

Pflegestandards – Pro und Contra

Detlef Marhold (Pro), Knut Happe (Contra)

Immer noch diskutieren Pflegekräfte über das Für und Wider von Pflegestandards. Kann die Pflegequalität durch Standards erreicht oder erhöht werden? Diese Frage wird im nachfolgenden Beitrag von den beiden Autoren kontrovers diskutiert.

Übersicht:

- Definition Standard/Pflegestandard
- PRO: Warum Pflegestandards?
- CONTRA: Pflegestandards – Ein Weg zur Pflegequalität?

Definition Standard/Pflegestandard

Was bedeutet der Begriff Standard? Die Literatur bietet hier verschiedenartige Definitionen an. In Lexika bedeutet Standard: Normalmaß, Richtschnur, durchschnittliches Maß, herkömmliche Normalausführung (z.B. einer Ware) bzw. Norm in Ausstattung und Qualität. Davon abgeleitet bedeutet das Verb „standardisieren“: (nach einem Muster) vereinheitlichen, normen (DUDEN 1963, 1970, Zentralinstitut für Sprachwissenschaft 1997). In der Soziologie bedeutet Standardisierung (bzw. Formalisierung) „die Festlegung der Kompetenzen und der Arbeitsabläufe durch unpersönliche Dauerregelung“ (Kühn 1994). Der Grad der Formalisierung bestimmt den Einschränkungsumfang der Handlungsalternativen.[1]

Von Stösser (1994) definiert Pflegestandards als „allgemein gültige und akzeptierte Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren. Pflegestandards legen themen- oder tätigkeitsbezogen fest, was die Pflegepersonen in einer konkreten Situation generell leisten wollen/sollen und wie diese Leistung auszusehen hat.“ Auch die WHO beschäftigte sich mit Pflegestandards und definierte 1983: „Ein Standard in der Pflege ist ein vereinbartes Maß an für einen bestimmten Zweck benötigter pflegerischer Betreuung.“ 1988 wurde diese Aussage modifiziert: „Ein Standard ist ein an einem Kriterium ausgerichtetes, erreichbares Leistungsniveau. Die tat-

sächliche Leistung wird daran gemessen.“ Zawada/Kellnhauser (1996) schreiben: „Der Pflegestandard ist ein Formular, das als gültige und präzise Richtlinie eines bestimmten Pflegekomplexes (z.B. Diabetes mellitus, Wundversorgung) in der Praxis angewandt werden kann. Der Pflegestandard enthält alle Probleme und Bedürfnisse, die im Hinblick auf ein spezielles Krankheitsbild oder eine Pflegediagnose (z.B. Desorientiertheit) auftreten können. Des weiteren beschreibt er pro Problem/Bedürfnis das pflegerische Vorgehen und setzt ein zu erreichendes Ziel.“

Alle diese Definitionen weisen zwar Gemeinsamkeiten auf, sind aber doch von ihren Inhalten her z. T. recht unterschiedlich, zumal Begrifflichkeiten auftauchen, die näher definiert werden müßten. Stösser spricht z.B. von „allgemein gültige[n] und akzeptierte[n] Normen ...“ Heißt das, daß die gleichen Pflegestandards in jedem Haus anwendbar sind? Außerdem stellt sich die Frage, welche Institution Pflegestandards festlegen darf. Die Leitlinien in der Medizin werden durch die medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet und für verbindlich erklärt. Vergleichbares gibt es bisher in der Pflege nicht.

Ist ein Pflegestandard von daher wirklich so allgemeingültig, daß er in jeder Einrichtung angewendet werden könnte? Gibt es universelle Pflegestandards? Ja und nein! Denn je nach Ausprägung des Standards können sie entweder eine Allgemeingültigkeit besitzen (z.B. i.m. Injektionen) oder sind aufgrund ihrer strukturellen Formulierung nur lokal gültig.

Kurrath-Lies (1997) unterteilt Pflegestandards in:

- a) Nationale Standards (allgemein

gültige Richtlinien)

- b) Regionale Standards (mittlerer Detaillierungsgrad)

- c) Lokale Standards (Krankenhaus- bzw. einrichtungsbezogen).

An Standards werden drei Typen unterschieden (von Stösser 1994):

- a) *Strukturstandards* beschreiben die Voraussetzung (Rahmenbedingungen), unter denen die Pflege zu erbringen ist, z.B. Organisationsformen, Materialien, Personalbedarf, Kompetenzabgrenzung, räumliche Erfordernisse, Zeit.

- b) *Prozeßstandards* beschreiben Art und Umfang des pflegerischen Handelns. Orientiert an der pflegerischen Zielsetzung legen sie den Qualitätsanspruch fest: z.B. generelle Problemstellung – Zielsetzung – Maßnahmenplan (Standardpflegepläne), Beschreibung einzelner Maßnahmen (Handlungsabläufe), Auflistung von Maßnahmen (Aufgabenspektrum).

- c) *Ergebnisstandards* geben vor, was durch pflegerische Interventionen erreicht werden soll. (Pflegeziele = geplantes Ergebnis). Es werden generelle Pflegeziele festgelegt, anhand derer das Pflegeergebnis am Patientenzustand im Ist-Soll-Vergleich bewertet werden kann.

Je nach Ausprägung des Standards sind dies die Grundbausteine einer jeden standardisierten Tätigkeit. Sind in den Standards Strukturelemente vorhanden, sind diese nur durch Abänderung auf andere Einrichtungen übertragbar.

PRO: Warum Pflegestandards?

Auch ohne schriftlich definierte Pflegestandards existieren die drei Standardtypen in jeder Institution –

zumindest in der Anwendung. Jede Pflegekraft erbringt unter gegebenen Strukturbedingungen ihre Leistung in der Prozeßabfolge, die sie in ihrer Ausbildung erlernt und durch Fort- und Weiterbildungen und persönliche Erfahrungen ausgebaut hat. Und weil sie gelernt hat, gemäß dem Ursachen-Wirkungsprinzip zu denken, führt praktisch keine Pflegekraft eine Handlung durch, ohne nicht auch eine gewisse Vorstellung vom Ergebnis zu haben. In jedem Fall stellt die Pflegekraft der Perspektive des Patienten ihre eigene professionelle Sichtweise entgegen.

Viele Pflegenden haben die Befürchtung, daß die Pflege durch Standardisierung an Qualität verliert. Pflegestandards werden gleichgesetzt mit einer Standardpflege, d.h. einer Gleichbehandlung aller Patienten ohne hinreichende Berücksichtigung individueller Unterschiede. Mit dieser Interpretation des Begriffes werden Pflegestandards jedoch m. E. falsch verstanden. Sicherlich können und werden aus Pflegestandards Standardpflegepläne erarbeitet (Kurrath-Lies 1997). Diese sollen aber nicht einfach auf alle Klienten mit dem gleichen Krankheitsbild zur direkten Anwendung gebracht werden. Die Pflegekraft soll den Standardpflegeplan vielmehr an die individuellen Bedürfnisse und Problemstellungen des Patienten anpassen. Damit ist ein Prozeß gemeint, bei dem der Patient in *Zusammenarbeit* mit der Pflegekraft seine Bedürfnisse beschreibt und Maßnahmen auswählt, die zur *gemeinsam* formulierten Zielerreichung führen (vgl. z.B. das Systemmodell nach Neuman). Ziel ist die Befriedigung der individuellen Bedürfnisse und genau in diesem Sinne ist auch der Begriff Qualität zu verstehen.

Auch wenn von daher der Standardpflegeplan einer individuellen Pflege nicht wirklich im Wege steht, muß immerhin eingeräumt werden, daß er das Denken und Handeln des professionellen Helfers in einem erheblichen Maße kanalisiert. Dies mag man kritisieren. Aufmerksam zu betrachten sind in jedem Fall die Inhalte der Pflegestandards. Denn aus der Soziologie wissen wir, daß unser soziales Handeln von den *sozialen Werten und Normen* einer Kultur abhängig ist (wobei divergierende Wert- und Normsysteme unterschied-

licher sozialer Gruppen in einer Gesellschaft durchaus nebeneinander stehen können). Standards, die pflegerisches Verhalten normieren sollen, sind von der entsprechenden Kultur bzw. Gesellschaft abhängig.[2]

Standardpflegepläne erhöhen allerdings die Sicherheit, alle Bedürfnisse des Klienten (die in der existierenden Gesellschaft als relevant erachtet werden) erkennen und beachten zu können. Ist dies geschehen, können im Rahmen der Evaluation die Ergebnisse mit dem Klienten besprochen und in den Pflegeplan eingearbeitet werden. Die Orientierung an einem Standardpflegeplan ist außerdem ökonomischer, als wenn man jedesmal einen individuellen Pflegeplan vollständig neu entwickeln und erfinden müßte – sie hilft schlicht dabei, Zeit zu sparen.

Nachweisbarkeit und Transparenz der Leistungserbringung vermindern zudem Schnittstellenprobleme zu anderen Berufszweigen, die mit dem Klienten zu tun haben, und vereinheitlichen die Durchführung. Somit kann auch die erbrachte Leistung besser gemessen und beurteilt werden. Handeln auf der Basis von Pflegestandards hat gegenüber dem reinen Expertenhandeln (so gut dessen Ergebnisse im Einzelfall auch sein mögen) den Vorteil, daß es wegen der schriftlichen Fixierung von Außenstehenden nachvollziehbar und kommunizierbar ist. Dies ist nicht nur bei Rechtsstreitigkeiten hilfreich (insbesondere bei solchen lange Zeit nach der Leistungserbringung), sondern kann auch zur Abstimmung der theoretischen und praktischen Ausbildung dienen. Sind Standards festgelegt, so können mit ihrer Hilfe ferner Schreiarbeiten vermindert und sogar Personalbedarfsanalysen durchgeführt werden. All diese Faktoren erhöhen wiederum die Qualität der zu erbringenden Leistungen.

Je mehr nationale und regionale Standards bestehen, desto transparenter wären natürlich die Leistungen für die Klienten und um so unkomplizierter gestaltete sich die Einarbeitung neuer Mitarbeiter und somit deren Qualität. Eine wichtige Rolle spielen hierbei natürlich wieder die Bedürfnisse des Klienten. Das Ziel der Pflege ist die Befriedigung der im wesentlichen vom Patienten bestimmten Bedürf-

nisse, die dann entsprechend im Standard verarbeitet werden! Sofern ein Pflegestandard bedürfnisorientiert ist (wie z.B. die Standards in Anlehnung an die transkulturelle Pflege nach Leininger, die psychodynamische Krankenpflege nach Peplau oder das Systemmodell nach Neuman), kann er auch überall angewendet werden (sofern nicht Stukturstandards enthalten sind).

Zusammenfassend meine ich, daß Pflegestandards nicht nur der Pflegekraft helfen, ihre Arbeit ökonomisch zu erledigen, vielmehr lassen sie auch dem Patienten das zukommen, wofür er schließlich bezahlt: qualitativ hochwertige Pflegeleistungen. Pflegestandards mögen eine „Krücke“ sein, aber nicht jede Pflegekraft ist direkt nach der Ausbildung ein(e) PflegeexpertIn.

CONTRA: Pflegestandards – Ein Weg zur Pflegequalität?

Der systematische Ansatz von Pflegestandards (Zweck: Anleitung für bestimmte situative Möglichkeiten und deren Handlungserfordernisse) kollidiert mit theoretischen Pflegemodellen bzw. Rahmenkonzepten der Pflege, in denen davon ausgegangen wird, daß jeder Mensch in jeder Situation individuelle Bedürfnisse und Ressourcen hat.

Denn es gilt der Satz: Keine bzw. kaum eine Standardisierung bei starker Berücksichtigung der zugrundeliegenden Ausnahmen bezüglich der Individualität. Oder umgekehrt: Keine oder kaum Individualität bei starker Standardisierung.

Eklatant ist, daß *kaum ein Leistungsempfänger befragt wird, wie er seine Situation beurteilen würde*. Pflegestandards repräsentieren ausschließlich die professionelle Perspektive (ähnlich wie z.B. Pflegediagnosen [3] oder Quality Tools [4]). Pflegefachkräfte und andere professionelle Gesundheitsproduzenten haben in ihrer Ausbildung und in ihrer Berufstätigkeit bestimmte Vorstellungen von Qualität erworben. Typischerweise wollen sie – soweit dies die Rahmenbedingungen zulassen, eine Qualität produzieren, die dem jeweiligen Stand der (Pflege)Wissenschaft entspricht (bzw. dem, was sie dafür halten).

Zwar erwartet auch der Leistungsempfänger, nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse versorgt zu werden – ohne davon naturgemäß in der Regel eine klare Vorstellung zu haben (schließlich ist er nicht der Experte). Daraus zu folgern, daß er *nicht* Umfang und Inhalt der Behandlung soweit wie möglich mitbestimmen wollte, wäre allerdings ein Trugschluß. Idealtypisch beansprucht der Patient wie ein Kunde eine vereinbarte Leistung (wobei die Kundenmetapher sicherlich nicht bruchlos auf das Feld der Dienstleistungen im Gesundheitsbereich übertragbar ist). Von daher kommt es darauf an, den Handlungsrahmen so zu gestalten, daß Patienten ihre Erwartungen und subjektiven Qualitätskriterien soweit wie möglich in die Pflegeplanung wie auch in die Qualitätsbemessung einfließen lassen können.

Dabei ist klar, daß bei akuten Krankheitsgeschehen die Spielräume für Aushandlungsprozesse geringer sind als bei langwierigen Prozessen. Bei einem Herzstillstand oder einem Beinbruch ergreifen die zu Hilfe gerufenen Nothelfer vollkommen zu Recht bestimmte Maßnahmen, ohne diese mit den Betroffenen zu diskutieren (jedenfalls nicht in der Notsituation). Völlig anders stellt sich dagegen die Lage beispielsweise bei psychiatrischen Erkrankungen oder bei dauerhaft Pflegebedürftigen, die bei ihrer Therapie nicht nur ein Wörtchen mitreden wollen, sondern oft zu Recht als Experten in eigener Sache gelten können. Im übrigen spielt in der Pflege (wie bei anderen personenbezogenen Dienstleistungen auch) nicht nur das fachlich kompetente Handeln eine Rolle, sondern auch die Art und Weise *wie* die Leistung erbracht wird. Auch ein medizinischer Laie spürt sehr wohl, ob ihm ein Arzt oder Pflegeexperte mit Respekt begegnet oder nicht.

Pflegestandards sollen die Pflegequalität verbessern. Aber was ist das? Wer definiert diese? Professionelle und Leistungsempfänger haben – das wurde bereits deutlich – keineswegs immer deckungsgleiche Auffassungen von Pflegequalität. Dies gilt bereits bei Abstraktion von den strukturellen bzw. ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Interaktion. Immer stärker werden die im Gesundheitswesen Beschäftigten allerdings von den

Einrichtungsträgern dazu angehalten, sich ökonomisch zu verhalten, d.h. Abstriche von der idealen Fachlichkeit zu machen (wobei die Einrichtungsträger nur den Druck weitergeben, der sich aus den sich verändernden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsproduktion ergeben).

Sicherlich ist es unrealistisch, darauf zu hoffen, daß sämtliche im Einzelfall von einem Patienten erwarteten Leistungen durch die Solidargemeinschaft finanziert werden würden. Dennoch kann dies kein Argument dafür sein, Qualitätskriterien hauptsächlich durch „Nichtleistungsempfänger“ festzusetzen. Grundsätzlich sollte bei der Beurteilung von Pflegequalität die Selbstbestimmungsmöglichkeit stärker einbezogen werden. Mit anderen Worten: Kriterien zur Beurteilung sollten stärker vom Leistungsempfänger ausgehen. Auf alle Fälle sollte das Maß der Pflegequalität zunächst von der Finanzierung gelöst betrachtet werden. Dieser Weg ist notwendig, da sich in unserem immer weiter ökonomisierenden Gesundheitswesen die Gefahr ausbreitet, daß der Mensch als Patient zum Objekt wird, dem es gilt, ein „Qualitätspaket“ Gesundheitsdienstleistung zu verkaufen oder, schlimmer noch, zu verpassen.

Zusammenfassend meine ich, daß Pflegestandards dem Empfänger zwar qualitativ hochwertige Leistungen zukommen lassen, diese aber sind – auf den Einzelfall bezogen – ein Durchschnitt an möglichen individuell beanspruchten Leistungen in Verbindung mit einer gewissen Reziprozität zum Budget einer Einrichtung (oder gar dem Gesamtbudget im Gesundheitswesen). Und es bleibt die Frage, ob die Bewertung der Leistungen zur Pflegequalität immer auch kongruent mit den Vorstellungen oder Erwartungen des Empfängers sind und nicht vielmehr die Vorstellungen derer widerspiegeln, die den Standard erstellen.

Detlef Marhold

Student Pflegemanagement,
FH Münster
Email: dmarhold@muenster.de

Knut Happe

Student Pflegemanagement
FH Münster
Email: k.happe@gmx.de

Anmerkungen

- [1] Einen hohen Formalisierungsgrad schreibt der Autor z.B. den Pflegestandards von Weilt (1997) zu.
- [2] Der Mensch ist nach Arnold Gehlen ein „Mängelwesen“ und verfügt nicht über eine angeborene Verhaltenssicherheit (dies gilt schon für verhältnismäßig einfache Verhaltensmuster und gilt natürlich erst recht für die hier interessierenden komplexen Handlungssituationen in der Pflege). (Grohall 1994). Pflegen zu können, ist in jedem Fall etwas, was der Mensch erst lernen muß.
- [3] Gegen Pflegediagnosen lassen sich von daher vergleichbare Argumente in Stellung bringen wie gegen Pflegestandards. Vgl. z.B. die Beiträge von Heiner Friesacher und Penny Powers in Kollak und Georg (1999).
- [4] Den verschiedenen Quality-Tools ist gemeinsam, daß Qualität unter objektivierten Bedingungen zu betrachten versucht wird. Zusammenhänge (prozeßbezogene Kriterien) werden mathematisch-statistisch präsentiert, es werden also Häufigkeiten gezählt. Die viel wichtigeren *Ausprägungen* der Häufigkeiten, also die Qualität der Kriterien, wird nicht oder nur selten erhoben, da dieser Aufwand nicht tragbar scheint. Regelmäßig unberücksichtigt bleiben auf diese Weise Fragen im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie die Leistungen erbracht werden.

Literatur

Zentralinstitut für Sprachwissenschaft (1997): Etymologisches Wörterbuch des Deutschen. 2. Aufl., dtv, München.

Grohall, Karl Heinz (1994): Soziologie des abweichenden Verhaltens und der sozialen Kontrolle; aus Biermann et al: Soziologie, gesellschaftliche Probleme und sozialberufliches Handeln. 2. Aufl., Luchterhand, Berlin.

Kühn, Dietrich (1994): Organisationen sozialer Arbeit: Administrative Strukturen und Handlungsformen im Sozialwesen; aus: Biermann et al: Soziologie, gesellschaftliche Probleme und sozialberufliches Handeln. 2. Aufl., Luchterhand, Berlin.

Kollak, Ingrid/Georg, Margret (1999): Pflegediagnosen – was leisten sie – was leisten sie nicht. Mabuse, Frankfurt/Main.

Kurrath-Lies (1997): Zur Entwicklung von Standards in der Pflege. DKI GmbH Deutsches Krankenhausmanagement, Beratung und Forschung, Düsseldorf.

Snowley, Gillian D. et al (1994): Pflegestandards und Pflegeprozeß: Grundlagen pflegerischer Qualitätssicherung. Ullstein Mosby Berlin.

Stösser, Adelheid von (1994): Pflegestandards, 3. Aufl., Springer Verlag, Berlin.

Zawada, Ursula/ Kellnhauser, Edith (1996): Pflegeplanung und Dokumentation in ambulanten und stationären Einrichtungen, 4. Aufl., U. Zawada Fachverlag, Düsseldorf

DUDEN (1963, 1970): Das Bedeutungswörterbuch. Bibliographisches Institut AG, Mannheim.

Weilt, Josef (1997): Pflegestandards im Krankenhaus: Organisationsstandards der Pflegestationen, allgemeine und spezielle Pflege. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover

Klinische Pflegeforschung und juristische Argumente

Sabine Bartholomeyczik

„Dürfen Pflegekräfte eigenständig klinisch forschen?“ So ist ein Artikel überschrieben, der in der Zeitschrift *Medizinisches Recht* erschienen ist. Autoren sind zwei Juristen der Mannheimer Universität (Taupitz und Fröhlich in: *MedR*, Heft 6, 1998, 257-261). Die Frage der Autoren heißt eigentlich genauer: **Dürfen Pflegende ohne ärztliche Leitung Forschung an/mit PatientInnen im Krankenhaus eigenständig durchführen? Beantwortet wird diese Frage mit dem Schlußsatz: „Um Haftungsrisiken weitgehend zu minimieren, ist der Klinikleitung in jedem Fall zu raten, Forschungsuntersuchungen im Zweifel ärztlicher Aufsicht und Kontrolle zu unterstellen.“** Der nachstehende Beitrag ist eine Auseinandersetzung mit den juristischen Argumenten, die zugleich auch pflegefachliche Fragen berühren.

Übersicht

Deskription

1. Spezielle Bestimmungen zur „Forschung am Menschen“
2. Pflegeforschung und Wissenschaftsfreiheit
3. Haftungsrechtliche Gesichtspunkte
4. Rechtsgrundsätze zur Erlaubnispflicht bei der Heilkundenausübung.
5. Medizinische Ethikkommissionen

Kritik

- Ad1: Strahlenschutzverordnung, Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz, Deklaration von Helsinki
- Ad2: Pflegeforschung und Wissenschaftsfreiheit
- Ad3: Haftungsrechtliche Gesichtspunkte
- Ad4: Heilkundenausübung
- Ad5: Medizinische Ethikkommissionen
- Schlußbemerkung

Deskription

Da die wenigsten LeserInnen dieser Zeitschrift den Artikel von Taupitz und Fröhlich gelesen haben werden, sei sein Inhalt in wesentlichen Zügen kurz wiedergegeben.

Der zweite Satz der Einleitung kennzeichnet den Ausgangspunkt: *„Forschung am Menschen ist bisher ganz selbstverständlich und nicht zuletzt vor dem Hintergrund des ärztlichen Heilkundemonopols als medizinische Forschung begriffen worden, die von Ärzten oder zumindest unter Leitung von Ärzten (...) durchgeführt wird.“* Seit neuestem trete die Pflegewissenschaft mit dem Anspruch auf, eine eigenständige Wissenschaft im Kreise der Wissenschaften zu sein. Damit ergebe sich auch die Frage, ob Pflegende eigenständig klinisch forschen dürften.

Nachdem die Autoren festgestellt haben, daß es explizite gesetzliche Regelungen dazu nicht gibt, untersuchen sie die Aussagen anderer Regelungen, die diese Fragen berühren könnten. Das betrifft fünf Bereiche.

1. Spezielle Bestimmungen zur „Forschung am Menschen“

Sobald die Strahlenschutzverordnung, oder das Arzneimittel- und Medizinproduktegesetz berührt werde, müsse die Verantwortung für die Projektleitung durch einen Arzt getragen werden. Auch die Deklaration von Helsinki, in der von biomedizinischer Forschung die Rede ist, sehe die „Verantwortung für die Versuchsperson“ immer bei einem Arzt.

2. Pflegeforschung und Wissenschaftsfreiheit

Die im Grundgesetz garantierte Wissenschaftsfreiheit könne durch andere Bestimmungen eingeschränkt werden, wie z.B. durch den Schutz der grundrechtlich gesicherten Patientenrechte. Wie der Schutzbereich der Wissenschaftsfreiheit genau definiert ist, sei in der juristischen Literatur umstritten. Eindeutig beziehe sich die Wissenschaftsfreiheit auf wissenschaftliche Hochschulen, und das seien vor allem Universitäten. Bei Fachhochschulen sei die Wissenschaftlichkeit umstritten. Bezogen auf „Ausbildungsberufe“ versage der genannte Begriff der Wissenschaftsfreiheit, hier müsse die Ernsthaftig-

keit der Forschung nachgewiesen werden als „nach Inhalt und Form ernsthaften, planmäßigen Versuch zur Ermittlung der Wahrheit“.

3. Haftungsrechtliche Gesichtspunkte

Ausschlaggebend hierbei ist zunächst die juristische Auffassung, wonach alle Schäden im Zusammenhang mit „nichtärztlicher Grund- und Funktionspflege sowie die einfache Behandlungspflege“ (S. 259) zur Verantwortlichkeit des Krankenhausträgers gehören, der gegebenenfalls hafte. Hänge dagegen die Arbeit Pflegenden jedoch sehr eng mit der ärztlichen Tätigkeit zusammen, dann gehöre sie auch zum „Pflichtenkreis des Arztes“. Demnach könne zwar Forschung auf dem „Gebiet der Grund- und Funktionspflege sowie der einfachen Behandlungspflege“ ohne ärztliche Leitung durchgeführt werden nicht dagegen eng mit ärztlichen Aufgaben verbundene Inhalte.

Wichtig, weil relativ unklar im Zusammenhang mit einer heutigen Pflegeauffassung ist der folgende Satz *„Auch pflegerische Forschung an spezifisch erkrankten Patienten, die einen Bezug zur ärztlichen Therapie aufweist, z.B. indem die Heilung durch bestimmte Pflegemaßnahmen beschleunigt werden soll, ist demnach nur unter ärztlicher Leitung zulässig.“*

Es bleibt hier die Warnung, daß insgesamt ein hohes Haftungsrisiko für die Klinikleitung bestehe, wenn