werden muss, um den Standard zu erreichen, das heisst die Art und Weise der pflegerischen Handlung (Interventionen)
Ergebnisstandards (outcome)	Beschreiben, durch welche pflegerische Intervention welche Outcomes erreicht werden sollen. Dies bedeutet, dass Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft werden können.

Abbildung 4: Einteilung der Standards und der Kriterien nach Donabedian (1968)

Insgesamt kann gesagt werden, dass Pflegestandards eine Verbindlichkeit einfordern. Trotzdem erlauben sie gewisse Handlungsspielräume und -alternativen, die situativ und auf den Kontext der unterschiedlichen Institutionen sowie patientengerecht adaptiert werden müssen (DNQP, 2015).

In dem bereits erwähnten DNQP werden Expertenstandards entwickelt, die sich ausführlich mit jeweils nur einem komplexen pflegerischen Thema befassen.

Seit 1999 arbeitet das DNQP in Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat an der Entwicklung und Implementierung von evidenzbasierten pflegerischen Expertenstandards. Als Erstes wurde der Expertenstandard «Dekubitusprophylaxe in der Pflege» publiziert. Mittlerweile sind zehn Expertenstandards erhältlich, zum Beispiel für Sturzprophylaxe, Schmerzmanagement in der Pflege bei akutem sowie bei chronischem Schmerz, Pflege von Menschen mit chronischen Wunden und Ernährungsmanagement in der Pflege (DNQP, 2017).

Das DNQP koordiniert die vierstufige Entwicklung der Expertenstandards sowie deren Einführung.

Vor der Implementierung wird der evidenzbasierte und durch eine Expertengruppe erstellte Entwurf des Expertenstandards mit einer breiten Fachöffentlichkeit diskutiert. Die Expertenstandards nutzen die Qualitätsdimensionen von Donabedian als Strukturierung (siehe Abbildung 4). Die Standardkriterien müssen folgende Ansprüche erfüllen (DNQP, 2015, S. 11; 2017):

- aktuellen Stand des Wissens abbilden, dabei trennscharf und messbar sein;

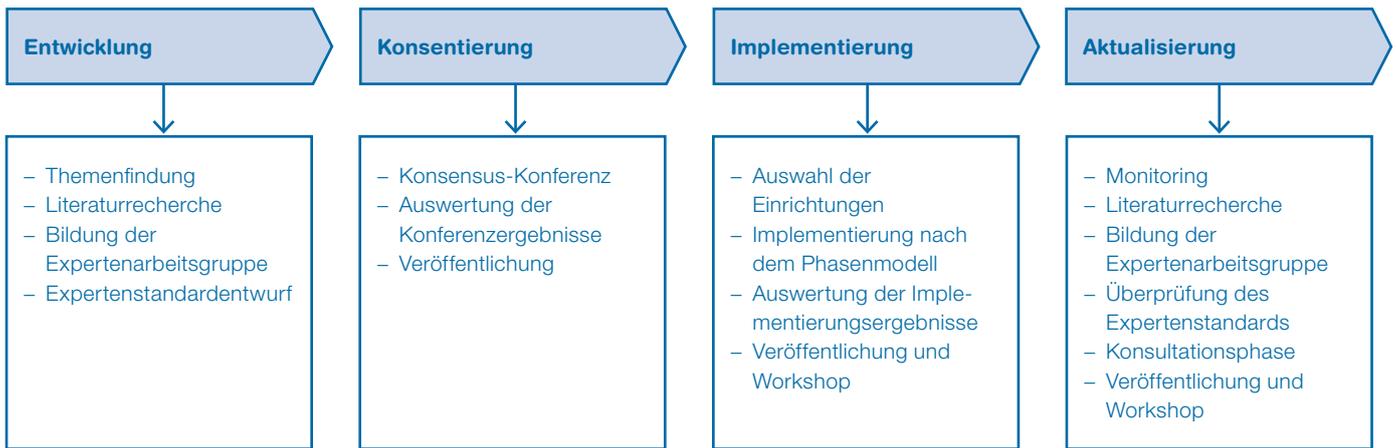


Abbildung 5: Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards (DNQP, 2015, S. 7)

- verbindliche Massnahmen, professionelle Gestaltungsspielräume beschreiben;
- verantwortliche Akteure und Kooperationsebenen mit anderen Berufsgruppen und Institutionen benennen;
- Interdependenzen zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sichtbar machen;
- konsequent an den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe orientiert und praxistauglich sein sowie
- Pflegeentwicklung fördern, ohne die Praxis zu überfordern.

Die Expertenstandards sollen fünf Jahre nach der ersten Publikation aktualisiert werden. Die Aktualisierungsnotwendigkeit wird laufend mit Hilfe der Expertengruppe überprüft. Kürzlich wurde der erste Expertenstandard «Dekubitusprophylaxe in der Pflege» mit der zweiten Aktualisierung veröffentlicht; der Standard «Entlassungsmanagement in der Pflege» steht am Anfang der Überarbeitung (DNQP, 2017).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Entwicklung solcher Expertenstandards zeit- und kostenintensiv ist. Einerseits stützen und stärken Expertenstandards den Berufsstand in seiner Legitimation. Andererseits können Qualitätsstandards immer auch eine Grundlage externer Kontrollen sein, was im Widerspruch zu der beruflichen Autonomie und Macht steht (Rosoff, 2004). Es fragt sich dabei, in welcher Form die beanspruchte Qualität verhandelbar ist.

Die oben vorgestellten Definitionen von Standards verfolgen dasselbe Ziel – die Qualitätsverbesserung. Pflegestandards normieren gewisse pflegerische Handlungsabläufe und vermitteln dadurch auch pflegerische Sicherheit. Trotzdem hegen einige Pflegende Widerstände gegen Standards oder wenden diese – aus unterschiedlichen Gründen – nicht immer an. Häufig sind Standards zu wenig bekannt, «top-down» verordnet oder nicht überall erhältlich beziehungsweise zugänglich. Die Angebote in einem Universitätsspital können sich von jenen in

einer ländlichen Hausarztpraxis unterscheiden. Häufig sind die Standards nicht flächendeckend disseminiert oder die Nutzer werden bei der Implementierung zu wenig miteinbezogen. Ebenso können zeitliche Ressourcen zur Implementierung oder Nutzung fehlen. Ein anderer Grund für ein Nichtanwenden von Standards kann eine mangelnde Adaption an den Kontext beziehungsweise an das Setting sein, wenn zum Beispiel Standards das jeweilige Praxisfeld zu wenig berücksichtigen. Aber genau diese Praxisnähe fordert sowohl die WHO-Definition als auch das DNQP. Sicher ist, dass im Rahmen eher abstrakt formulierter Qualitätsstandards standardisierte Handlungsabläufe Wissensdefizite kompensieren und/oder überbrücken können (Bartholomeyczik, 2002). Eine nicht individuell orientierte Normumsetzung oder Standardisierungen bedeutet aber keineswegs eine Qualitätsverbesserung oder automatisch eine gute beziehungsweise bessere Pflege. Insofern darf dieses Verständnis von Pflegestandards nicht mit Ablaufstandards (procedures) verwechselt werden, die zu einem Automatismus führen können, der die notwendige Individualität ignoriert (von Stösser, 1994). Dabei ist gerade bei Standards das kritische Reflektieren der eigenen Handlung ein wichtiger Anteil zur Professionalisierung.

Leitlinien

Wie die Standards sind auch Leitlinien evidenzbasierte Instrumente, die im klinischen Alltag Entscheidungshilfe bieten. Im deutschen Kontext steht der Begriff Leitlinie eher im Zusammenhang mit der Medizin und weniger mit der Pflege. Dies verhält sich im englischen Kontext nicht so. Leitlinien respektive «guidelines» existieren bei beiden Professionen. Wegen dieser sprachlichen Gegebenheit werden zuerst Leitlinien und anschliessend Guidelines erläutert. Weitere wegleitende Begriffe werden am Ende des Kapitels erklärt.

Nebst der WHO sind es Regierungsinstanzen, Bundesämter, Fachgesellschaften oder Institutionen, die Leitlinien zu spezifischen Problemen erarbeiten (Rohrbasser, 2013). Leitlinien versuchen, wissenschaftliche Evidenz und Praxiserfahrung systematisch darzustellen, damit im klinischen Alltag gewisse Entscheidungsprozesse unterstützt werden (Lelgemann & Ollenschläger, 2006; Rohrbasser, 2013).

Eine Definition für Leitlinien liefert Cochrane Deutschland (2017):

- beinhalten systematisch entwickelte Aussagen zur Unterstützung der Entscheidungsfindung von Ärzten, anderen im Gesundheitssystem tätigen Personen und Patienten. Das Ziel ist eine angemessene gesundheitsbezogene Versorgung in spezifischen klinischen Situationen;
- sollen die Transparenz medizinischer Entscheidungen fördern. Sie werden entwickelt, indem zu speziellen Versorgungsproblemen Wissen aus unterschiedlichen Quellen zusammengetragen und gewertet wird. Zudem ist eine Berücksichtigung und Diskussion gegensätzlicher Standpunkte und besonderer situativer Erfordernisse wichtiger Bestandteil der Leitlinienentwicklung;
- [...] sind rechtlich nicht verbindlich. Dies unterscheidet sie von Richtlinien.

Leitlinien versuchen, diagnose- und symptombezogene Therapieoptionen und deren Management immer aktuell und vereinfacht abzubilden.

Nationale und internationale Standardisierung am Beispiel von Leitlinien

Es gibt auf nationaler wie auch auf internationaler Ebene verschiedene Organisationen, Gesellschaften oder Arbeitsgruppen, die Leitlinien erarbeiten.

Ein Beispiel aus der Schweiz: Die Nationalen Leitlinien Palliative Care wurden durch Einbezug unterschiedlicher Akteure wie interdisziplinärer, nationaler Gruppen von Palliative-Care-Expertinnen und -Experten unter der Leitung des BAG erstellt (Binder & von Wartburg, 2014). Sie haben nicht den Anspruch, Qualitätskriterien zu definieren oder Finanzierungsmodelle zu diskutieren, sondern möchten die Akzeptanz der Palliative Care nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch bei einer breiten Bevölkerung verbessern.

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland bietet auf ihrer Website nebst den rund 700 Leitlinien das Portal der wissenschaftlichen Medizin für die Forschung und die Lehre zur medizinischen Versorgung an (AWMF online, 2017, Februar 11). Die AWMF teilt Leitlinien in drei Entwicklungsstufen ein (Abbildung 6).

S1 Leitlinien / Handlungsanweisung durch Expertengruppe

Die von der AWMF gebildete Expertengruppe erarbeitet im informellen Konsensus eine Empfehlung, die von der jeweiligen Fachgesellschaft verabschiedet wird. Sie weist die niedrigste Evidenz auf.

S2 Leitlinien aus formaler Konsensusfindung

Durch evidenzbasierte Literatur oder aus Konsensusverfahren der Leitlinien-Stufe 1 (Delphi-Methode) und mit einer Diskussion der Evidenz werden die Leitlinien S2 definiert.

S3 Leitlinien aus systematischer Erstellung

- formaler Konsensusprozess
- logische Analyse
- evidenzbasierte Medizin
- Entscheidungsanalyse
- Outcome-Analyse

Die Stufe S3 weist die höchste Evidenz aus.

Abbildung 6: Entwicklungsstufen der Leitlinie und Handlungsanweisung (Mehrholz, 2012)

Für die Schweiz existiert die Website www.guidelines.ch mit «Medizinische[n] Leitlinien für Diagnostik und Therapie». Die Informationen sind an ein kostenloses Login gebunden. Verschiedene Fachgesellschaften und Institutionen bieten thematisch Leitlinien vor allem für Hausärzte an und liefern auch Fachwissen zum Erstellen einer Leitlinie. Die Leitlinien sind für unterwegs per App abrufbar. Das Zeitalter der Digitalisierung bietet für jegliche Form von standardisierten Daten und Informationen eine ideale Plattform. Die Herausforderung in der virtuellen Welt ist, aktuelle und evidente Angebote zu finden.

Das (deutsche) «Zentrum für Qualität in der Pflege» bietet auf seiner Datenbank eine Übersicht über Pflegeleitlinien und -standards sowie Definitionen zu Leitlinien: Leitlinien sind «systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Dokumente, die Entscheidungshilfen bei speziellen gesundheitlichen Problemen bieten. Die Entwicklung dieser Dokumente soll festgelegt und transparent dargestellt sein und Orientierungshilfe im Sinne von Handlungs- und Entscheidungskorridoren liefern» (AWMF & äzq, 2007, zitiert nach ZQP, 2017). Bis dato bietet die Datenbank 46 Pflegeleitlinien in deutscher sowie 121 in englischer Sprache an. Leider sind einige dieser Standards schon älteren Datums und es entsprechen nicht alle den Kriterien der bestmöglichen Evidenz.

Die internationale Organisation Health Level Seven (HL7) hat ihren Ursprung in Palo Alto, Kalifornien, und wurde 1987 gegründet. Sie bietet elektronische Datenverarbeitung und den elektronischen Austausch von Informationen von medizinischen Daten unter anderen auch von internationalen Standards. Mit 35 Mitgliedsländern, darunter auch der Schweiz, bietet die HL7 klinische, finanzielle und administrative Informationen (Ellingsen et al., 2007; HL7, 2017).

Die Inhalte der Kapitel «Standards» und «Leitlinien» können ohne Vorbehalt auf pflegerische Leitlinien/Standards übertragen werden. Da aber im schweizerischen Pflegekontext eher die Begriffe «Pflegestandard» und «Guideline» als der Begriff «Pflegeleitlinie» verwendet werden, widmet sich das folgende Kapitel nochmals dem Begriff «Guideline» – dies auch im Hinblick darauf, dass der Begriff Guideline hier zur Vereinfachung des Textes stellvertretend für manch andere Begriffe mit ähnlicher Bedeutung verwendet wird.

Guidelines

Die Entwicklung von Guidelines basiert auf der bestverfügbaren Evidenz einer systematischen Literaturreview. Wissen aus der Forschung gelangt dadurch in die Praxis. Die wissenschaftlichen Ergebnisse aus der Literatur müssen analysiert beziehungsweise synthetisiert und so aufbereitet werden, damit sie verständlich in den klinischen Alltag transferiert werden können sowie nutzbar und anwendbar sind (Mayers, 2010). Dieser Wissenstransfer ist ein dynamischer, interaktiver Prozess. Falls Guidelines auf dem neusten Stand der Wissenschaft sind, vermitteln sie aktuelles pflegerisches Wissen und haben so einen informativen Charakter. Guidelines schliessen ein Stück weit die Lücke zwischen Forschung und Praxis. Sie können im Pflegealltag eine Veränderung bewirken.

Guidelines bilden nur einen Teil einer Abstraktionsebene ab. Sie haben nicht den Anspruch, den realen klinischen Alltag zu erfassen, sollten aber trotzdem praxisnah sein. «Guidelines are just that – guidelines!» (Mayers, 2010). Oft übernehmen Fachgesellschaften oder -organisationen das Verfassen von Guidelines in übergeordneter Funktion. Dann müssen diese Guidelines auf den individuellen Pflegealltag und die Patientensituation adaptiert werden. Aber nicht jede klinische Situation kann in einer standardisierten Handlungsanweisung abgelenkt werden. Pflegerische Expertise, Beobachtungsgabe für Veränderungen, aktives Zuhören sowie pflegerische Intuition sind trotz des Booms, der die Standardisierung aktuell erfährt, essenziell. Mit Guidelines zu arbeiten, darf nicht bedeuten, dass die pflegerische Tätigkeit nicht mehr reflektiert und evaluiert wird. Wenn Guidelines überlegt genutzt werden, unterstützen oder erleichtern sie den Pflegealltag. Das pflegerische Denken und die zwischenmenschliche Interaktion können dadurch aber nicht ersetzt werden.

Mayers (2010) erwähnt in ihrer Dokorthesis, dass Guidelines nützliche Instrumente sind, «...to guide the nurse through a myriad of symptoms and complaints. Familiarity and experience contribute to a sense of «knowing» and this in turn reduces her anxiety and enables the practitioner to function effectively.» (S. 143)

Gemäss Guerrero et al. (2008) können Guidelines für bestimmte Situationen im pflegerischen Alltag die Ergebnisse verbes-

sern und den Organisationsprozess erleichtern. Guidelines organisieren und standardisieren pflegerische Interventionen. Dadurch kann eine Reduktion der individuellen und variantenreichen Pflege entstehen (Christensen & Hewitt-Taylor, 2006). Diese Reduktion ist aber nicht per se negativ. Zum Beispiel können bei einer standardisierten Wundversorgung zeitliche und materielle Ressourcen gespart werden. Auch die Beobachtung und die Überprüfbarkeit des Heilungsprozesses (Outcome) werden fassbarer als vielleicht bei einer variantenreicheren Pflege und einer Anwendung von stetig unterschiedlichen Interventionen. Dabei ist wichtig, dass Guidelines bekannt gemacht, sorgfältig eingeführt und evaluiert werden.

Die begriffliche und theoretische Auseinandersetzung mit der Standardisierung im klinischen Alltag zeigt, dass eine alleinige Entwicklung von Guidelines und die Normierung von Tätigkeiten der Gesundheitsberufe noch lange keine Verbesserung der Behandlungsqualität und keinen monetären Einfluss garantieren (Christensen & Hewitt-Taylor, 2006; Closs & Cheater, 1997; Miller & Kearney, 2004). Klinische Guidelines müssen valide, reproduktionsfähig, kosteneffektiv, interdisziplinär und im klinischen Alltag klar und flexibel anwendbar sein sowie periodisch überprüft werden (hmc, 2003). Wichtig ist bei der Einführung von Guidelines, die Anwender ins Boot zu holen und in gewisse Entscheidungen einzubeziehen. Guidelines müssen transparent und mit einer partizipativen Strategie implementiert werden, zum Beispiel mittels eines Workshops. Nur so beginnen starre Informationswege und Anweisungen sowie Widerstände im klinischen Alltag langsam zu bröckeln. Dadurch kann die Chance zu neuen Möglichkeiten und Formen genutzt werden (Closs & Cheater, 1997; Miller & Kearney, 2004). Prinzipiell geht es nicht darum, Widerstände zu brechen. Bei der Anwendung sollte hingegen vermehrt auch das kritische Denken (critical thinking/critical reasoning) gefördert werden. Gleichzeitig mit der Standardisierung wird eine «top-down»- sowie «bottom-up»-Arbeitsstrategie propagiert. Diese Vorgehensweise fördert ein gewisses Mitspracherecht der Mitarbeitenden. Sie werden befähigt, aktiv mitzudenken, was sich positiv auf die Pflegequalität auswirken kann. Auf den ersten Blick ist das Geschilderte vielleicht eine «beissende» Dualität, die kaum durchführbar ist. Vielleicht geht es hier aber auch darum, die Standardisierung als einen Prozess der Kulturveränderung zu betrachten. Doch tiefgreifende kulturelle Veränderungen sind nicht einfach und schon gar nicht schnell zu erreichen (McCormack et al., 2009).

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass eine alleinige Erstellung von Leitlinien oder Guidelines noch keine Garantie dafür ist, dass diese im klinischen Alltag Anwendung finden.

Verwendung von Guidelines im pflegerischen Alltag

Seit den 1990er Jahren ist die evidenzbasierte Pflegepraxis in aller Munde. Dieser Trend zeigt sich in der enormen Entwicklung von internationalen, nationalen sowie regionalen/lokalen evidenzbasierten klinischen Guidelines für pflegerische und

medizinische Tätigkeiten. Prinzipiell verfolgt eine Standardisierung das Ziel, eine Verbesserung von Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit in der Gesundheitsfürsorge und -pflege zu erreichen. Diese Entwicklung suggeriert, dass nur durch die Benutzung von Guidelines die Praktikerinnen und Praktiker zur relevanten Evidenz und zur optimalen patientenzentrierten Pflege und Medizin gelangen (Alanen, Kaila, & Välimäki, 2009). Im Weiteren wird der Anreiz zur Entwicklung von Guidelines auch durch den technologischen Fortschritt gefördert sowie durch die demografische und finanzmarktpolitische Entwicklung als auch durch den Anspruch an eine Verfügbarkeit der Pflege für alle. Bei Personalknappheit können Guidelines unterstützend wirken. Dieser Faktor sollte aber die Optik vom Einsatz der Guidelines nicht beeinflussen beziehungsweise verfälschen oder per se ein Indikator dafür sein, Guidelines zu implementieren.

Die Pflegelandschaft kann sich dem Trend der Standardisierung kaum entziehen und muss sich dieser Herausforderung stellen beziehungsweise diese Chance auch wahrnehmen. Wenn die Standardisierung als Aktivität verstanden wird, die die klinische Effektivität und die Pflegequalität kontinuierlich durch reflektierte und gezielte Interventionen fördert, können diese die Patientenversorgung unterstützen oder sogar verbessern (McCormack et al., 2009). Standardisierung darf nicht mit einer Rationierung gleichgesetzt werden.

Klinische Guidelines sind vielversprechend und bieten einen effektiven Fortschritt. Durch den Gebrauch von validen und reliablen Instrumenten im klinischen Alltag werden pflegerische Tätigkeiten sicht-, mess- und vergleichbar. Im Prozess der Entscheidungsfindung können Guidelines eine hilfreiche Stütze darstellen (Ellingsen et al., 2007; Miller & Kearney, 2004; Woolf, Grol, Hutchinson, Eccles, & Grimshaw, 1999). Da wissenschaftliche Daten bezüglich gewisser pflegerischer Themen ungenügend oder gar nicht vorhanden sind, werden zur Entwicklung von Guidelines Expertenmeinungen einbezogen (Miller & Kearney, 2004). Wie die Entwicklung von Guidelines haben auch die Dissemination und die Implementation eine wichtige Funktion. Diese sind eng miteinander verbunden und sollen als einen Prozess angesehen werden (Closs & Cheater, 1997; Eccles & Grimshaw, 2004).

Dissemination

Dissemination bedeutet, dass die erstellten Guidelines so zu ihrer Zielgruppe gelangen, dass deren Verständnis, Akzeptanz und Anwendung gefördert werden. Verbreitungsstrategien können Bewusstsein, Haltung/Einstellung, Wissen und das generelle Verständnis für Guidelines beeinflussen (Closs & Cheater, 1997).

Implementation

So wie die Dissemination muss auch eine Implementation sorgfältig geplant und kommuniziert werden. Individuelle, organisatorische und umgebungsbedingte Faktoren sind bei diesem

Prozess zu berücksichtigen, wie zum Beispiel Ressourcen, mögliche Widerstände und Standpunkte der Nutzer, wissenschaftliche Evidenz sowie Teamarbeit. Mit einem Fokusinterview oder Teamgespräch können zum Beispiel mögliche Bedenken oder eine ablehnende Haltung bezüglich einer Implementierung in Erfahrung gebracht werden. Konstruktives Feedback kann gerade bei der Implementierung von Guidelines fördernd und hilfreich sein (Mayers, 2010; Miller & Kearney, 2004). Dieses Wissen kann wiederum positiv innerhalb des Einführungsprozesses genutzt werden. Guidelines, die individuell, interaktiv und zeitnah mittels Schulung oder Workshop eingeführt und diskutiert werden, zum Beispiel für eine kontextuelle Adaption, sind wahrscheinlich am erfolgreichsten (Closs & Cheater, 1997; Jansson, Bahtsevani, Pilhammar-Andersson, & Forsberg, 2010; Miller & Kearney, 2004).

Insgesamt erleichtern eine offene und transparente Kommunikation sowie Bottom-up-Mitsprache, das heisst die partizipative Planung durch die Organisationseinheiten und deren Unterstützung, die Implementation. Bei diesen Schritten gilt es zu berücksichtigen, dass nicht alle Anwenderinnen und Anwender der Guidelines dasselbe Vorwissen und dieselben Bedingungen aufweisen. Eine finnische Studie zeigt, dass sich durch eine aktive und partizipative Implementationsstrategie die pflegerische Haltung gegenüber Guidelines verbessert hat (Alanen, Välimäki, & Kaila, 2009).

Nebst der Implementierung ist eine kritische Auseinandersetzung und Evaluation von Guidelines essenziell (Brouwers et al., 2010). Dazu bietet die Website www.agreetrust.org (abgerufen am 10.10.2017) Instrumente und Unterlagen.

Evidenzbasierte Guidelines, die wunschgerecht disseminiert und implementiert worden sind, bringen dem Gesundheitssystem einigen Nutzen. Aber wo es Nutzen gibt, existieren auch Nachteile. Im nächsten Kapitel werden der mögliche Nutzen und die Bedenken auf der professionellen, der institutionellen sowie auf der Patientenebene diskutiert.

Nutzen von Guidelines im klinischen Alltag

Primär unterstützen schriftlich oder elektronisch verfasste Guidelines die Gesundheitsberufe in ihrer Tätigkeit. Die Guidelines müssen aber auch für die Patienten sowie das Gesundheitswesen einen Nutzen bieten. Wichtig ist, dass Guidelines bekannt, kostengünstig und einfach erhältlich sind und dass sie angewendet werden (Woolf et al., 1999). Durch das Bereitstellen von evidenzbasiertem Wissen und evidenzbasierten Interventionen können die Pflegequalität und die Sicherheit der Patienten gefördert werden (Bonetti et al., 2005; Miller & Kearney, 2004; Woolf et al., 1999).

Nutzen für die Pflege

Guidelines können inter- oder multiprofessionell angewendet werden. Dadurch wird die interdisziplinäre Kommunikation

gefördert und/oder eine verbesserte Zusammenarbeit kann entstehen (Mayers, 2010). Evidenzbasierte Inhalte helfen, Forschungswissen verständlicher und praktikabler zu machen (transfer of knowledge), und können dadurch das Verständnis für Logik und Probleme sowie die Akzeptanz zwischen verschiedenen Berufsgruppen fördern (Berg, 1997; Graham, Beardall, Carter, Tetroe, & Davies, 2003). Durch das Bereitstellen von neuem Wissen profitieren vor allem «Beginners» und unerfahrene Pflegende eines Fachgebiets. Sie erlangen neue Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Evidenzbasierte Guidelines unterstützen die klinische Entscheidungsfindung (Berg, 1997; Hutchinson & Johnston, 2008; Miller & Kearney, 2004). Nach Benner (1994) verfügen «Anfänger [über] keine Erfahrungen mit den Situationen, in denen sie aktiv werden sollen» (S. 41), und sind darum auf Regeln oder Ablaufbeschreibungen angewiesen. Aber diese Vorgaben können nicht sagen, welche Aufgabe in der klinischen Situation nun die dringlichste ist. Die Pflegeexpertin hingegen braucht die Regeln und Standards kaum mehr, da sie durch ihren Erfahrungsschatz und ihr Fachwissen sowie ihre Expertise intuitiv den Kern des Problems erfassen kann (Benner, 1994).

Guidelines dienen der Bewertung von Pflegequalität und deren Konsistenz innerhalb eines gewissen Settings (Mayers, 2010). Sie erleichtern das Empowerment der Nutzniesser/Konsumenten. Gemäss Flynn und Sinclair (2005) können Guidelines, falls nicht zu restriktiv formuliert, die individuelle Pflege und die Autonomie der Pflege begünstigen. Sobald die Pflegerschaft den Wert von Guidelines erkennt, kann der «Wissen-Praxis-Gap» geschlossen werden (Pasek et al., 2007).

Insgesamt werden bei der Verwendung von klinischen Guidelines die Qualität und die Effizienz der Pflege begünstigt. Guidelines können wichtige Informationen innerhalb eines Entscheidungsprozesses liefern und diesen sinnvoll unterstützen. Im Weiteren werden pflegerische Handlungen/Interventionen strukturierter durchgeführt, wodurch zeitliche Ressourcen freigesetzt werden, die anderweitig genutzt werden können. Die pflegerischen Skills werden verbessert und das professionelle Handeln (Legitimation des Berufes) wird sichtbarer (Hunter & Segrott, 2014; Woolf et al., 1999).

Aber trotz vielseitigen Nutzens der Guidelines kann schlussendlich nicht «schneller gepflegt» werden.

Eine irländische Untersuchung zeigte, dass Pflegende auf einer Orthopädiestation durch das Einführen eines standardisierten Vorgehens beim Einlegen und beim Entfernen eines Blasenkateters bei Frauen sich in ihrem Empowerment und ihrer Autonomie gestärkt fühlten. Normalerweise bedarf das Einlegen eines Urinkatheters einer ärztlichen Verordnung. Die Pflegenden waren zeitweise frustriert, da sie lange auf diese Verordnung warten mussten. Die vierstufige Guideline führt die

Pflegenden durch einen Entscheidungsprozess bezüglich eines Blasenkateters. Unter anderem müssen sie begründen, wer wieso einen Blasenkateter benötigt. Durch diese neuen Skills/Zuständigkeiten stieg einerseits die Arbeitszufriedenheit, andererseits erfüllte sich der Wunsch nach verbesserter Patientenpflege, und die Wahrnehmung bezüglich einer Katheterindikation stieg an (Heaney, 2011).

Nutzen für Patientinnen und Patienten sowie Angehörige
Patientinnen und Patienten sollten die positiven Auswirkungen der Guidelines in der Pflege und Betreuung spüren. Gewisse Entscheidungen des Gesundheitspersonals und Abläufe werden durch Anwendung von Standards transparent, strukturiert und nachvollziehbar.

Häufig liefern klinische Guidelines Material und Informationen für Betroffene und ihre Angehörigen mit. Dies kann in Form von patientenedukativer und krankheitsbezogener Information sein, zum Beispiel Broschüren und Flyern oder in der heutigen virtuellen Welt auch in Form von Apps. Dies bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten, aber auch die Angehörigen, durch solche Hinweise vermehrt in der Lage sind, sich zeitnah und mit minimaler Unterstützung der Fachleute zu informieren. Im besten Fall unterstützt dieses Angebot die Entscheidungsfähigkeit oder sogar die Adhärenz, zum Beispiel im Umgang mit Medikamenten (Rieder et al., 2012). Betroffene profitieren im Umgang mit ihrer Krankheit und ihren Therapien durch eine transparente Information (Miller & Kearney, 2004; Woolf et al., 1999). Wichtig ist aber, dass solche edukativen Unterlagen keinesfalls ein Gespräch ersetzen. Flyer und Broschüren dürfen nicht ohne Beratung abgegeben werden.

Guidelines können die allgemeine Sicherheit der Patienten verbessern, bei Therapien zum Beispiel anhand von Flyern mit Infos über die Medikamenteneinnahme. Guidelines können Patientinnen und Patienten befähigen, kritisch gegenüber Verordnungen, Veränderungen oder Neuem zu sein – dies auch auf politischer Ebene. Vielleicht werden sie auf gewisse Mängel oder Einschränkungen des Gesundheitssystems aufmerksam. Zeitnahe und praxisorientierte Guidelines können unterstützend und fördernd auf die Lebensqualität und Gesundheit von Patientinnen und Patienten wirken und so deren Morbidität und Mortalität positiv beeinflussen (Mead, 2000; Miller & Kearney, 2004; Woolf et al., 1999).

Nutzen für Gesundheitswesen und Institutionen
Pflegerische und medizinische Guidelines bieten für Therapien ein Rahmenkonzept, gelten als ein wichtiges Instrument zur Steigerung der klinischen Effizienz und fördern eine ökonomische Nutzung von Ressourcen (Graham et al., 2003). Weitere Benefits sind die Wirtschaftlichkeit und der monetäre Anreiz des Sparens ohne Qualitätsabbau. Guidelines geben vor, wie Abläufe und Ressourcen besser gebündelt und koordiniert werden. Dadurch wird personelle und zeitliche Kapazität frei,

die anderweitig genutzt werden kann. Guidelines sind systematisch entwickelt und unterstützen klinische Entscheidungen und eine angemessene Gesundheitsversorgung (Flynn & Sinclair, 2005). An diesen positiv konnotierten Auswirkungen sind die Gesundheitssysteme und die Politik sehr interessiert (Christensen & Hewitt-Taylor, 2006; Woolf et al., 1999).

Bedenken gegenüber Guidelines

Trotz erheblichen Nutzens der Standardisierung existieren aus unterschiedlichen Gründen Zurückhaltung, Bedenken oder sogar eine ablehnende Haltung gegenüber dieser Normierung. Es gibt Menschen, die per se immer kritisch gegenüber Normierungen oder Neuem sind, andere haben Angst vor Veränderungen oder Anpassungen. Sie sehen sich eingeengt oder fühlen sich kontrolliert. Ihre persönliche Freiheit scheint in Gefahr zu sein. Dies auch, weil im klinischen Alltag häufig Gefässe fehlen, um die tägliche Arbeit zu reflektieren und zu diskutieren.

Im Gesundheitswesen sind negative Meinungen und ablehnende Haltungen gegenüber Standardisierungen nicht selten. Gewisse Bedenken oder Widerstände sind absolut verständlich. Mit den DRG sind auch neue Berufsideologien innerhalb der Gesundheitsberufe entstanden. Individuelle Patientensituationen werden zu Fällen respektive mittels Fallpauschalen abgerechnet. Patienten werden heute Kunden oder Klienten genannt und diese «Kundenbetreuung» erzeugt bürokratische und auch vermehrt wieder hierarchische Strukturen (McCormack et al., 2009; Woolf et al., 1999).

Bedenken der Pflege

Kritische Stimmen zu Guidelines äussern, dass durch Standardisierung Fähigkeiten wie das kritische Denken und die kritische Reflexion vermindert werden oder sogar verloren gehen (Bartholomeyczik, 2002; Miller & Kearney, 2004; Woolf et al., 1999). Andere wiederum fühlen sich in ihrer professionellen Autonomie und ihrem Urteilsvermögen behindert (Flynn & Sinclair, 2005; Hutchinson & Johnston, 2008). Guidelines «verschreiben» quasi eine Behandlung nach Rezept – nach dem Motto der «Kochbuchpflege oder -medizin». Dadurch können pflegerische Skills desavouiert werden (Miller & Kearney, 2004). Einerseits laufen erfahrene Pflegenden Gefahr, dass ihre Intuition sowie ihre fachliche Expertise nicht mehr erwünscht, dass diese ignoriert oder sogar durch Guidelines ersetzt werden (Christensen & Hewitt-Taylor, 2006). Andererseits fehlen unerfahrenen Pflegenden das Fachwissen und die Instrumente, um sich kritisch mit Guidelines auseinanderzusetzen. Christensen und Hewitt-Taylor (2006) hegen Bedenken, ob durch die Standardisierung fachkundige, individuelle und holistische Pflege noch zu bieten ist. Interdisziplinäre Guidelines weisen nebst dem positiven Output auch negative Aspekte auf: Pflegenden äussern die Sorge, dass interdisziplinäre Guidelines auf den pflegerischen Kontext schwierig zu adaptieren sind. Gründe für Bedenken sind (Miller & Kearney, 2004; Woolf et al., 1999, S. 817):

- Kultur (Haltung gegenüber Standardisierung; Rolle der Pflegenden; Akzeptanz der Pflegenden und Hierarchie in den verschiedenen Gesundheitsberufen, Top-down-Managementstrategien);
- Ressourcen (Zeit- und Kostenmanagement, z. B. bei der Entwicklung oder Implementierung von Guidelines, nicht interdisziplinär konzeptierte Standards);
- Mangel an Informationen (z. B. Inhalte der Guidelines zu wenig pflegespezifisch oder vorwiegend auf medizinisch-klinischer Expertise basierend);
- klinische Freiheit / Freiraum (nicht involviert sein im Entwicklungsprozess, kein gemeinsamer Entscheidungsprozess, zu medizinlastig).

Bedenken der Patientinnen und Patienten sowie der Angehörigen

Da Guidelines auf Forschungsergebnisse basieren, sind bestimmte Altersgruppen unterrepräsentiert, dies gilt vor allem für die ältere Bevölkerung. Für komplexe Patientensituationen sowie multimorbide Patienten braucht es anstatt einer rigiden Standardisierung eine individuelle Beurteilung oder Planung. Die Entscheidungsfindungsprozesse sollen nicht nur innerhalb eines interdisziplinären Teams stattfinden, sondern auch Patienten und Angehörige müssen involviert sein (Mead, 2000; Woolf et al., 1999). Die individuellen Bedürfnisse der Patienten und ihrer Angehörigen dürfen im Zuge der Standardisierungen nicht vergessen gehen, da die Betroffenen im Zentrum der Diskussion stehen müssen.

Bedenken bezüglich des Gesundheitswesens und der Institutionen

Je nach Anbieter und Entwickler der Guidelines können gewisse Bedenken bezüglich Unparteilichkeit, kommerziellem Einfluss, Objektivität und Eigennutzen gehegt werden (Graham et al., 2003). Den Guidelines wird das Potenzial zugeschrieben, Gesundheitsberufe sowie Patienten irrezuführen – dies in Bezug auf Krankheiten, Therapien oder Pflege (Woolf et al., 1999). Guidelines können missbräuchlich eingesetzt werden, zum Beispiel als Druckmittel oder als Sparmassnahme der Institutionen (Miller & Kearney, 2004; Woolf et al., 1999).

Guidelines und Praxis

Um den Einfluss von Guidelines auf den pflegerischen Alltag beurteilen zu können, ist es zwingend, dass die Guidelines oder Standards so zum Einsatz gelangen, wie sie empfohlen werden (Adhärenz). Die digitale Welt bietet heute einfachen Zugang zu unterschiedlichen Guidelines. Herausfordernd dabei ist, bei den vielen oder schnell wechselnden Angeboten den Überblick zu behalten. Dies bedeutet, dass die Aufmerksamkeit auf Guidelines täglich getriggert werden muss, damit diese nicht vergessen werden. Hier ist die Führungs- und Kommunikationsebene von Institutionen angesprochen, denn Anpassungen oder neue Angebote von Guidelines müssen klar – über unterschiedliche mediale Wege – kommuniziert und im besten Fall durch eine

Schulung oder innerhalb eines Workshops implementiert werden. Auch wenn der Nutzen von Guidelines oder Standards offensichtlich ist, ist dies noch kein Garant, dass diese adhärenz genutzt werden. Doch wenn sie nicht adhärenz genutzt werden, ist es auch schwierig zu sagen, ob sie eine positive Wirkung auf die Pflegepraxis haben.

Bis dato existieren wenig Daten zu Umsetzung und Auswirkung von klinischen Guidelines, geschweige denn zu deren finan-
ziellem Nutzen (Ilott, Booth, Rick, & Patterson, 2010; Miller & Kearney, 2004). Graham et al. (2003) zeigten, dass in Grossbritannien gerade mal fünf Prozent von standardisierten Pflegeprotokollen bezüglich Auswirkungen auf das Gesundheitssystem evaluiert wurden. Die britische systematische Literaturreview zu Entwicklung, Implementierung und Audit von standardisierter Pflege zeigte, dass die Rolle und die Aktivitäten der Pflegenden nur subtil erkennbar und kaum sichtbar waren (Graham et al., 2003). Es stellt sich die Frage, wieso gegenüber Guidelines eine zweiseitige Haltung wahrgenommen oder Widerstand festgestellt wird, wenn doch die Literatur zu Guidelines zeigt, dass durch sie die Möglichkeit besteht, effektiv evidenzbasierte Praxis in das klinische Setting zu bringen (Ilott et al., 2010; Mayers, 2010). Andere Studien berichten, dass eine Vielzahl von verwendeten Guidelinestrategien offensichtlich inkonsistent angewendet wurde und dadurch eine unstete und nicht effektive Wirkung in der klinischen Praxis erfolgte (Lesho, Myers, Ott, Winslow, & Brown, 2005; Mayers, 2010; Rycroft-Malone et al., 2002). Primär zeigen diese Fakten, dass eine positive oder negative Haltung sowie Widerstände jedes Einzelnen gegenüber Guidelines die Adhärenz und den Umgang mit einer Standardisierung beeinflussen.

Haltung und Widerstände gegenüber Guidelines

Sollen die Nutzung von evidenzbasierten Guidelines und die Weitergabe derer Inhalte an die Patienten gelingen, müssen die Pflegenden und die Mediziner, aber auch die Patienten eine positive Haltung gegenüber Guidelines aufweisen oder entwickeln.

Widerstände gegenüber Guidelines wurde vor allem bei den Medizinerinnen und weniger bei den Pflegenden identifiziert, sowohl institutionsbezogene (finanzieller und organisatorischer Aufwand wie Zeit, Equipment, Administration, Informationen) als auch persönliche Widerstände gegenüber Veränderungen; es besteht Ungewissheit und mangelndes Wissen bezüglich neuer Anwendungen, gleichzeitig wissen die Fachleute, dass das «Neue» besser ist als die aktuelle Praxis (Grimshaw & Eccles, 2004). Es existiert immer noch die Haltung, dass bei komplexen Entscheidungen die klinische Expertise und die Urteilsfähigkeit die einzigen wirksamen Möglichkeiten sind (Hutchinson & Johnston, 2008; Malhi & Adams, 2009; SmithBattle & Diekemper, 2001). Malhi und Adams (2009) untersuchten die Haltung bezüglich Guidelines bei finnischen Pflegenden. Die 327 befragten Pflegenden äusserten sich positiv vor allem gegenüber Guide-

lines, die nützlich und reliabel waren, die sie schon gut kannten oder ihnen im Umgang vertraut waren. Interessanterweise bewerteten ältere Pflegenden sowie Pflegenden mit längerer klinischer Expertise Guidelines als weniger zuverlässig als jüngere oder wenig erfahrene Pflegenden. Weiter zeigte diese Untersuchung, dass die Haltung der Pflegenden gegenüber Guidelines positiver ist, wenn diese auf ihren Abteilungen genutzt werden. Pflegenden, die zum Beispiel eine Hypertension-Guideline bei der Patientenberatung immer benutzten, hatten eine positive Haltung. Pflegenden, die diese Guideline selten benutzten, tendierten zu einer negativen Haltung (Malhi & Adams, 2009).

Wie oben erwähnt, beeinflusst ein aktiver Einbezug der Pflegenden in den Interventionsprozess von Guidelines die Haltung der Pflegenden. Negative Stimmen monieren, dass durch Guidelines der administrative Aufwand und die Bürokratie noch grösser werden. Die Zeit, die durch die Anwendung der Guidelines verloren geht, könnte besser genutzt werden (Miller & Kearney, 2004; Venkat et al., 2012). Häufig wird auch die mangelnde Patientennähe durch eine Standardisierung kritisiert (Bartholomeyczik & Hunstein, 2004). Grol und Wensing (2004) empfehlen auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung zu agieren, um Widerstände und Hindernisse zu untersuchen, um damit die Berufspraxis zu ändern.

Innovation	Advantages in practice, feasibility, credibility, accessibility, attractiveness
Individual professional	Awareness, knowledge, attitude, motivation to change, behavioural routines
Patient	Knowledge, skills, attitude, compliance
Social context	Opinion of colleagues, culture of the network, collaboration, leadership
Organisational context	Organisation of care processes, staff, capacities, resources, structures
Economic and political context	Financial arrangements, regulations, policies

Abbildung 7: Hindernisse und Anreize für Veränderung auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung (Grol & Wensing, 2004, S. 59)

Negative Haltungen und Widerstände gegenüber einer Standardisierung beeinflussen auch die Adhärenz jedes Einzelnen. Ohne optimale Anwender-Adhärenz der Guidelines können diese nicht effektiv und wirksam sein. Demzufolge ist auch der Anspruch, dass Guidelines schlussendlich die Lebensqualität der Betroffenen beeinflussen, fragwürdig. Nicht korrekt interpretierte oder angewendete Guidelines können anstatt eines Benefits sogar das Gegenteil bewirken und nutzlos oder gar schädlich sein.

Kurz gesagt: Es ist notwendig, als Institution die Haltung und die Widerstände des Personals gegenüber «Neuem» respektive Guidelines zu explorieren und zu kennen, damit bei Veränderungen aktiv gegen Hindernisse vorgegangen werden kann.

Guidelines und Adhärenz

Adhärenz ist nicht nur ein Thema bei Standardisierungen. Adhärenz ist bei jeder Therapie beziehungsweise im Umgang mit Krankheit und Gesundheit essenziell. Adhärenz ist das Ausmass der Bereitschaft, etwas zuverlässig durchzuführen. Hier, in diesem Kontext, bedeutet dies, Guidelines strukturell und inhaltlich wie vorgegeben anzuwenden (Rieder et al., 2012).

Wie oben gezeigt, wird die Adhärenz durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Cabana et al. (1999) veranschaulichen in ihrer Übersicht, wie Wissen die Haltung und das Verhalten beeinflusst und ein zentraler Faktor bezüglich Adhärenz sein kann: Es ist wichtig, Gründe für eine Nichtadhärenz der Standardisierung zu kennen und zu verstehen, damit nebst dem Gesundheitspersonal auch die Patienten den grössten Benefit beziehungsweise gerechte Therapien bekommen (Ebben, Vloet, Schalk, Mintjes-de Groot, & van Achterberg, 2014).

Diverse Untersuchungen widmen sich der Frage, aus welchen Gründen Guidelines nicht oder nur teilweise befolgt werden. Die meisten Forschungen zeigen, dass gewisse Widerstände oder Vorurteile per se gegen Standardisierungen existieren. Trotz des Wissens, dass Guidelines entwickelt und implementiert werden, um die Qualität der Pflege zu verbessern, zeigen Untersuchungen bei der Anwendung von klinischen Guidelines eine eher tiefe, suboptimale Adhärenz (Range 33–61%) (Ebben et al., 2014; Heins et al., 2016). Grol und Grimshaw (2003) fanden in ihrer Untersuchung unter anderem folgende Faktoren, die die Nichtadhärenz von Pflegenden und Ärzten bezüglich der Anwendung/Einhaltung von Handhygiene-Richtlinien beeinflussten: Wissen (wenig Evidenz, Komplikationen sind selten zu sehen), Haltung und Motivation (Irritation durch Desinfektionsmittel an den Händen, braucht zu viel Zeit), Routine (vergessen), Organisation und Ressourcen (niemand kontrolliert, zu wenig Material) usw. Eine Nichtadhärenz kann multikausal sein. Eine negative Haltung und ein Mangel an intrinsischer Motivation gegenüber Guidelines oder Verordnungen können durch Förderung der Individualität und wenn möglich variationsreicher Praxis positiv beeinflusst werden (van Achterberg, Schoonhoven, & Grol, 2008).

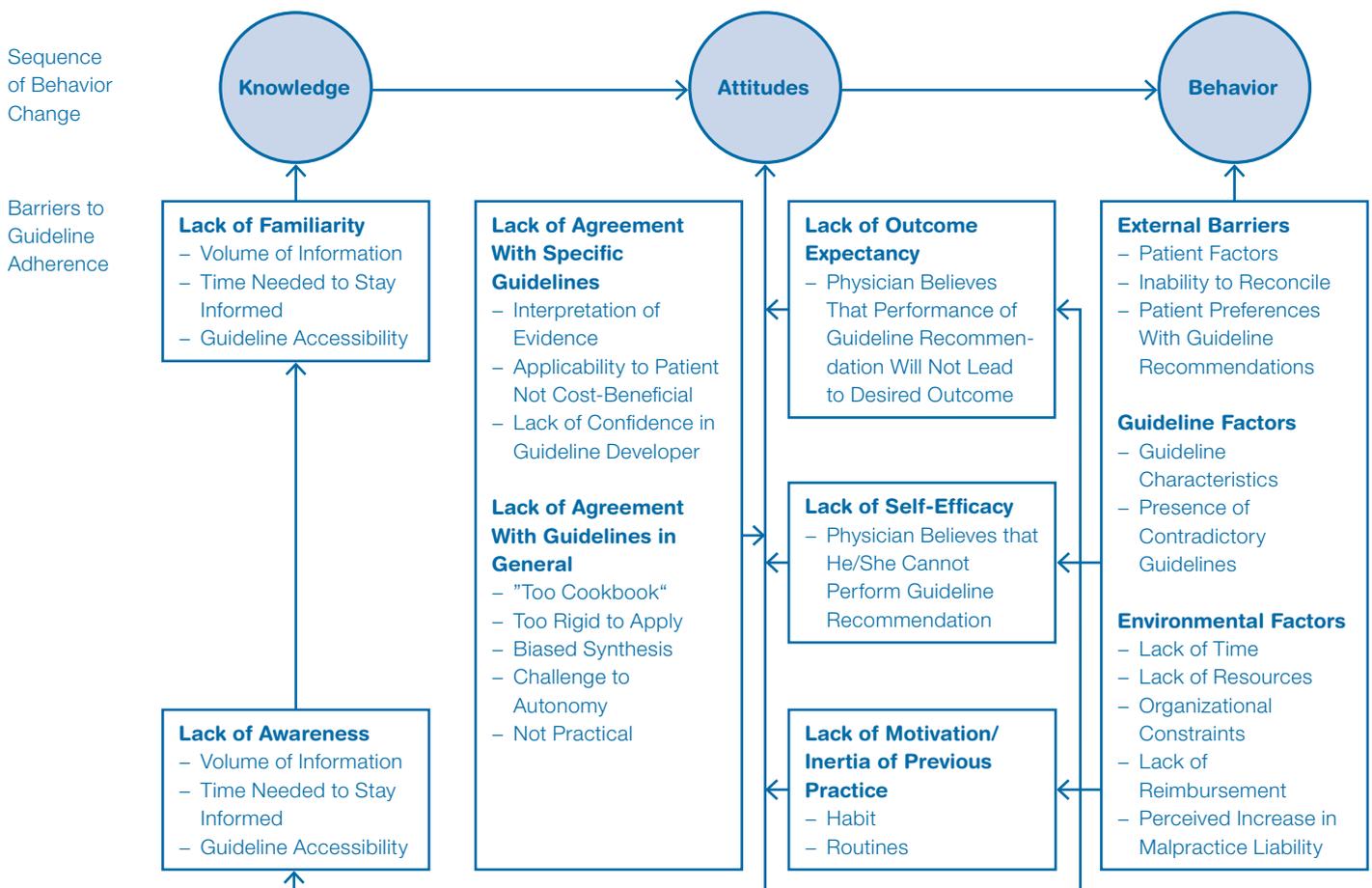


Abbildung 8: Widerstände der Mediziner bezüglich der Einhaltung von klinischen Guidelines sowie bezüglich Verhaltensänderung (Cabana et al., 1999, S. 1459)

Eine holländische Untersuchung bei Pflegenden im ambulanten Setting respektive auf dem Notfall zeigte, dass individuelle Faktoren (mangelndes Interesse und Wissen zu Standards, Vertrauen auf eigene Erfahrung und Routine, Vertrauen gegenüber lokalen Guidelines ist grösser als gegenüber nationalen), aber auch organisatorische Faktoren (Beteiligung an Entwicklung, Schulung, Kontrolle) die Adhärenz beeinflussen (Ebben et al., 2014). Die Pflegenden, die die Guidelines als ein Instrument der Rechtfertigung ihrer Handlung ansahen, waren strikte adhären: «Legally, you are protected when you adhere to the protocol.» Andererseits wurde ausgesagt, dass die klinische Erfahrung im Vergleich zu Guidelines höher gewertet wurde: «Most of my colleagues prefer working on the basis of their experiences and won't look at any protocol.» (Ebben et al., 2014, S. 128).

Auf einer amerikanischen Intensivstation wurde die standardisierte Mundpflege untersucht. Die meisten Pflegenden (92%) stufen Mundpflege mit Schaumstofftupfer, Feuchtigkeitscreme und Mundspülung als prioritär ein. Manuelle Zahnbürste und Zahnpasta wurden seltener genutzt: einmal täglich (40% der Pflegenden); überhaupt nie (38% der Pflegenden). Die meisten Pflegenden wünschten sich forschungsbasierte Mundpflegestandards und mehr Schulungen (Binkley, Furr, Carrico, & McCurren, 2004).

Es werden nicht nur lokale Guidelines, sondern auch internationale und anerkannte Guidelines vom Gesundheitspersonal nicht angewendet. Zum Beispiel wird die Verwendung oder eben Nichtverwendung von Guidelines zur Chemotherapie-induzierten Nausea und Emesis (Vomiting, CINV) immer wieder international diskutiert. Die Guidelines der European Society of Medical Oncology (ESMO) sowie der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) zur Prävention der CINV bei niedrig- bis hochematomogener Chemotherapie sind international anerkannt und erprobt. Trotz einfachen Zugangs zu den Guidelines zeigen verschiedene Studien, dass die Adhärenz diesen Guidelines gegenüber eher tief ist (29–71%) (Hesketh et al., 2015). Eine Schweizer Untersuchung zeigte ähnliche Zahlen. Untersucht wurde die CINV-Prophylaxe bei Patienten mit einer Tumorerkrankung während des ersten Chemotherapiezyklus. Im Allgemeinen wurden bei 61 Prozent der Patienten die Guidelines adhären, bei 39 Prozent nichtadhären angewendet. Bei akuter CINV wurde bei 39 Prozent der Patienten mit niedrig- oder moderatematomogener Therapien nicht standardgemäss therapiert. Bei hochematomogenen Therapien erhielten 71 Prozent die vorgeschriebene medikamentöse Prophylaxe. Bei der verzögerten CINV erhielten nur gerade 25 Prozent der Patienten Kortikosteroide. Die Studie zeigte auch, dass durch das nichtadhärente Verwenden der Guidelines gewisse Patienten übertherapiert wurden beziehungsweise mehr Medikamente als nötig erhalten haben. Diese Tatsache kann klinisch sowie ökonomisch relevant sein (Ebben et al., 2014).

Angesichts dieser Fakten ist es umso wichtiger, die Haltung und das Verhalten eines jeden Einzelnen des Gesundheitspersonals zu kennen und auch zu berücksichtigen.

Weitere Begriffe

Es handelt sich bei der folgenden Beschreibung weiterer Begriffe rund um das Thema Standardisierung nicht um eine abschliessende Angabe.

Richtlinien (principles, directives, policy guidelines)

Im Unterschied zu den Leitlinien beruhen Richtlinien auf einer gesetzlichen Grundlage. Richtlinien stellen Handlungsanweisungen auf einer Abstraktionsebene dar und basieren auf medizinischen, wissenschaftlichen Erkenntnissen zu einem bestimmten Zeitpunkt (www.bundeskammer.de, abgerufen am 11.02.17). Im schweizerischen Kontext existieren zum Beispiel medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz oder medizinisch-ethische Richtlinien für Palliative Care (SAMW, 2017).

Empfehlungen (recommendations)

Empfehlungen werden häufig von Fachgesellschaften initiiert. Dies kann bedeuten, dass Arbeitsgemeinschaften Empfehlungen formulieren und abgeben, für Nutzer haben diese aber keinen verbindlichen oder verpflichtenden Charakter. Ein gutes Beispiel dafür ist die Impfpflicht des Bundesamts für Gesundheit. Kontrovers werden die Empfehlungen zur Masernimpfung und zur Grippeimpfung diskutiert und auch unterschiedlich angewendet (Burmeister, Aebi, Studer, Fey, & Gautschi, 2012).

Klinische Behandlungspfade (clinical pathways)

Klinische Behandlungspfade beschreiben standardisierte Abläufe zu einem Thema, Problem oder Vorgehen. Sie stellen häufig einen Teil von Guidelines dar. Küttner und Roeder (2007) liefern eine gute Übersicht zu den unterschiedlichen Begrifflichkeiten und ihren Definitionen (siehe Abbildung 9, S. 33).

Welche Form der Standardisierung (Leitlinie, Guideline, Standard usw.) auch immer gewählt wird, muss diese schlussendlich bekannt gemacht sowie sorgfältig und partizipativ eingeführt werden. Hilfreich sind dabei die Bekanntmachung und die Implementierung über die eigene Profession hinaus. Die Verwendung und die Wirksamkeit der Leitlinien erfolgen nur, wenn die Nutzer den Inhalt auf die eigenen Bedürfnisse und den Kontext adaptieren können und dieser im klinischen Alltag einfach anzuwenden ist (Lelgemann & Ollenschläger, 2006).

Ökonomisierung und Standardisierung zum Vorteil der Pflege? – Ein Fazit

Die vielzähligen Akteure im Gesundheitswesen legen immer wieder sich auch zum Teil sehr widersprechende Inhalte und Argumentationsketten auf den Tisch. In dieser Schrift geht es darum, im Bereich der Pflege eine gemeinsame Sprache zu finden, begriffliche Inhalte zu klären, die Anliegen der Pflege herauszuschälen sowie Mittel und Wege zu finden, diese im grossen Argumentations- und Stimmengewirr, das im Gesundheitssektor herrscht, durchzusetzen. Die grundsätzlichen und wichtigsten Aspekte sollen nun nochmals zusammenfassend erläutert werden.

Im Hinblick auf die sprachliche Komplexität der hier behandelten Thematik kann ein kurzer klärender Exkurs in inhaltliche Definitionen nicht schaden: Der Duden versteht unter Ökonomie unter anderem «Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit; sparsames Umgehen mit etwas, rationelle Verwendung oder rationeller Einsatz von etwas» (<https://www.duden.de/rechtschreibung/Oekonomie>). Ökonomisierung beziehungsweise ökonomisieren heisst, etwas ökonomisch gestalten, auf eine ökonomische Basis stellen. Dies ist grundsätzlich auch für das Gesundheitswesen eine Dringlichkeit und sinnvoll.

Für den Begriff Standard liefert der Duden die Definitionen: «etwas, was als mustergültig, modellhaft angesehen wird und wonach sich anderes richtet; Richtschnur, Massstab, Norm», und «im allgemeinen Qualitäts- und Leistungsniveau erreichte Höhe». Standardisierung/standardisieren bedeutet «[nach einem genormten Muster] vereinheitlichen; normen» (https://www.duden.de/rechtschreibung/Standard_Norm_Richtmasz_Guete). Ob Standardisierung nun «gut» oder «schlecht» ist, hängt einzig und allein vom Inhalt der Standards ab.

Die Ökonomisierung zwingt die Pflege immer wieder, einen Qualitätsanker zu suchen, um ein Minimum an Pflugsicherheit zu generieren. Dieses Qualitätsbestreben wird in Form der Standardisierung sichtbar. Ohne Zweifel nehmen evidenzbasierte Guidelines heute im klinischen Alltag eine wichtige Rolle ein. Mit der Standardisierung und dem Wunsch beziehungsweise der Notwendigkeit, Qualität zu definieren und zu implementieren, fanden/finden primär die diplomierten Pflegefachleute einen gemeinsamen Nenner. Sie können zur Sprache bringen, was ihre Kernkompetenzen und der Nutzen einer guten Pflegequalität sind, was der Professionalität der Pflege zugutekommt. In diesem Sinne hat die Ökonomisierung einen durchaus positiven Effekt.

Problematischer wird es, wenn die Ökonomisierung und letztlich auch die Standardisierung die Bedürfnisse des einzelnen Patienten in einem Meer von vordefinierten Handlungen und Prozessen untergehen lassen, sodass die Pflegefachleute ihrer Profession nicht mehr gerecht werden können und der Patient

Integrierter Behandlungspfad	Ein integrierter Behandlungspfad (IBP) ist ein Steuerungsinstrument. Der integrierte Pfad beschreibt den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischer Bewertung.
Klinischer Pfad	Klinische Pfade sind abteilungs-, berufsgruppen- und professionsübergreifende, medizinisch und ökonomisch abgestimmte Handlungsleitlinien für den gesamten Behandlungsablauf einer Gruppe homogener Behandlungsfälle.
Klinischer Behandlungspfad	Ein klinischer Behandlungspfad ist der im Behandlungsteam selbst gefundene berufsgruppen- und institutionsübergreifende Konsens bezüglich der besten Durchführung der Krankenhausgesamtbehandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität und Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen sowie unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten. Er steuert den Behandlungsprozess, ist gleichzeitig das behandlungsbegleitende Dokumentationsinstrument und erlaubt die Kommentierung von Abweichungen von der Norm zum Zwecke fortgesetzter Evaluation und Verbesserung.
Interdisziplinärer Versorgungspfad	Interdisziplinäre Versorgungspfade verknüpfen alle antizipierten Elemente der Versorgung und Behandlung durch alle Mitglieder des interdisziplinären Teams für Patienten oder Klienten einer bestimmten Fallgruppe oder Auswahl innerhalb einer festgelegten Zeitspanne, um vereinbarte Ziele zu realisieren. Jede Abweichung vom Plan wird als Varianz dokumentiert: Ihre Analyse liefert Informationen für die Überprüfung der gegenwärtigen Praxis.
Critical Pathway I	Ein Critical Pathway ist eine optimale Sequenzierung und zeitliche Abstimmung von Interventionen durch Ärzte, Pflegenden und andere Mitarbeiter für eine bestimmte Diagnose oder ein bestimmtes Verfahren, um Ressourcen besser zu nutzen, die Qualität der Pflege zu maximieren und Verzögerungen zu minimieren.
Critical Pathway II	Critical Pathways sind interdisziplinäre Behandlungspläne, die aufgrund optimaler Koordinierung eine ideale Patientenversorgung ermöglichen sollen. Sie orientieren sich dabei an der besten klinischen Praxis bei der Versorgung spezifischer Patientengruppen.
Clinical Pathway	Ein Clinical Pathway ist definiert als eine klare Strukturierung eines üblichen Krankheitsverlaufs für eine Patientengruppe mit einer bestimmten Diagnose oder einer durchgeführten Therapie. Das Gesundheitspersonal erkennt schnell für jeden Patienten in der Gruppe den zeitlichen Aufwand für die zu erbringende Pflege.

Abbildung 9: Begriffe und Definitionen (Küttner & Roeder, 2007, S. 20)

schliesslich nicht mehr genesungsorientiert behandelt wird. Einerseits verhindern rigide Abrechnungssysteme wie die DRG, festgefahrene betriebliche Abläufe oder auch knappe Personalressourcen eine patientenorientierte Behandlung, andererseits verbrauchen im klinischen Alltag auch unüberlegt ausgeführte, ritualisierte Handlungen, die weder patientenorientiert noch ökonomisch sind, Ressourcen (z. B. eine «automatisierte» Konsultation der KG), die anderswo sinnvoller eingesetzt werden könnten. Viel wertvolle Zeit und Energie geht auch in Teams verloren, die laufend umorganisiert werden und in denen kein lösungsorientiertes Miteinander besteht. Der prognostizierte Pflegenotstand mit entsprechenden Qualitätseinbußen wird demnach sowohl von pflegeexternen wie auch pflegeinternen Faktoren verursacht.

Damit Standards von den Pflegefachpersonen sinnvoll eingesetzt werden (können), muss eine rigorose Erforschung in die Methoden der Dissemination, der Implementierung und der Kosteneffektivität initiiert werden (Closs & Cheater, 1997). Bis dato ist es immer noch schwierig, die Auswirkung von Standards auf die Pflegepraxis zu bestimmen.

Ob Standards oder Guidelines Vorteile oder Nachteile bringen, kann direkt also weder mit Ja noch mit Nein beantwortet werden. Es ist eine Frage des Masses und hängt von kontextuellen Faktoren ab. Kann durch eine Standardisierung die Pflegequalität gesichert werden? Auch dies kann weder mit Ja noch mit Nein beantwortet werden. Sicher sind Guidelines für Neulinge und wenig erfahrende Pflegenden sehr hilfreich. Für Pflegeexpertinnen und -experten sind sie hingegen nicht mehr so relevant, da sie weniger auf analytische Prinzipien wie Standards angewiesen sind (Benner, 1994). Bei der Verwendung von Guidelines sollte immer bedacht werden: «Wer sollte was machen, wann, wie und warum?» (Ilott et al., 2010). Denn einen «Goldstandard» gibt es nicht.

Der Trend geht dahin, dass für die Bereitstellung von Ressourcen der Beweis erbracht werden muss, dass die Mittel tatsächlich vonnöten sind. Das heisst, es müssen Kennzahlen produziert werden. Dies betrifft vor allem jene Berufe, die patientennahe Tätigkeiten ausüben. Reelle Kennzahlen können aber nicht geliefert werden, wenn innerhalb der Teams aus den unterschiedlichsten Gründen zu viele Reibungsverluste entstehen. Vorhandene reelle Kennzahlen werden – dies unsere Kritik – vom Pflegemanagement zu wenig bewirtschaftet und nur ungenügend zum Nutzen der Pflege vertreten, und so gelangen die Ressourcen auch nicht dahin, wo die Kennzahlen produziert werden. Die Zahlendefinitionsmacht ist aber ein ganz wichtiges Mittel, um den Anliegen der Pflege Gehör (und letztlich Ressourcen) zu verschaffen, sodass diese zum Beispiel künftig mit realen Werten im Abrechnungssystem der DRG abgebildet würde.

Die Angehörigen der Pflegeberufe sind aufgefordert, die tägliche Arbeit zu reflektieren und sich für patientenzentrierte Handlungen und sinnvolle Abläufe einzusetzen. Sie sollen sich über berufspolitische Angelegenheiten informieren und mitreden. Im gleichen Sinne muss sich das Pflegemanagement in den gesundheitspolitischen Diskursen stark machen für die Anliegen der Pflege.

Abbildungsverzeichnis

- 13 Abbildung 1:
Professionelles Handeln zur personenbezogenen Problemlösung nach Oevermann (1978, zitiert nach Bartholomeyczik, 1997)
- 18 Abbildung 2:
Weggelassene pflegerische Aufgaben in deutschen Krankenhäusern (Galatsch et al., 2007)
- 21 Abbildung 3:
Die vier Handlungsfelder der Agenda «Gesundheit2020» (BAG, 2013)
- 23 Abbildung 4:
Einteilung der Standards und der Kriterien nach Donabedian (1968)
- 24 Abbildung 5:
Entwicklung, Konsentierung, Implementierung und Aktualisierung von Expertenstandards (DNQP, 2015, S. 7)
- 25 Abbildung 6:
Entwicklungsstufen der Leitlinie und Handlungsanweisung (Mehrholz, 2012)
- 30 Abbildung 7:
Hindernisse und Anreize für Veränderung auf verschiedenen Ebenen der Gesundheitsversorgung (Grol & Wensing, 2004, S. 59)
- 31 Abbildung 8:
Widerstände der Mediziner bezüglich der Einhaltung von klinischen Guidelines sowie bezüglich Verhaltensänderung (Cabana et al., 1999, S. 1459)
- 33 Abbildung 9:
Begriffe und Definitionen (Küttner & Roeder, 2007, S. 20)

Literaturverzeichnis

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Alanen, S., Kaila, M., & Välimäki, M. (2009). Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 6(4), 229–236. doi: 10.1111/j.1741-6787.2009.00167.x
- Alanen, S., Välimäki, M., & Kaila, M. (2009). Nurses' experiences of guideline implementation: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2613–2621. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02754.x
- ANA, American Nurses Association. (1980). *A Social Policy Statement*. Kansas City, Missouri: American Nurses Association.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., ... & Sjetne, I. S. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *British Medical Journal Quality & Safety*, 23(2), 126–135.
- AWMF online. (2017). AWMF online. Das Portal der wissenschaftlichen Medizin. <http://www.awmf.org>
- BAG, Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats. Gesundheit2020*.
- BAG, Bundesamt für Gesundheit. (2016). Krankenversicherung: Nicht-ärztliche Leistungen. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Nicht-aerztliche-Leistungen.html>
- Bartholomeyczik, S. (1993). Arbeitssituation und Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal im Krankenhaus. In B. Badura, G. Feuerstein, & T. Schott (Eds.), *System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung*. (83–99). Weinheim: Juventa.
- Bartholomeyczik, S. (1997). Professionalisierung der Pflege – zwischen Abhängigkeit und Omnipotenz. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 29(1), 5–13.
- Bartholomeyczik, S. (2002). Sinn und Unsinn von Pflegestandards. *Heilberufe*, 5(2002), 12–16.
- Bartholomeyczik, S. (2010). Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Soll-Vorstellungen. In J. Klabauer, M. Geraedts, & J. Friedrich (Eds.), *Krankenhausreport 2010*. (209–221). Stuttgart: Schattauer
- Bartholomeyczik, S., Boldt, Ch., Grill, E., & König, P. (2006). Entwicklung und Anwendung der ICF aus der Perspektive der Pflege: Positionspapier der deutschsprachigen Arbeitsgruppe ICF und Pflege. *Pflegezeitschrift*, 59(9), 1–7.
- Bartholomeyczik, S., & Hunstein, D. (2004). Time distribution of selected care activities in home care in Germany. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 97–104.
- Baumberger, D., Bürgin, R., & Bartholomeyczik, S. (2014). Variabilität des Pflegeaufwands in SwissDRG-Fallgruppen. *Pflege*, 27(2), 105–115.
- Baumol, W. J. (2012). *The cost disease: Why computers get cheaper and health care doesn't*. New Haven & London: Yale University Press.
- Behrens, J., Görres, S., Schaeffer, D., Bartholomeyczik, S., & Stemmer, R. (2012). *Agenda Pflegeforschung für Deutschland*. Halle: MLU Halle-Wittenberg.
- Benner, P. (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert*. Bern: Huber.
- Benner, P., & Wrubel, J. (1997). *Pflege, Stress und Bewältigung: Gelebte Erfahrung von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Berg, M. (1997). Problems and promises of the protocol. *Social Science & Medicine*, 44(8), 1081–1088.
- BFS, Bundesamt für Statistik. (2014). Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2012. <https://www.bfs.admin.ch>
- BFS, Bundesamt für Statistik. (2015). Freiwilliges Engagement in der Schweiz. 2013/2014. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/unbezahlte-arbeit.assetdetail.350195.html>
- Binder, J., & von Wartburg, L. (2014). Nationale Leitlinien Palliative Care: Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- Binkley, C., Furr, A., Carrico, R., & McCurren, C. (2004). Survey of oral care practices in US intensive care units. *American Journal of Infection Control*, 32(3), 161–169.
- Bonetti, D., Eccles, M., Johnston, M., Steen, N., Grimshaw, J., Baker, R., ... Pitts, N. (2005). Guiding the design and selection of interventions to influence the implementation of evidence-based practice: an experimental simulation of a complex intervention trial. *Social Science & Medicine*, 60(9), 2135–2147. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.08.072
- Bowker, G. C., & Leigh Star, S. (2000). *Sorting things out: Classification and its consequences*: MIT press.

- Braunschweig, S. (2004). Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz. In I. Walter (Ed.), *Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege* (113–122). Wien: ÖGVP.
- Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., ... & Littlejohns, P. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, *182*(18), E839–E842.
- Brügger, U. (2017). Medizin und Ökonomie – Freunde oder Feinde? *Therapeutische Umschau*, *74*(1), 777–785.
- Burmeister, H., Aebi, S., Studer, C., Fey, M. F., & Gautschi, O. (2012). Adherence to ESMO clinical recommendations for prophylaxis of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Supportive Care in Cancer*, *20*(1), 141–147.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C., & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines?: A framework for improvement. *The Journal of the American Medical Association*, *282*(15), 1458–1465.
- Christensen, M., & Hewitt-Taylor, J. (2006). From expert to tasks, expert nursing practice redefined? *Journal of Clinical Nursing*, *15*(12), 1531–1539. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01601.x
- Closs, S. J., & Cheater, F. M. (1997). The effectiveness of methods of dissemination and implementation of clinical guidelines for nursing practice: a selective review. *Clinical Effectiveness in Nursing*, *1*(1), 4–14.
- Cochrane Deutschland. (2017). Leitlinien. <http://www.cochrane.de/de/leitlinien>
- Corbin, J. M., & Strauss, A. (1991). A nursing model for chronic illness management based upon the Trajectory Framework. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, *5*(3), 155–174.
- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2015). *Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege und zur Entwicklung von Indikatoren zur Pflegequalität auf Basis von Expertenstandards*. Abgerufen am 1.9.2016. <https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Weitere/DNQP-Methodenpapier2015.pdf>
- DNQP, Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (2017). Expertenstandards und Auditinstrumente. <https://www.dnqp.de/en/expertenstandards-und-auditinstrumente/>
- Donabedian, A. (1968). Promoting quality through evaluating the process of patient care. *Medical Care*, *6*(3), 181–202.
- Duden. (2001). *Duden. Etymologie der deutschen Sprache*. (3 Ed.). Mannheim: Dudenverlag.
- Ebben, R. H., Vloet, L. C., Schalk, D. M., Mintjes-de Groot, J. A., & van Achterberg, T. (2014). An exploration of factors influencing ambulance and emergency nurses' protocol adherence in the Netherlands. *Journal of Emergency Nursing*, *40*(2), 124–130.
- Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2004). Selecting, presenting and delivering clinical guidelines: are there any «magic bullets»? *The Medical Journal of Australia*, *180*(6), S52–54.
- Ellingsen, G., Monteiro, E., & Munkvold, G. (2007). Standardization of Work: Co-constructed Practice. *The Information Society*, *23*(5), 309–326. doi: 10.1080/01972240701572723
- Enderli, S., Käch, S., Lorber, C., & Sandmeier, H. (2016). *Gesundheitswesen Schweiz*. 2016. Basel: Interpharma.
- Fawcett, J. (1996). *Pflegemodelle im Überblick*. Bern: Huber.
- Flynn, A. V., & Sinclair, M. (2005). Exploring the relationship between nursing protocols and nursing practice in an Irish intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice*, *11*(4), 142–149. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00517.x
- FMH, Swiss Medical Association. (2016). Qualitative Dignität – fachlicher Qualifikationsnachweis. https://www.fmh.ch/ambulante_tarife/tarmed_dignitaeten.html
- Friesacher, H. (2011). «Vom Interesse an vernünftigen Zuständen ...» Bedeutung und konstitutive Elemente einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. *Pflege*, *24*(6), 373–388.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss. (2011). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsunabhängige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V. <https://www.g-ba.de/informativen/richtlinien/77/>
- Galatsch, M., Krüger, C., Quasdorf, T., Schroller, M., Donath, E., & Bartholomeyczik, S. (2007). Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. *Pflegezeitschrift*, *60*(5), 272–276.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application*. (3 Ed.). St. Louis: Mosby.
- Graham, I. D., Beardall, S., Carter, A. O., Tetroe, J., & Davies, B. (2003). The state of the science and art of practice guidelines development, dissemination and evaluation in Canada. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, *9*(2), 195–202.
- Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2004). Is evidence-based implementation of evidence-based care possible? *The Medical Journal of Australia*, *180*(6), S50–51.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, *362*(9391), 1225–1230.
- Grol, R., & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. *Medical Journal of Australia*, *180*(6), S57.
- Guerrero, G. P., Beccaria, L. M., & Trevizan, M. A. (2008). Standard operating procedure: use in nursing care in hospital services. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, *16*(6), 966–972.
- Güntert, B., Orendi, B., & Weyerman, U. (1989). *Die Arbeitssituation des Pflegepersonals – Strategien zur Verbesserung*. Bern: Huber.

- Harmer, B., & Henderson, V. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing*. New York: Macmillan.
- Heaney, F. (2011). Nurse decision to insert a urinary catheter in a female patient in orthopaedic speciality: The development of a protocol to guide care. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 15(4), 212–219.
- Hehli, S. (2016, April 7). Auf dem Weg in die Pflegelücke. Wenn niemand mehr die Spritze setzt. *Neue Zürcher Zeitung, NZZ*. Abgerufen von <https://www.nzz.ch/schweiz/auf-dem-weg-in-die-pflegeluecke-wenn-niemand-mehr-die-spritze-setzt-ld.12041>
- Heins, M. J., de Jong, J. D., Spronk, I., Ho, V. K., Brink, M., & Korevaar, J. C. (2016). Adherence to cancer treatment guidelines: influence of general and cancer-specific guideline characteristics. *European Journal of Public Health*. doi: 10.1093/eurpub/ckw234
- Henderson, V. (1963). *Grundregeln der Krankenpflege. Weltbild der Krankenschwestern*. Frankfurt am Main: Deutsche Schwesterngemeinschaft.
- Hesketh, P. J., Apro, M., Jordan, K., Schwartzberg, L., Bosnjak, S., & Rugo, H. (2015). A Review of NEPA, a Novel Fixed Antiemetic Combination with the Potential for Enhancing Guideline Adherence and Improving Control of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. *BioMed Research International*, 2015, 651879. doi: 10.1155/2015/651879
- HL7, Internationaler Standard für den elektronischen Austausch von medizinischen Daten. (2017). <https://www.hl7.ch/hmc>, Hayward Medical Communication. (2003). What makes a good clinical guideline? 1–7. Abgerufen am 26.6.2016 von http://www.lhsc.on.ca/About_Us/Thoracic_Surgery/guidelineforclinicalguideline.pdf
- Hunter, B., & Segrott, J. (2014). Renegotiating inter-professional boundaries in maternity care: implementing a clinical pathway for normal labour. *Sociology of Health & Illness*, 36(5), 719–737. doi: 10.1111/1467-9566.12096
- Hutchinson, A. M., & Johnston, L. (2008). An observational study of health professionals' use of evidence to inform the development of clinical management tools. *Journal of Clinical Nursing*, 17(16), 2203–2211. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02384.x
- Ilott, I., Booth, A., Rick, J., & Patterson, M. (2010). How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocol-based care? A synthesis of the UK literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 770–780.
- Imhof, L., Abderhalden, C., Cignacco, E., Eicher, M., Mahrer-Imhof, R., Schubert, M., & Shaha, M. (2007). Agenda für die Pflegeforschung in der Schweiz 2007–2017. Swiss Research Agenda for Nursing (SRAN). http://www.sran.ch/uploads/9/3/1/9/93193342/sran_1.pdf
- Isfort, M., Weidner, F., Neuhaus, A., Kraus, S., Köster, V.-H., & Gehlen, D. (2010). Pflege-Thermometer 2009. *Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung im Krankenhaus*. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. Köln. Abgerufen von <http://www.dip.de>
- ISO, International Organization for Standardization. (2017). <https://www.iso.org>
- Jansson, I., Bahtsevani, C., Pilhammar-Andersson, E., & Forsberg, A. (2010). Factors and Conditions that Influence the Implementation of Standardized Nursing Care Plans. *Open Nursing Journal*, 4, 25–34.
- Juchli, L. (1987). *Krankenpflege. Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung und Pflege Kranker* (5 Ed.). Stuttgart: Thieme.
- Kitson, A. (2004). The state of the art and science of evidence-based nursing in UK and Europe. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(1), 6–8.
- Kleinknecht-Dolf, M., Frei, I. A., Spichiger, E., Müller, M., Martin, J. S., & Spirig, R. (2015). Moral distress in nurses at an acute care hospital in Switzerland: results of a pilot study. *Nursing Ethics*, 22(1), 77–90.
- Krohwinkel, M. (1993). *Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexierkranken. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozesspflege*. Baden-Baden: Nomos.
- Küttner, T., & Roeder, N. (2007). Definition Klinischer Behandlungspfade. *Klinische Behandlungspfade. Mit Standards erfolgreicher arbeiten*, 19–27.
- Lelgemann, M., & Ollenschläger, G. (2006). Clinical practice guidelines and clinical pathways: complementation or contradiction? *Der Internist*, 47(7), 690–698. doi: 10.1007/s00108-006-1652-5
- Lesho, E. P., Myers, C. P., Ott, M., Winslow, C., & Brown, J. E. (2005). Do clinical practice guidelines improve processes or outcomes in primary care? *Military Medicine*, 170(3), 243.
- Madörin, M. (2014a). *Der Kostendruck auf das Gesundheitswesen und auf die Pflege*. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Madörin, M. (2014b). *Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot – Kostenkorsett für die Pflege*. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Madörin, M. (2015). *Die Pflege im Schatten von Standardisierung und Effizienzkalkül*. Winterthur: ZHAW Departement Gesundheit.
- Malhi, GS., & Adams, D. (2009). Are guidelines in need of CPR? The development of clinical practice recommendations (CPR). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(s439), 5–7.
- Manzeschke, A. (2010). Transformation der Pflege. Ethische Aspekte eines subtilen und zugleich offenkundigen Wandels. In S. Kreutzer (Ed.), *Transformation pflegerischen Handelns. Institutionelle Kontexte und soziale Praxis vom 19. bis 21. Jahrhundert* (175–193). Göttingen: V&R unipress, Universitätsverlag Osnabrück.
- Mayers, P. M. (2010). *Nurses' experiences of guideline implementation in primary health care settings*. Stellenbosch: University of Stellenbosch.

- McCormack, B., Manley, K., & Garbett, R. (2009). *Praxisentwicklung in der Pflege*. Bern: Huber.
- Mead, P. (2000). Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional minefield? *Journal of Advanced Nursing*, 31(1), 110–116.
- Mehrholz, J. (2012). Leitlinie: Von der Empfehlung zur Anwendung. *neuroreha*, 4(02), 57–62.
- Meleis, A. I. (1997). Die Theorieentwicklung der Pflege in den USA. In D. Schaeffer, M. Moers, H. Steppe, & A. I. Meleis (Eds.). *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA* (281–295). Bern: Huber.
- Miller, M., & Kearney, N. (2004). Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 41(7), 813–821.
- Offermanns, G. (2008). Neue prospektive Steuerungsinstrumente im Mehrebenensystem des Gesundheitswesens. *Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen: ZögU/ Journal for Public and Nonprofit Services*, 284–301.
- Online Etymology Dictionary. (2017). Care, Cure. Douglas Harper 2001–2017. <http://www.etymonline.com/>
- Ostner, I., & Beck-Gernsheim, E. (1979). *Mitmenschlichkeit als Beruf. Eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Frankfurt: Campus.
- Parlament CH. (2017). Gesetzliche Anerkennung der Verantwortung der Pflege. <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20110418>
- Pasek, T. A., Thomas, D., Khimji, I., Schmitt, C., Spence, A., & Hanni, R. (2007). Implementation of a nurse-driven topical analgesic protocol: Two steps forward, one step back. *Pediatric Pain Letter*, 9(3).
- Pundt, J. (Hrsg.). (2006). *Professionalisierung im Gesundheitswesen. Positionen – Potentiale – Perspektiven*. Bern: Huber.
- Reading, A. E. (1979). The short term effects of psychological preparation for surgery. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 13, 641–654.
- Rettke, H., Frei, I. A., Spichiger, E., & Spirig, R. (2015). Pflege im Vorfeld von SwissDRG–Erfahrungen von Pflegenden mit interprofessioneller Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitslast und Arbeitszufriedenheit. *Pflege*, 28(3), 133–144.
- Rieder, E., Breitenstein, U., Cathomas, R., Eicher, M., Rothermund, C., & Widmer, C. (2012) Adhärenz und Sicherheit bei oraler Tumortherapie. Grundlagen zum Thema Adhärenz und Sicherheit bei der Anwendung oraler Tumormedikamente. <http://www.oraletumortherapie.ch>
- Rohrbasser, A. (2013). Leitlinien für evidenzbasierte klinische Praxis oder evidenzbasierte Leitlinien für klinische Praxis? *PrimaryCare*, 13(8), 137–139.
- Roper, N., Logan, W. W., & Tierney, A. J. (1993). *Die Elemente der Krankenpflege. Ein Pflegemodell, das auf einem Lebensmodell beruht*. Basel: Recom.
- Rosoff, A. J. (2004). The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care. *Journal of Legal Medicine*, 25(2), 249–255.
- Rycroft-Malone, J., Kitson, A., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., Titchen, A., & Estabrooks, C. (2002). Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 11(2), 174–180.
- SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2014). Ein nachhaltiges Gesundheitssystem für die Schweiz. *Roadmap der Akademien der Wissenschaften Schweiz*. Abgerufen von <http://www.samw.ch/de.html>
- SAMW, Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2017). Medizin-ethische Richtlinien. <https://www.samw.ch/de/Publikationen/Richtlinien.html>
- SBK-ASI. (1990). *Qualitätsnormen zur Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege (Pflegestandards)*. Bern: Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.
- Schwarz, G. (2012, September 28). Unbezahlt heisst unsichtbar. *Neue Zürcher Zeitung*. Abgerufen von <http://www.nzz.ch>
- SGB V, Sozialgesetzbuch V. (2008). Sozialgesetzbuch. <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/63.html>
- Sirsch, E. (Hrsg.). (im Druck). *Entscheidungsfindung zur Einschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Vom Problem zur Konzeptentwicklung*. Weinheim: Beltz.
- SmithBattle, L., & Diekemper, M. (2001). Promoting clinical practice knowledge in an age of taxonomies and protocols. *Public Health Nursing*, 18(6), 401–408.
- Spichiger, E., Kesselring, A., Spirig, R., & De Geest, S. (2006). Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. *Pflege*, 19(1), 45–51.
- Spirig, R. (1999). *Zu PartnerInnen werden: die Bedeutung von Caring für Menschen mit HIV und AIDS*. Bern: Huber.
- Stemmer, R. (2003). Zum Verhältnis von professioneller Pflege und pflegerischer Sorge. In Deutscher Verein für Pflegewissenschaft e.V. S. Bartholomeyczik, & G. Dielmann (Eds.). *Das Originäre der Pflege entdecken. Pflege beschreiben, erfassen, begrenzen*. (43–62). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Steppe, H. (1997). Denn nur die Frau ist die geborene Krankenpflegerin. Zur Entstehung des Frauenberufs Krankenpflege im 19. Jh. In Frauenbüro der Johannes Gutenberg Universität Mainz (Ed.), *Ringvorlesung. Band 7*. Mainz: Johannes Gutenberg Universität.
- SwissDRG. (2017). PCG-Katalog TARPSY Version 1. <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy-system-10/pcg-katalog>
- Szucs, T. D. (2017). Medizin und Ökonomie. *Therapeutische Umschau*, 74(1), 775.
- TARMED Online Browser. (2016). Leistungen.
- Timmermans, S., & Almeling, R. (2009). Objectification, standardization, and commodification in health care:

- a conceptual readjustment. *Social Science & Medicine*, 69(1), 21–27. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.020
- Trede, I. (1997). Von babylonischen Sprachverwirrungen. Eine Literaturanalyse über Ziele und Merkmale von Pflegestandards. *Pflege*, 10(5), 262–272.
- USZ, UniversitätsSpital Zürich. (2017). Abschluss-symposium zur DRG Begleitforschung Pflege. <http://www.usz.ch/news/veranstaltungen/Seiten/Abschluss-symposium-zur-DRG-Begleitforschung-Pflege.aspx>
- van Achterberg, T., Schoonhoven, L., & Grol, R. (2008). Nursing implementation science: how evidence-based nursing requires evidence-based implementation. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(4), 302–310. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00243.x
- Venkat, A., Hunter, R., Hegde, G. G., Chan-Tompkins, N. H., Chuirazzi, D. M., & Szczesiul, J. M. (2012). Perceptions of Participating Emergency Nurses Regarding an ED Seasonal Influenza Vaccination Program. *Journal of Emergency Nursing*, 38(1), 22–29. doi: 10.1016/j.jen.2010.08.015
- von Stösser, A. (1994). Pflegestandards. *Erneuerung der Pflege durch Veränderung der Standards*. (3 Ed.). Berlin: Springer.
- Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- WHO, World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*. Genf: World Health Organization.
- Widmer, M. (1988). *Stress, Stressbewältigung und Arbeitszufriedenheit beim Krankenpflegepersonal*. Aarau: Schweizerisches Institut für Gesundheits- und Krankenhauswesen SKI.
- Woods, M., Rodgers, V., Towers, A., & La Grow, S. (2015). Researching moral distress among New Zealand nurses: a national survey. *Nursing Ethics*, 22(1), 117–130. doi: 10.1177/0969733014542679
- Wolf, S. H., Grol, R., Hutchinson, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (1999). Clinical guidelines: potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. *British Medical Journal*, 318(7182), 527–530.
- ZQP, Zentrum für Qualität und Pflege. (2017). *Pflegerische Leitlinien und Standard*. <https://www.zqp.de/portfolio/uebersicht-pflegerische-leitlinien-und-standards/>

Autorinnen



Sabine Bartholomeyczik

Krankenschwester (Heidelberg)
Diplom-Soziologin (Mannheim)
Dr. rer. pol. (Berlin)
Habilitation Pflegewissenschaft (Witten)

Sabine Bartholomeycziks beruflicher Werdegang begann als Krankenschwester in Berlin und Mannheim; weiter ging es nach dem Studium der Sozialwissenschaften als wissenschaftliche Mitarbeiterin ins Bundesgesundheitsamt Berlin (heute Robert-Koch-Institut), mit Forschungsstipendien in die USA (u. a. Aids-Forschung) und als Professorin für Pflegewissenschaft an die Fachhochschule Frankfurt am Main. Seit 2001 hat sie einen Lehrstuhl am Department für Pflegewissenschaft der Fakultät für Gesundheit an der Universität Witten/Herdecke in Witten. Von 2009 bis 2012 war Bartholomeyczik zudem Gründungssprecherin des Standorts Witten im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) in der Helmholtz Gemeinschaft. Ihre besonderen Interessen liegen in der Entwicklung der Pflegewissenschaft in Deutschland, in der Pflegediagnostik beziehungsweise in Assessmentinstrumenten, auf dem Gebiet der Demenz sowie der Entwicklung der Pflegewissenschaft.

Bartholomeycziks breit gefächerte Interessen führten dazu, dass sie heute auch als Mitglied in verschiedenen Sachverständigungsgremien tätig ist. Von 1999 bis 2009 war sie zudem Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften (DGP).



Evelyn Rieder

Pflegefachfrau in Allgemeiner Krankenpflege (AKP)
Dipl. Erwachsenenbildnerin HF
Master of Science in Nursing der Universität Basel

Schon vor, aber vor allem durch das pflegewissenschaftliche Studium an der Universität Basel rückten die vulnerablen Patientinnen und Patienten mit ihren individuellen Geschichten sowie die Lernenden und heute Studierenden im klinischen medizinischen und onkologischen Praxisalltag ins Zentrum. Diese Interessen, die Neugier sowie die Leidenschaft, Wissen zu vermitteln und mit anderen zu teilen, führten zu einer Anstellung als Dozentin an der ZHAW. Fast eine Dekade lang war die Autorin Vizepräsidentin der Onkologiepflege Schweiz und baute in dieser Zeit ein national sowie international tragfähiges Netzwerk in der Onkologiepflege auf, zum Beispiel als aktives Mitglied in der Edukation- und Fatigue-Gruppe der Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) sowie als Mitglied der European Oncology Nursing Society (EONS).

Die fachlich fundierte Pflegeexpertise in Onkologie und die grosse Leidenschaft für Bücher und das Schreiben bewogen die Autorin zur Entwicklung und Realisierung der Fachzeitschrift «Onkologiepflege». Die Zeitschrift hat sich in deutschsprachigen Fachkreisen etabliert. 2017 brach die Zeit an, das Werk weiter und in andere Hände zu geben.

«Streben nach Veränderung der Kultur
bedeutet Streben nach Exzellenz
und damit nach unbestrittenen Leistungen.»

(Anthony, 1994, zitiert in McCormack,
Manley, & Garbett, 2009, S. 75)

Gesundheit

Institut für Pflege
Technikumstrasse 71
Postfach
CH-8401 Winterthur

Telefon +41 (0)58 934 65 34

Fax +41 (0)58 935 65 34

E-Mail ipf.gesundheit@zhaw.ch

Web zhaw.ch/gesundheit/pflege

