

Behandlungs- und Pflegepfade: Instrument zur Patientenorientierung oder -ignorierung?

Barbara Hellige

■ In diesem Beitrag zur Heidelberger Fachtagung des DV Pflegewissenschaft im September 2003 wird die Frage gestellt, ob Behandlungs- und Pflegepfade ein Instrument der Patientenorientierung oder der -ignorierung sind. Um es gleich vorwegzunehmen: Ich denke, beide Entwicklungen sind möglich. Im Folgenden möchte ich deshalb auf Chancen und potentielle Gefahren der Pfadentwicklung eingehen und anschließend skizzieren, welche Voraussetzungen m.E. erfüllt sein müssen, um die Pfade im Sinne einer Patientenorientierung zu entwickeln.

■ This paper of the Heidelberg Congress of DV Pflegewissenschaft in september 2003 poses the question, whether clinical- and nursing-pathways are an instrument of patient-orientation or of ignoring patients. To say it straight away: In my thinking both ways are possible. In the following paper I will therefore discuss chances and possible threats of pathway-development and then describe the preconditions for developing pathways directed to patient-orientation.

Gliederung

1. Auswirkung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen auf die Pflege
2. Systembedingte Probleme der Patienten im derzeitigen Behandlungs- und Pflegeverlauf
3. Kritik an der derzeitigen Entwicklungspraxis der Behandlungs- und Pflegepfade
4. Kennzeichen des pflegerischen kommunikativ orientierten Wissens
5. Ergebnisse einer Studie: »Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care«
6. Schlussfolgerungen für die Entwicklung von Behandlungs- und Pflegepfaden

Auswirkung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen auf die Pflege

Die Diskussion um Pflege- und Behandlungspfade steht in engen Zusammenhang mit der DRG-Einführung und der damit verbundenen Qualitätssicherung: § 17 b KHG, Abs. 2 »Wahrung der Qualität der Leistungserbringung«, aber auch der § 135 a in Verbindung mit den §§ 136 und 137 SGB V fordern dazu auf, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und gleichzeitig die sektor- und berufsgruppenübergreifende Versorgung zu optimieren. Die Ergebnisse der Qualitätsmessungen müssen demnächst regelmäßig in einem

Qualitätsbericht veröffentlicht werden. Die gesetzlichen Vorgaben können zu einer stärkeren Patientenorientierung führen. Um diese Orientierung zu gestalten, erscheint es also sehr sinnvoll, eine prozessorientierte Reorganisation im Sinne der Patienten vorzunehmen. Die Einführung der DRG's wird massive Auswirkungen auf die stationär und ambulant tätigen Pflegekräfte haben, was wiederum die Forderung nach Behandlungs- und Pflegepfaden zur Sicherung der Qualität der Arbeit untermauert.

Zunächst werden die Verweildauern in Krankenhäusern vermutlich drastisch reduziert, was für die Pflegenden zu einer weiteren Arbeitsverdichtung führt. Behandlungs- und Pflegepfade könnten genutzt werden, um die notwendigen Leistungen zu definieren und aufeinander abzustimmen. Die Patienten werden »sicker and quicker« entlassen. Behandlungs- und Pflegepfade könnten absichern, dass schon am Aufnahmetag mit der Entlassungsplanung begonnen wird. Die Qualitätsanforderungen an die ambulante Pflege werden steigen, es werden vermehrt beratende, koordinierende Kompetenzen abgefordert, zugleich muss fachliches Wissen erweitert werden. Intensivmedizinische, technikintensive Leistungen werden zunehmen. Behandlungs- und Pflegepfade könnten genutzt werden, um das Leistungsprofil darzustellen und auf die Bedarfe der KlientInnen hin abzustimmen (vgl. auch Reisach 2003).

In der WHO-Aufgabendefinition von Pflege werden alle Aspekte, die auch für die Entwicklung von Behandlungs- und Pflegepfaden relevant sind, benannt. »Der gesellschaftliche Auftrag der Pflege ist es, dem einzelnen Menschen, der Familie und ganzen Gruppen dabei zu helfen, ihr physisches, psychisches und soziales Potenzial zu bestimmen und zu verwirklichen, und zwar in dem für die Arbeit vollen Kontext ihrer Lebens- und Arbeitsumwelt. Deshalb müssen die Pflegenden Funktionen aufbauen und erfüllen, welche die Gesundheit fördern, erhalten und Krankheit verhindern ... Pflegende arbeiten auch partnerschaftlich mit Angehörigen anderer, an der Erbringung gesundheitlicher und ähnlicher Dienstleistungen beteiligter Gruppen zusammen.« (WHO 1993, zit. n. Kesselring, Panchaud 1999).

Nach der Definition der WHO wird erstens eine salutogenetische Perspektive der Pflege sichtbar, es geht darum die gesunden Potenziale zu stützen und zu entfalten, die jeder Mensch, auch wenn er massive Fähigkeitsstörungen aufweist, hat. Pflege beschäftigt sich mit den Krankheitsfolgen der Individuen, aber auch ihrer Angehörigen, ist präventiv tätig und kooperiert mit anderen Berufsgruppen. In den angloamerikanischen Ländern sind es überwiegend Pflegende, die das Fall- bzw. Case-Management, basierend auf Behandlungs- und Pflegepfaden oder Case Maps, durchführen.

Systembedingte Probleme der Patienten im derzeitigen Behandlungs- und Pflegeverlauf

Von klinischen Behandlungspfaden wird eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung erwartet, denn vergleicht man den derzeitigen Behandlungsverlauf z.B. bei chronisch Kranken mit einer Reise – und diese Klientel macht die Mehrzahl aller Patienten aus – dann könnte das Instrument Behandlungspfad die Patientenreise durch das Gesundheitssystem optimieren, um einen »kumulativen Schlamassel« (Strauss et al. 1985) zu vermeiden.

Zunächst gibt es unterschiedliche Möglichkeiten eine Reise zu planen. Man kann losfahren und sich treiben lassen oder eine Reise sehr detailliert planen. Wird eine Studienreise geplant, erhält man in der Regel ausführliche Informationen, wie man sich auf sie vorbereiten sollte, wie viel Tage die Reise dauert, welche Orte besucht werden und welche Kosten entstehen. Reist man in ein Land, in dem man die Sprache nicht spricht, das vielleicht auch noch unsicher ist, oder für das es keine ausgearbeiteten Reiserouten, schlechte Verkehrsbedingungen, mit unsicheren An- und Abfahrzeiten gibt, nimmt man sich einen Reiseführer – einen Experten – der genaue Landeskennnisse besitzt und schließt sich der geführten Reisegruppe an. Er übernimmt anwaltschaftlich Aufgaben der Routenplanung, hält Ausschau nach Hotels mit einem Mindestkomfort, z.B. im hygienischen Bereich und handelt Preise aus. Geplante Reisen reduzieren das Risiko. Das angeeignete Wissen reduziert die Angst vor dem Unbekannten (vgl. Layton et al. 1998, S. 30).

Chronisch kranke Menschen als Leistungsempfänger des Gesundheitswesens können in der Regel nicht damit rechnen, dass ihre Reise durch das Gesundheitswesen einen ähnlichen Verlauf nimmt wie oben geschildert. Nicht selten hängt es von Glück und Zufällen aber auch von der Macht der Professionellen ab, zu entscheiden, ob, wann und welche Informationen sie über die Krankheit und Pflege- und Behandlungsmöglichkeiten erhalten. Beziehen sich die Informationen nur auf medikamentöse Strategien oder werden potentielle Auswirkungen der Krankheit auf ihren Alltag, die Berufs- und Familienarbeit bzw. ihre Biographie, d.h. ihr Selbst,

ihr Körperkonzept thematisiert, wird angesprochen, welche Folgen für die Angehörigen antizipiert und bedacht werden müssen? Verstehen sie überhaupt die Sprache? Erst wenn sie Informationen erhalten, die auf ihre Lebenswelt Bezug nehmen, sind sie überhaupt in der Lage, potentielle Folgen zu reflektieren und daraus ihre Selbst-Sorge-Potenziale zu entwickeln und somit auch gezieltere Fragen zu stellen. Derzeit müssen Patienten und Angehörige sich ihr Versorgungsnetz zur Gestaltung der Reise durch das Gesundheitssystem mühsam und oft mit vielen schmerzlichen Irrwegen selbst zusammen puzzeln, ohne auf einen Reiseführer – Case-Manager – zurückgreifen zu können. Bei jedem Kontakt mit Gesundheitsanbieter können sie erleben, dass unterschiedliche Prioritäten gesetzt werden, zeitliche, personelle, konzeptionelle Schnittstellenprobleme müssen von ihnen verarbeitet werden. Behandlungs- und Pflegepfade als Instrument des Case-Management für chronisch kranke Menschen könnten genutzt werden, die Reise durch das Gesundheitswesen im Sinne des Patienten zu gestalten.

Kritik an der derzeitigen Entwicklungspraxis der Behandlungs- und Pflegepfade

a) Nichtberücksichtigung der Patientensicht bei der Entwicklung

Betrachtet man nun das derzeitige Vorgehen bei der Entwicklung von Behandlungs- und Pflegepfaden, so fällt auf, dass trotz der allgemeinen Forderung, in der Ist-Analyse die Betroffenen zu befragen wie sie die derzeitigen Prozesse erleben oder sie gar als Experten in die Entwicklung mit einzubeziehen, kaum eine Einrichtung diesen Weg geht, es dominiert die biomedizinische und die ökonomische Perspektive, es geht zuerst aus betriebswirtschaftlicher Sicht um eine Optimierung der Ressourcensteuerung durch Systematisierung der arbeitsteiligen organisierten Prozesse.

b) Mangelnde theoretische Fundierung/Evidenzbasierung, normativer Charakter, der im Extremfall zur Ignorierung von Patientensicht bzw. zur Stigmatisierung führen kann

Beispiele aus den USA zeigen den oft normativen Charakter der Pfade: so sollen BewohnerInnen in einem Altenheim zwi-

schon dem 31.–180. Tag Rückblick auf ihr bisheriges Leben halten, ab dem 31. Tag neue Bewältigungsstrategien lernen und deshalb Techniken der Stresserleichterung einüben und Tai Chi Training durchführen (vgl. Woodly 2002, S. 163). Zwar ist derzeit das »Lebenslange Lernen« eine neue gesellschaftliche Ideologie, ich frage mich aber, ob Menschen, die ein hohes Alter erreicht haben, nicht allein dadurch belegt haben, dass ihre bisherigen Bewältigungsstrategien recht praktikabel waren. Eine Studie von Merriam (1993) belegt zudem, dass auch bei 100 Jährigen nur 56% überhaupt Lebensrückschau betreiben, wird Lebensrückschau nun zum Zwang? Werden BewohnerInnen als »noncompliant, schwierig« stigmatisiert, wenn in der Varianz auftaucht, dass sie sich den TaiChi Angeboten, der Lebensrückschau verweigern?

c) In den Patientenpfaden werden vorwiegend ablauforientierte und auf Krankheitssymptome reduzierte Informationen gegeben, es geht nicht um das »Verstehen«, sondern um die reibungslose Anpassung des Patienten an die geplanten Abläufe

Nehmen wir einen Patientenbehandlungspfad der Danbury-Klinik. Es wird suggeriert, dem Patienten eine Orientierung über den Versorgungsverlauf zu geben und sich in der Versorgung »als Partner zu verstehen« (Lesperance 2002, S. 106). Betrachtet man den Patientenpfad genauer, so zeigt sich, dass er eher dem zügig zu erreichenden Behandlungsziel zu dienen scheint und weniger der Mitsprache in der Gestaltung des Ablaufes durch den Patienten. Auf diese Weise werden in der Regel in den Pfaden objektivierbare, an der medizinischen Behandlung ausgerichtete Zielsetzungen aufgenommen, während das subjektive Erleben des Patienten, seine Alltagsbewältigung und Lebensqualität, also seine Sorgen, Ängste, Befürchtungen, Krisenbewältigungsmöglichkeiten dethematisiert und unsichtbar gehalten werden. Unterstützungsleistungen durch Angehörige oder auch durch professionelle Gesundheitsarbeiter, die über funktionalen Versorgungsleistungen hinausgehen, erscheinen nicht im Kontext der erbrachten Dienstleistung. Interaktionsintensive Leistungen im Zusammenhang von Emotions-, Gefühls-, Wohlbefindens- und Aushandlungsarbeit (vgl. Strauss et al. 1985), die in allen Patientenbefragungen eine große Rolle spielen (vgl. Hellige 2002, Lamb&Stempel 2000,

Falk-Raphael 2001), tauchen so nur noch in den agierten Widersprüchen der Subjekte auf. Es geht also vorrangig um das Erklären und weniger um das Verstehen der Pfade, was eine grundlegende Voraussetzung für einen partnerschaftlichen Aushandlungsprozess zwischen Professionellen und Patienten wäre.

d) Behandlungs- und Pflegepfade folgen einer Logik der Zweckrationalität und vernachlässigen die Notwendigkeit der kommunikativen Verständigung mit dem Patienten über den Behandlungs- und Pflegeprozess

Der derzeitige Entwicklungsstand der Behandlungspfade ist weniger an die Selbstbestimmung der Patienten und an ihre Perspektive gebunden, sondern einem positivistischen oder rationalistischen Vorgehen geschuldet, welches auf dem biomedizinischen Paradigma und einer zunehmend betriebswirtschaftlichen Perspektive auf Gesundheitsarbeit beruht (vgl. auch Mead 2000). Bei der Analyse der bisher erschienenen Literatur zu Behandlungs- und Pflegepfaden fällt auf, dass keine handlungsleitenden theoretischen Bezüge erkennbar sind, nur implizit vermutet werden können, wenn man sie gegen den Strich liest. Dabei müsste doch die Forderung nach einer interdisziplinären Entwicklung unabdingbar dahin führen, die jeweils theoretische Fundierung des eigenen beruflichen Handelns als Grundlage der Modulentwicklung zu nutzen bzw. diese in den Diskurs einzubringen, nur so ließen sich auch Qualitätsindikatoren für eine patientenorientierte Ausrichtung entwickeln. Bei kritischer Betrachtung der Behandlungs- und Pflegepfade ist ihr primär funktionaler Bezug nicht zu übersehen. Die Optimierung der Prozessabläufe steht auch bei ausgewiesener Patientenorientierung im Vordergrund. Es wird deutlich, dass das zweckrationale Handeln – d.h. das instrumentelle und strategische Handeln – deutlich dominiert, das gekennzeichnet ist durch Befolgung von Regeln und Erfolgsorientierung. Das kommunikative Handeln hingegen basiert auf Akten der Verständigung; gemeinsame Situationsdefinitionen ermöglichen die Festlegung von Zielen (vgl. Habermas 1981).

Durch die Einengung des Handlungsbegriffes auf Zweckrationalität und Zielgerichtetheit und seiner Legitimationsmacht

(Popitz 1968) im Gesundheitswesen braucht diese Reduktion von Wirklichkeit nicht begründet zu werden. Zudem hat diese Einengung die praktische Funktion, die Verantwortung für das Handeln zu begrenzen. Die subjektiven Intentionen, die dieses Handeln begleiten, werden dethematisiert, unsichtbar gehalten, auf der Folie des zweckrationalen Handelns erscheint Handeln, das kommunikativ ausgerichtet ist, von minderer Qualität (vgl. Brucks 1998, S. 89 f).

Das kommunikative Handeln sollte jedoch Basisarbeitsleistung sein, bevor Übergriffe auf den Körper des Patienten erfolgen. Es ist somit grundlegend für eine patientenorientierte Behandlung. Aber wo finden wir es in den Behandlungspfaden wieder?

Kennzeichen des pflegerischen kommunikativ orientierten Wissens

Es handelt sich um ein nährendes, sorgendes Wissen, das auf interpersonalen Beziehungen basiert. Es geht darum, empathisch Bedeutungen von Situationen zu klären durch Wahrnehmung, Reflektion und Vergleich mit den eigenen Bedeutungen, den Ressourcen. Es hilft die Situation zu verändern, seine Machtmöglichkeiten vor pflegeethischem Hintergrund zu erkennen und zu reflektieren. »Nurancenknowledge« (Street 1992) ist Hilfe zur Selbst-Bemächtigung der Patienten/Angehörigen, Unterstützung, um Entscheidungen zu treffen. Diese Unterstützung basiert auf den Vorerfahrungen aus ähnlichen Pflegesituationen. Es kann begründet werden vor dem Hintergrund pflegeethischer Erwägungen, der eigenen Konsistenz und der angepassten situationsbezogenen Übertragung dieser Werte auf die jeweilige Pflegesituation.

Joas (1992) stellt die 3 grundlegenden Prämissen des zweckrationalen Handelns in Frage, nämlich die Zwecksetzung, Körperkontrolle und Subjektgrenzbildung. In Genesungsprozessen ist es erforderlich, ein Einverständnis zu erreichen, Ziele und nächste Schritte miteinander abzustimmen. *Zwecksetzung* ist damit nur in Aushandlung denkbar, Körperkontrolle zeigt die ungenutzte Möglichkeit, die in anderen Ausdrucksformen liegt. Die andere Seite der Kontrolle ist nicht einfach Unbeherrscht-

heit sondern Sensibilität, Rezeptivität, Gelassenheit und damit Kompetenz. Auch das in Frage stellen der *Subjektgrenze* als Handlungsvoraussetzung erschließt die Entwicklung von Fähigkeiten, die eigenen Grenzen zu lockern, ohne die Fassung zu verlieren (vgl. S. 246).

Die Ausweitung eines bestimmten Wissens ist zudem immer verbunden mit dem Verschwinden eines anderen Wissens, d.h. übertragen auf Pflege: Es besteht die Gefahr, dass uns das implizite das intuitive, das oft vorbewusste, nicht sprachlich zu fassende Beziehungswissen, die Fähigkeit zur kognitiven Empathie, zu Nähe, zum Beziehungsaufbau verloren geht und – man kann es angelehnt an Hartkemeier (2001) formulieren – zu einer »pflegekulturellen Verarmung« kommt. Erschwerend kommt hinzu, dass dieses »nurancenknowledge« ein Wissen ist, das für die Entwicklung einer nachhaltigen Kultur im Umgang mit chronisch kranken oder alten pflegebedürftigen Menschen im Gesundheitswesen unabdingbar ist. Im Gegensatz zu technisch orientiertem Wissen und Fertigkeiten, die eine kurze Halbwertszeit haben, nimmt die Bedeutung von »Sprache und Kommunikation, die Kenntnis tradierter Formen von Weisheit« (Hartkemeier 2001) nicht ab, sondern kann durch Erfahrung wachsen.

**Ergebnisse einer Studie:
»Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care«**

Dass diese Gefahr des Vergessens von nachhaltigem Wissen mit Einführung von Behandlungspfaden besteht, die einer rein zweckrationalen Logik folgen, zeigt eindrucksvoll die Studie von Bone (2002)¹. Bone analysierte die Auswirkungen der DRG's und des Managed Care Systems in den USA in den letzten 20 Jahren. Die Einführung von DRG's, Managed care, fee-for-service Angeboten und Profitdenken führten zu einer Reduktion in den Pflege-Patienten-Interaktionen und einer Zunahme standardisierter Dokumentation. Die unsichtbare emotionale Unterstützung und Beziehungsarbeit wurde reduziert und transformiert zu neuen strukturellen Arrangements der Managed Care Organisationen.

Die Pflegenden thematisierten emotionale Unterstützung als »Ways of being, doing and knowing« (Bone 2002, S. 141). Es handelt sich um eine Disposition, eine umfassende Annäherung. Stichworte, die fielen waren: Da sein für Patienten/Familien, offen sein, fähig sein zuzuhören, Patienten geben, was sie benötigen und sich wohl zu fühlen beim Geben, Zeit spenden.

»It depends on the patient, everybody's so different, and there's no pattern« (Bone 2002, S. 142). Die emotionale Arbeit lässt sich nicht standardisieren, ist weitgehend inkompatibel mit Standardplänen und systematischer Arbeitsorganisation und somit Behandlungs- und Pflegepfaden. Der Umgangston, die Umgangsformen und Dispositionen bestimmen die Arten des Seins, des Tuns und Wissens. »Even as I am doing certain things, there's a manner in which those interventions can be done that either arouse fear or calmness, or at least neutrality« (Bone 2002, S. 142). Emotionsarbeit ist eine Form von selbstverpflichteter Aufmerksamkeit, die eigenen Gefühle und die des Gegenüber in Verbindung zu bringen. Die Fähigkeit zur Emotionsarbeit wird durch Erfahrung erlernt und validiert. Die befragten Pflegenden bestätigten, dass die neuen Strukturen im Gesundheitswesen, ihre kommerzielle Ausrichtung, neue Managementstrategien und Qualitätsanforderungen zu einer Intensivierung der Pflegearbeit führen. Der Patient wird als Kunde konzeptualisiert und die Gesundheitsleistungen als Ware. Während einige Elemente guter Pflege erhalten bleiben wie technische Kompetenzen, wissenschaftliches Wissen, ist interaktionsintensive Arbeit – basierend auf sozial-kommunikativen und personalen Kompetenzen – weniger explizit und nur schwer quantifizierbar. In ihrer Advocacy-Funktion nehmen Pflegenden die Konsequenzen dieses Wechsels in der Patientenversorgung wahr.

Die Gesamtzeit für Pflege hat sich reduziert und damit die Zeit für Interaktion/Kommunikation. Dies führt zu emotionalen Dissonanzen. Oelsen (1990) erkannte »emotional lag(s)« (zit. n. Bone 2002, S. 144), die bei Pflegenden durch neue Arbeitsbedingungen entstehen. Sie sind die subjektive Antwort eines Individuums auf neue Situationen: Wenn strukturelle Veränderungen eine emotionale Reaktion nicht mehr erlauben, neue Emotionen erwartet werden, sie sich aber noch nicht entwickelt haben.

Pflegende dieser Studie drückten Gefühle der Frustration und Wut aus, da sie sich aus Zeitgründen nicht in der Lage sahen, ihre interpersonalen Fähigkeiten zu nutzen oder optimale emotionale therapeutische Arbeit für die Patienten zu erbringen. Die Pflegenden erinnerten sich an Gefühle, die sie nicht länger haben konnten, d.h., sie spürten den Verlust von sozialkommunikativen und personalen Kompetenzen und damit von Wissen.

Das größte Hindernis, um Interaktionsarbeit z.B. Gefühlsarbeit zu leisten, ist die mangelnde Zeit. Pflegearbeit unterscheidet sich von Güterproduktion, obwohl dies so ist, wird versucht, die Patientenbedürfnisse, soziale Zustände nach linearer Uhrzeit zu managen, auch in Behandlungspfaden kann man dies wieder finden. Im Kontrast beschreibt Davies (1994) Prozesszeit als einen Weg mit Zeit umzugehen, die sich verknüpft mit sozialen Beziehungen. Sie ist charakterisiert durch simultane Aktivitäten, fließende Grenzen, Warten, Unterbrechungen und Unbestimmbarkeit des Endes. Zeit zu spenden, um unsichtbare Arbeit zu leisten, passt nicht in die Produktionsmodelle, die Zeit behandeln wie eine Ware.

Eine Pflegekraft benannte den verbleibenden Rest an Gefühlsarbeitszeit als »nano-second-emotionality« (Bone 2002, S.145)

Zeit ist der Schlüssel. Die Pflegenden der Studie betonten, dass sie gelernt haben, wie Techniken fachlich durchzuführen sind, aber nicht, wie diese mit den emotionalen Bedürfnissen der Patienten in Übereinstimmung zu bringen sind, da sie ihre eigenen Zeittakte haben. Für technische Pflege besteht ein Mandat, nicht aber für emotionale. Die Pflegenden sollen nun »Designer«- Emotionsstandards verwirklichen. Trainiert werden Freundlichkeit am Telefon, Beratungsfähigkeiten und therapeutischer Einsatz von Humor. Pflegenden sollen emotionale Fähigkeiten entwickeln im Sinne von Produktverbesserung. Indem sie Sprache von Selbstwachsamkeit nutzen, setzen sie Grenzen, um in Übereinstimmung mit der Unfähigkeit, Patientenbedürfnisse zu erfüllen, zu kommen, d.h. sie müssen ihre emotionale Intelligenz vergessen machen, nachhaltiges Wissen vernichten.

Schlussfolgerungen

Was kann man nun für Schlussfolgerungen ziehen für die Entwicklung von Behandlungs- und Pflegepfaden, die eine Patientenorientierung verwirklichen?

1. Es bedarf einer handlungstheoretischen Fundierung von Behandlungs- und Pflegepfaden. Nur durch die Bestimmung einer gemeinsamen Sinnorientierung und Handlungsnorm, die auch sprachliche Sicherheit vermitteln, lassen sich im interdisziplinären Team die pflegerischen Arbeitsprozesse und die dafür anzusetzende Zeitkorridore professionell legitimieren.

2. Pflege sollte in die Pfadentwicklung Theorien kleinerer und mittlerer Reichweite einbeziehen. Es existieren z.B. sehr viele Studien zur Beziehungsgestaltung, aus denen Indikatoren für eine Bestimmung der Beziehungsqualität abgeleitet werden können (vgl. u.a. Lamb&Stempel 2000, Falk-Raphael 2001, Bone 2002). Um mit der Patientenorientierung ernst zu machen, sollte sie dabei insbesondere phänomenologische Zugänge, gegenstandsbezogene Theorien zum Krankheitserleben und seinen Bewältigungsversuchen berücksichtigen. Für die Entwicklung von Behandlungs- und Pflegepfaden bzw. Co-Pfaden bei chronisch kranken Menschen böten sich z.B. der Krankheitsverlaufskurvenansatz von Corbin& Strauss (Corbin 1998, Corbin& Strauss 1998, Corbin& Strauss 1988) an, Pfade könnten auf dieser Folie nach Krankheitsphasen – also orientiert an Prozesszeit – entwickelt werden. Der nationale Expertenstandard Entlassungsmanagement sollte Grundlage zur Definition von Interventionen in diesem Zusammenhang sein.

3. Behandlungspfade für chronisch Kranke sollten gleichwertig Krankheits-, alltagsbezogene und biographische Arbeitslinien berücksichtigen sowie die Folgewirkungen für die Angehörigen.

4. Pflegeforschung sollte sich verstärkt der »Bergungs-Ethnographie« (Clifford& Marcus 1986) widmen, Pflegewissen befreien und retten, indem das Wissen und seine Wirkung auf das Patientenbefinden in Worte gefasst, dokumentiert und als Basisleistung in Behandlungs- und Pflegepfaden eingearbeitet wird, bevor es verschwunden ist.

5. Pflege sollte das Case Management für chronisch kranke Menschen mit einem hohen Risiko übernehmen. Behandlungspfade ließen sich entweder aus ambulanten Settings z.B. Gesundheitszentren oder ambulanten Pflegediensten oder dem stationären Setting prozesshaft individuell und insititutionenübergreifend für die Klienten mit chronischer Krankheit entwickeln.

6. Bewährte Case Management Ansätze anderer Länder sollten modellhaft erprobt werden: z.B. der des »clinical nurse coordinators« des Pacific Medical Centers (USA). Hier werden vor der geplanten Aufnahme von Patienten – z.B. zu Herzoperationen in der häuslichen Umgebung – zwei Gespräche zum Kennenlernen und Abklären gegenseitiger Erwartungen, zur schrittweisen Information, Deutung und Klärung durchgeführt, Angehörige kontinuierlich einbezogen und auch nach der Entlassung die Versorgungsqualität zweimal überprüft (vgl. Turley et al. 1994; Hellige&Hüper 2002a,b).

7. Der Behandlungspfad als Rahmengerüst, als das Allgemeine, steht im Spannungsverhältnis zum individuellen Fallverstehen, dem Besonderen. Die Kunst professionellen Pflegehandelns im Case Management sollte sich dadurch auszeichnen, das Besondere des Falles auf der Folie des Behandlungspfades zu konkretisieren, also Pfade zu flexibilisieren.

8. Das Allgemeine des Behandlungspfades sollte auf evidenzbasiertem Wissen beruhen, wobei hier qualitative Studienergebnisse zum Patientenerleben- und zur Bewältigung, zur Bedeutung von interaktionsintensiven Leistungen aus Patienten- und Pflegeperspektive zu berücksichtigen sind. Hieraus leitet sich ein idealtypischer Prozess ab, der nun vom Case Manager in Aushandlung mit den Betroffenen phasenspezifisch, lebensweltlich, Erfahrungswissen berücksichtigend, modifiziert wird.

Werden o.g. Aspekte berücksichtigt, so können Behandlungs- und Pflegepfade sicherlich die Reise von Patienten und Angehörigen durch das Gesundheitssystem deutlich erleichtern ohne sie in neue Abhängigkeiten zu bringen. Behandlungs- und Pflegepfade sollten Selbst-Sorge-Potenziale entfalten und unterstützen. Viele der hier skizzierten Gedanken sind erst in Ansätzen gereift, ich hoffe aber damit, eine kon-

struktive Diskussion um Behandlungs- und Pflegepfade anregen zu können.

Anmerkungen

¹ Es handelt sich um eine Studie, basierend auf der Methodologie der Grounded Theory. Bone befragte 18 Pflegekräfte, die von anderen oder sich selbst als Pflegenden mit entwickelten »emotionalen Fähigkeiten« beschrieben wurden. Die Pflegenden arbeiteten in verschiedenen Settings.

Literatur

- Bone, D. (2002): Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care. In: *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15, No. 2, S. 140–150
- Brucks, U. (1998): Arbeitspsychologie personenbezogener Dienstleistungen: Entwicklung ihrer Fragestellung am Beispiel ärztlicher Dienstleistungen. *Schriften zur Arbeitspsychologie*; 56. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Huber
- Clifford J.; Marcus, G.E. (Hrsg.) (1986): *Writing Culture, The Poetics and Politics of Ethnography*. University of California Press: Berkeley
- Corbin, J.M. (1998): The Corbin and Strauss chronic illness Trajectory Model: An Update. In: *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, Vol. 12; No. 1, S. 33–41
- Corbin, J.M.; Strauss, A. (1998), A.: Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In: Woog, P. (Hrsg.): *Chronisch kranke pflegen*. Wiesbaden: Ullstein Medical, S. 13
- Corbin, J.M.; Strauss, A. (1988): *Unending work and care. Managing chronic illness at home*. San Francisco, London
- Davies K. (1994): The tensions between process time and clock time in carework, the example of day nurseries. In: *Time and Society*, Vol. 3, No. 3 S. 277–303
- Falk-Raphael (2001): *Empowerment as a Process of Evolving Consciousness: A Model of Empowered Caring*. In: *Adv Nurs Sci*, 24 (1), S. 1–16
- Habermas, J. (1981): *Theorie des kommunikativen Handelns*, 2 Bde. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Hartkemeier, J.F. (2001): Wir können doch nicht alles wissen. Die Mythen der Bildung und die Chancen der Volkshochschulen. In: *Frankfurter Rundschau, Dokumentation*, 8.11.2001 S. 7
- Hellige, B. (2002a): *Balance halten. Leben mit Multipler Sklerose*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hellige, B.; Hüper, Ch. (2003a): *Behandlungspfade für chronisch Kranke – Teil 1: Wege, die das Leben geht*. In: *Pflege-Zeitschrift*, Hft. 6, S. 429–433
- Hellige, B.; Hüper, Ch. (2003b): *Behandlungspfade für chronisch Kranke – Teil 2: Unterstützung der Ganzheitlichkeit durch theoretischen Hintergrund*. In: *Pflege-Zeitschrift*, Hft. 7, S. 495–497
- Joas, H. (1992): *Die Kreativität des Handelns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp

- Kesselring, A.; Panchaud, C. (1999): Gesellschaft und Pflege. Bern: Schweizer Berufsverband der Krankenschwestern und Krankenpfleger
- Lamb, G.S.; Stempel, J.E. (2000): Pflegerisches Case Management aus Patientensicht: Die Entwicklung zum Insider-Experten. In: Ewers, M.; Schaeffer, D. (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Huber, S. 161–177
- Layton, A.; Moss, F.; Morgan, G. (1998): Mapping out the patient's journey: experiences of developing pathways of care. In: Quality in Health Care, 7 (Suppl), S. 30–36
- Lesperance, B.J. (2002): Interdisziplinäre Versorgungspfade im Akutkrankenhaus. In: Dykes, P.C.; Wheeler, K. (Hrsg.): Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade. DRG-Management-Instrumente. Bern: Huber. S. 191–121
- Mead, P. (2000): Clinical guidelines: promoting clinical effectiveness or a professional mine-field? In: Journal of Advanced Nursing, 31 (1), S. 110–116
- Merriam, S.,B. (1993): Butler's Life Review: How Universal is it? In: International Journal of Aging and Human Development, Vol. 37 (3), S. 163–175
- Popitz H. (1968): Prozesse der Machtbildung. In: Recht und Staat. Hft. 362/363. Tübingen: Mohr, S. 5–38
- Reisach, B. (2003): Herausforderungen für die Pflege stehen vor der Tür. DRG-Auswirkungen auf den ambulanten Pflegebereich. In: Pflegen Ambulant, 14. Jg. Heft 2, S. 21–25
- Strauss, A.L.; Fagerhaugh, S.; Suscek, B.; Wiener, C. (1985): Social organisation of medical work. University of Chicago Press: Chicago
- Street, A. (1992): Inside Nursing: a critical ethnography of clinical nursing practice. State University of New York Press: New York
- Turley, K. et al. (1994): Critical Pathway Methodology: Effectiveness in Congenital Heart Surgery. In: Ann Thorac Surg, 58: S. 57–65
- Woodly J. (2002): Interdisziplinäre Versorgungspfade in Rehabilitation und Langzeitpflege. In: Dykes, P.C.; Wheeler, K. (Hrsg.): Critical Pathways – Interdisziplinäre Versorgungspfade. DRG-Management-Instrumente. Bern: Huber. S. 159–176
- Zwemer, W. (2003): Die Aufgabe der Pflege in der gemeindenahen Psychiatrie: In: Psych Pflege, 9, S. 123–129