

Hendrik van den Bussche, Knut Dahlgaard,
Silke Grau und Regina Schmitz-Gericke

Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung einer patientenorientierten Pflege im Krankenhaus

Erfahrungen aus dem Modellversuch Zimmerpflege im AK Barmbek

1. Einleitung

Zu den wesentlichen berufspolitischen Vorstellungen der Krankenpflege gehört seit Jahrzehnten die Forderung nach einer Abkehr von der »Funktionspflege« und einer Umsetzung alternativer Konzepte der Ablauforganisation der Krankenhauspflege. Letztere werden in der Regel mit den Zielsetzungen einer ganzheitlichen, integrierten bzw. patientenorientierten Pflege (etc.) verbunden. Als ablauforganisatorische Konzepte zur Erreichung dieser behaupteten neuen Qualität von Pflege werden u.a. die Modelle des »primary nursing«, der »Bezugspflege« und der »Zimmerpflege« genannt¹.

Die Häufigkeit der Forderung nach einer Qualitätsverbesserung der Pflege mittels Änderung des pflegerischen »Ansatzes« bzw. des Organisationskonzepts der pflegerischen Arbeit in den Fachzeitschriften der Pflege, auf Tagungen und in Lehrgängen steht in einem bemerkenswerten Kontrast zum Pflegealltag in den Krankenhäusern². Eine Umsetzung dieser Konzepte im Stationsalltag scheint kaum stattzufinden, diesbezügliche Versuche kommen offenbar über konzeptionelle Überlegungen kaum hinaus. Für die Nicht-Umsetzung des Zimmerpflegekonzepts und anderen Innovationen wird dann primär der zu knapp bemessene Stellenschlüssel, gelegentlich auch die gegebenen pflegeexternen Herrschaftsstrukturen im Krankenhaus verantwortlich gemacht³.

Die wenigen Berichte in der Literatur über entsprechende Versuche zeichnen sich durch eine bemerkenswerte Vagheit der Beschreibung der Umstellungsprozesses und der Ergebnisse aus. Vielfach drängt sich der Eindruck einer weitgehenden Vermischung von Soll- und Ist-Beschreibungen, gelegentlich mit ausgeprägtem Selbstdarstellungsscharakter, auf. Jedenfalls fehlt es bisher gänzlich an veröffentlichten, empirisch akzeptablen Analysen dieser Umstellungsprozesse und deren Folgen⁴.

Dem soll im folgenden insoweit abgeholfen werden, als über die Ergebnisse eines vergleichsweise aufwendig geplanten und evaluierten Modellversuchs berichtet wird. Es handelt sich hierbei um den in den Jahren 1991/92 durchgeführten »Modellversuch Zimmerpflege« im Allgemeinen Krankenhaus Barmbek (AKB), einem der zehn Häuser des Landesbetriebs Krankenhäuser der Freien und Hansestadt Hamburg.

Die Darstellung konzentriert sich auf die Probleme der Umsetzungsphase und deren Ursachen. Aus Platzgründen müssen unsere Ausführungen bezüglich der Entstehung und der Organisation des Modellversuchs über die Ausgangslage auf der für den Modellversuch ausgewählten Station und über die Planungsphase des Modellversuchs recht summarisch bleiben⁵.

Im Ergebnis wird festgestellt, daß eine Verbesserung der Personalausstattung zwar eine notwendige, jedoch längst keine hinreichende Voraussetzung zur Verbesserung der Pflegequalität in den Krankenhäusern darstellt. Die Beschreibung der Mannigfaltigkeit der Faktoren, die in entsprechenden Umsetzungsprozessen eine Rolle spielen, soll die Komplexität der Organisation des pflegerischen Leistungsgeschehens verdeutlichen und dazu beitragen, entsprechende Gestaltungsversuche auf eine bessere Grundlage zu stellen⁶.

2. Entstehungsgeschichte und Organisation des Modellversuchs

Eine berufsübergreifende »Arbeitsgruppe Pflegenotstand im AKB« hatte während des ersten Halbjahres 1990 einen Maßnahmenkatalog zur Verbesserung der Situation des Pflegedienstes im AKB erstellt, in dem Modellversuchen zur Änderung des Pflegekonzepts bzw. der Ablauforganisation in der Pflege höchste Priorität beigemessen wurden. Die Idee fand die Unterstützung des Direktoriums, des Trägers sowie des Senats der Freien und Hansestadt. Zwischen den Beteiligten wurde ein einjähriger Modellversuch vereinbart, der beginnend mit dem 1.6.1991 auf einer Station der III. Medizinischen Abteilung (Station 19B) durchgeführt werden sollte. Für diesen Zeitraum konnte die Finanzierung von vier zusätzlichen Stellen für Pflegepersonal⁷ aus Landesmitteln sowie Mittel für eine externe Begleitung und Evaluation des Vorhabens eingeworben werden. Mit der Evaluation des Modellversuchs wurde der Verein »CARE e.V. – Forschung und Beratung, professionelle Pflege, soziales Management« betraut.

Die III. Medizinische Abteilung des AK Barmbek umfaßt 3 Stationen mit insgesamt 87 Betten, davon 30 für Gastroenterologie. Die

Abteilung führt in großen Umfang endoskopische und sonographische Funktionsdiagnostik durch, was einen relativ hohen Pflegeaufwand dieser Patienten zur Folge hat. Die Verweildauer auf Station 19B lag im Mittel bei 15 Tagen, der Belegungsgrad im Mittel über 90 Prozent. Das durchschnittliche Alter im Pflege team betrug 29,25 Jahre, das Krankenpflegeexamen war im Durchschnitt 8 Jahre vor Beginn des Modellversuchs abgelegt worden. Der Personalbestand vor Beginn des Modellversuchs betrug 12 Vollkräfte, incl. Aushilfen 13,25 Vollkräfte. Die Zahl der geleisteten Überstunden war mit 10,75 Überstunden pro Monat und Vollkraft relativ hoch. Der Personalausfall hatte mit 20,8 Prozent eine normale Größenordnung. Die räumlichen Bedingungen für die Pflege müssen in diesem 1913 eröffneten Krankenhaus als ungünstig bezeichnet werden.

Die Auswahl der Station 19B als Modellstation war darauf zurückzuführen, daß sich viele Mitglieder des Teams dieser Station schon seit mehreren Jahren theoretisch und praktisch mit Fragen der Pflegekonzeption und -organisation auseinandergesetzt hatten. Dementsprechend gab es bereits vor dem Modellversuch einige Unterschiede im Vergleich zu anderen Stationen: Erfahrung mit Bereichspflege (vgl. Abschnitt 3), größeres pflegerisches Selbstbewußtsein, auch gegenüber dem ärztlichen Dienst, Überlegungen zur Verbesserung der Pflegedokumentation, partnerschaftlicher statt hierarchischer Führungsstil. Generell akzeptierte der ärztliche Dienst die Ablauforganisation und das Selbstverständnis des Pflege teams der Station 19B. Auch stand er dem Modellversuch im Prinzip positiv gegenüber. – Das Projekt »Zimmerpflege« verfolgte gemäß AKB-interner Festlegung folgende vier Ziele:

- Verbesserung der pflegerischen Versorgung
- Verbesserung der praktischen Ausbildung in der Krankenpflege
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals
- Verbesserung der Kooperation zwischen pflegerischem und ärztlichem Dienst.

Die Operationalisierung dieser Ziele und die Entwicklung des entsprechenden Organisationskonzepts sollte in der Verantwortung einer Arbeitsgruppe (AG) des AKB liegen⁸. Das Team der Station 19B sollte über die Ergebnisse der Arbeit der AG laufend informiert und mittels Fortbildungsveranstaltungen in die Lage versetzt werden, das Konzept umzusetzen.

Gemäß der krankenhausinternen Vorplanung sollte der einjährige Modellversuch in einer viermonatigen Planungsphase und einer achtmonatigen Erprobungsphase aufgeteilt werden.

3. Exkurs: Pflegesysteme: Aufbau- und Ablauforganisation

Ein Pflegesystem läßt sich über die Kombination zweier Dimensionen beschreiben:

Die Aufbaustruktur der Pflege: Diese beschreibt die räumliche Organisation der pflegerischen Leistungen. Hier kann unterschieden werden zwischen *Stationspflege* (es findet keine Unterteilung der Station statt) und *Bereichspflege* (die Station wird in Teileinheiten aufgeteilt). Bei der Bereichspflege wiederum kann unterschieden werden zwischen der *Zimmerpflege* und der Pflege von größeren Teileinheiten (wie z.B. Stationshälften). Im Falle der Station 19B wurde in der Regel nach Seiten halbiert; daher wird im folgenden der Begriff »*Seitenpflege*« verwandt.

Die Ablaufstruktur der Pflege: Diese benennt die Form der Arbeitsteilung innerhalb der jeweiligen Aufbaustruktur. Hier kann idealtypisch zwischen der Funktionspflege und der integrierten Pflege unterschieden werden: In der *Funktionspflege* wird die Arbeit nach Funktionen aufgeteilt, und jede Funktion wird von einer Krankenschwester für die jeweilige Aufbaustruktur übernommen. In der *integrierten Pflege* werden demgegenüber alle Funktionen pro Patient von einer Krankenschwester wahrgenommen.

Beide Dimensionen sind nicht beliebig miteinander kombinierbar, bestimmte Ausprägungen dieser Dimensionen schließen sich gegenseitig aus, so z.B. Zimmerpflege als Aufbaustruktur und Funktionspflege als Ablaufstruktur. Andererseits ist eine bestimmte Ausprägung der einen Dimension mit mehreren Ausprägungen der anderen kompatibel. Folgende mögliche Kombinationen beider Dimensionen sind auf einer peripheren Station möglich (vgl. Übersicht 1):

- Variante 1: Funktionspflege auf Stationsebene
- Variante 2: Funktionspflege auf Seitenebene
- Variante 3: Integrierte Pflege auf Seitenebene
- Variante 4: Integrierte Pflege auf Zimmerebene

Übersicht 1: Pflegesysteme: Aufbau- und Ablaufstruktur

		Aufbaustruktur		
		Stationspflege	Seitenpflege	Zimmerpflege
Ablaufstruktur	Funktionspflege	+	+	—
		Variante 1	Variante 2	
		—	+	+
			Variante 3	Variante 4

Diese Varianten kamen auf der Station *vor Beginn des Modellversuchs* allerdings nie in Reinkultur vor, sondern in verschiedenen Mischformen. So ergaben die von CARE durchgeführten teilnehmenden Beobachtungen, daß innerhalb der Seitenpflege nie eine reine Funktionspflege oder eine reine integrierte Pflege, sondern immer Mischformen beider Ablaufformen vorzufinden waren. Welche Variante bzw. welche Mischform gewählt wurde, war abhängig vom Schichttyp, von der Personalausstattung innerhalb der Schicht, der Qualifikation des Pflegepersonals in der Schicht und vom Arbeitsanfall auf der Station. Im folgenden werden die Varianten und Mischformen näher beschrieben.

Das am häufigsten angewandte System während des Frühdienstes war die Seitenpflege in einer Mischform der Varianten 2 und 3. Die Seitenpflege wurde praktiziert, wenn vier Krankenschwestern, darunter mindestens zwei erfahrene examinierte, vorhanden waren. In diesem Fall wurde die Station in zwei Seiten à 15 Patientinnen bzw. Patienten aufgeteilt, für die je ein Zweipersonenteam zuständig war. Die Erfahrenere des Zweipersonenteams nahm die Funktion der Seitenverantwortlichen wahr, die die Aktivitäten auf der jeweiligen Seite koordinierte und evaluierte. Auf der Ebene der Ablaufstruktur kamen sowohl funktionspflegerische als auch integrierte Momente vor. Bestimmte Tätigkeiten (z.B. Betten, Waschen und Lagern) wurden von beiden Mitgliedern des Pfl egeteams gemeinsam durchgeführt, andere funktionspflegerisch unter beiden aufgeteilt. Noch komplizierter wird die Beschreibung des Pflegesystems, wenn man sich vergegenwärtigt, daß es neben der oben beschriebenen Seitenpflege in der Mischform 2+3 der Varianten immer gleichzeitig auch Tätigkeiten gab, die in der Variante 1 (Funktionspflege auf Stationsebene) durchgeführt wurden: Das Essen wurde immer von zwei Krankenschwestern für die gesamte Station vorbereitet und ausgeteilt, die Klingel wurde während der Pausen von allen versorgt etc. Variante 1 (Funktionspflege auf Stationsebene) wurde dann praktiziert, wenn die Personalbesetzung in einer Schicht bei drei oder weniger lag. Dies war regelhaft der Fall im Spätdienst, gelegentlich aber auch im Frühdienst.

Die Pflegesysteme vor Beginn des Modellversuchs lassen sich, zusammenfassend betrachtet, eher als eine *Pflegesystemmischung*, denn als Pflegesysteme »aus einem Guß« bezeichnen. Die Entscheidung über das in der jeweiligen Schicht praktizierte Pflegesystem erfolgte ad hoc zu Schichtbeginn und wurde bei Veränderungen der Ausgangsbedingungen kurzfristig den neuen Gegebenheiten angepaßt.

Zu bedenken ist bei dieser Beschreibung generell, daß aufgrund von Ausfällen, Störungen, Diskontinuitäten in den Arbeitsabläufen der Ärztinnen und Ärzte u.a. viele Ausnahmen von der Regel gemacht werden mußten. Eine gewisse »Meisterschaft« in der Improvisation und in Schnellabsprachen war in dem eingespielten Team der Station vonnöten und auch gegeben.

4. Die Planungsphase des Modellversuchs

Die Aktivitäten der AG hatten zum Ziel, das Konzept für den Modellversuch Zimmerpflege zu erarbeiten und das Team der Station beim Umstellungsprozeß zur Zimmerpflege zu beraten und zu begleiten.

4.1 Das Konzept

Das erarbeitete Konzept umfaßte Vorgaben zu folgenden Aspekten:

- Pflegeplanung und -dokumentation
- Ablauforganisation und Dienstplangestaltung
- Ausbildung der Schülerinnen
- Kooperation mit anderen Diensten und Einrichtungen des Krankenhauses

zu 1. Pflegeplanung

Es wurde Konsens darüber erzielt, die »Aktivitäten des täglichen Lebens« (ATL's) als Grundlage für die Pflegeplanung im Modellversuch zu verwenden. In bezug auf die Einführung der Pflegeplanung wurde beschlossen, bei allen Patientinnen und Patienten eine Pflegeanamnese durchzuführen, eine umfassende Pflegeplanung jedoch auf ausgewählte Patienten zu beschränken. Für die Dokumentation der Pflegeanamnese und Pflegeplanung entwickelte die AG eigens neue Erhebungsbögen, die in das bestehende Dokumentationssystem integriert wurden. Es wurde ebenfalls beschlossen, Standards für die Pflege bei speziellen gastro-enterologischen Untersuchungen zu entwickeln.

zu 2. Ablauforganisation und Dienstplangestaltung

Jeweils einer Seite der Station wurden zwei examinierte Pflegende pro Schicht zugewiesen. Beide waren zur Kooperation verpflichtet, die Zuständigkeit und die Verantwortlichkeit lagen aber bei der jeweils für bestimmte Zimmer⁹ eingeteilten Person. Die Kontinuität der Versorgung (Einzelzuständigkeit einer Person für einen Patienten) sollte für fünf Tage gewährleistet werden. Diese Vorgabe stellte

einen Kompromiß zwischen der Kontinuitätsanforderung und den individuellen Dienstzeitwünschen dar.

Weiterhin wurden Festlegungen über die Durchführung von Tätigkeiten getroffen, die *nicht* von der für bestimmte Zimmer zuständigen Krankenschwester durchgeführt würden (z.B. das Richten der Essenswagen, das Sortieren der Blutröhrchen etc.). Festgelegt wurde auch, wie Speisenverteilung, Medikamentenverteilung und Übergaben organisiert werden sollten. Die Aufgaben der Stations- und der Schichtleitung wurden neu definiert und Maßnahmen bei Personalmangel bzw. Überforderung diskutiert.

In bezug auf die Dienstplangestaltung wurde nach langen Diskussionen folgendes Verfahren beschlossen:

- Besetzung der Früh- und der Spätschicht mit je vier Pflegekräften
- Einfache Besetzung der Nachtwachen
- Erproben eines Dreimonats-Dienstplans
- Einrichtung eines Zwischendienstes mit festen Dienstzeiten.

Die Diskussion um die verschiedenen Modelle wurde kontrovers und nicht ohne Konflikte geführt. Deutlich wurde, daß es durchaus Unzufriedenheit mit der Tatsache gab, daß nicht alle Wunschvorstellungen im Hinblick auf die geplante Diensteinteilung – besonders eine Doppelbesetzung des Nachtdienstes – zu realisieren waren, obwohl die Besetzung gegenüber vorher deutlich verbessert wurde.

zu 3. Ausbildungskonzept

Die Ziele dieses Ausbildungskonzepts können folgendermaßen zusammengefaßt werden:

- Die Ausbildung sollte die Schülerinnen und Schüler in die patientenorientierte Pflege einführen.
- Die Ausbildung sollte sich verstärkt am Wissens- und Kenntnisstand der Schülerinnen sowie an deren Lernwünschen orientieren.
- Ablauf und Evaluation der praktischen Ausbildung sollten vereinheitlicht werden.

Die ersten beiden Ziele erforderten ein individuelles Ausbildungsprogramm für jede Schülerin. Je nach Ausbildungsstand und Interesse sollte nach der mehrwöchigen Anlernphase im Dialog mit der Schülerin entschieden werden, welche Ausbildungsschwerpunkte weiterhin gesetzt werden müßten. Dies erforderte die Einführung mehrerer strukturierter und protokollierter Gespräche zwischen Schülerin und Tutorin bzw. Stationsleitung. Jede Schülerin sollte einer Tutorin fest zugeordnet werden. Ein Wechsel der Tutorin sollte nur ausnahmsweise möglich sein.

zu 4. Kooperation mit andern Diensten

Mit dem ärztlichen Dienst wurden Vereinbarungen über Visiten- und Übergabezeiten sowie Anordnungsverfahren getroffen. Vergleichbares gilt für die Kooperation mit der Krankengymnastik.

4.2 Die Fortbildung des Teams der Station

Für die innerbetriebliche Fortbildung des Stationsteams wurden zwei ganztägige Veranstaltungen über Pflegeplanung und -dokumentation sowie einmal wöchentlich 45minütige Besprechungen nach der Übergabe eingeplant. Die Umsetzung dieses Fortbildungsprogramms war jedoch mit erheblichen Problemen behaftet. Termine mußten mehrfach aufgrund der stark angespannten personellen Situation verschoben werden, weil die Teilnahme aller Interessierten nicht gewährleistet werden, das Thema nicht zum vorgesehenen Termin vorbereitet werden konnte oder die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen am Termin erschöpft waren und deshalb um eine Verschiebung baten. Die nicht durchgeführten Veranstaltungen wurden teilweise während der eigentlichen Durchführungsphase des Modellversuchs nachgeholt.

Darüber hinaus fand vierzehntäglich eine zweistündige Supervision am Abend im Krankenhaus statt. Sie wurde jedoch von weniger als einem Drittel der Mitarbeiterinnen genutzt, obwohl die Teilnahme bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt und auf die Arbeitszeit angerechnet wurde.

Für die Planungsphase waren – wie in Abschnitt 2 dargelegt – ursprünglich vier Monate angesetzt worden, in der die AG vierzehntägig je eineinhalb Stunden tagen würde. Diese Terminplanung erwies sich aus Gründen des inhaltlichen Vorbereitungsaufwandes und der fortdauernden Probleme der Personalausstattung als unrealistisch. Dementsprechend wurde nach drei Monaten beschlossen, die Planungsphase um drei Monate auf insgesamt sieben zu verlängern. Darüber hinaus hatte die AG bereits nach einigen Wochen beschlossen, die Sitzungen der AG wöchentlich und dreistündig anzusetzen, eine Vervierfachung des ursprünglich angesetzten Beratungsaufwandes! Diese Verlängerung der Planungsphase mußte notwendigerweise auf Kosten der Dauer der Erprobungsphase gehen, für die nunmehr lediglich fünf Monate zur Verfügung standen.

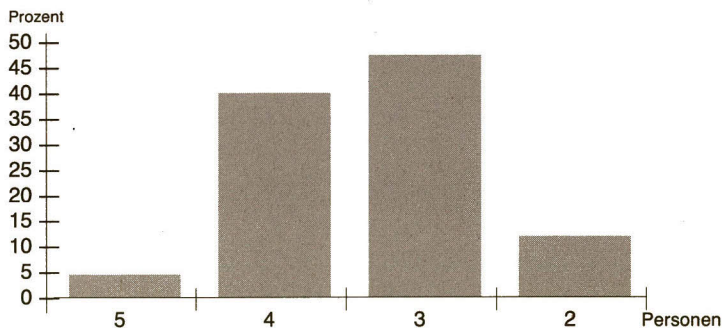
Die Umsetzungsprobleme der Modellversuchsphase

In bezug auf die Umsetzung des Konzepts Zimmerpflege in den Arbeitsalltag kann insgesamt nur schwerlich von einem befriedigenden Ergebnis gesprochen werden. Während der Durchführungsphase des Modellversuchs wurde in der Frühschicht selbst auf nur einer Seite der Station an weit weniger als der Hälfte der Tage Zimmerpflege – so wie sie von der AG beschrieben worden war – praktiziert. Über die ganze Station wurde Zimmerpflege an weniger als einem Drittel der Tage durchgeführt. Betrachtet man die Frage der Kontinuität der Zimmerpflege über mehrere Tage, so muß festgestellt werden, daß Phasen, in denen die Zimmerpflege über drei Tage und länger je Seite praktiziert wurde, kaum mehr als einmal pro Monat vorkamen. – Für diese unbefriedigende Erreichung der Ziele des Modellversuchs sind Probleme der Personalausstattung (vgl. 5.1.1) sowie organisatorische (vgl. 5.1.2), pflegestrukturelle (vgl. 5.1.3), qualifikatorische (vgl. 4.1.4) und kommunikative (vgl. 4.1.5) Gründe verantwortlich. Sie werden nacheinander beschrieben, obwohl sie im realen Prozeß stark miteinander verwoben waren und synergetisch wirkten.

5.1 Probleme der Personalausstattung

Trotz des letztlich günstigen Verhältnisses von 16 Planstellen für 26 Betten reichte die Personalausstattung nicht aus, um die für erforderlich gehaltene Zahl von Pflegenden regelhaft zu gewährleisten: An mehr als 50 Prozent der Tage lag die Personalbesetzung unter der für die Realisierung von Zimmerpflege als notwendig erachteten Zahl von vier Krankenschwestern und -pflegern pro Schicht (vgl. Graphik 1).

Graphik 1: Realisierte Personalbesetzung in der Frühschicht



War zunächst erwartet worden, daß die Vermehrung der Zahl der Stellen um vier zu einer Vergrößerung der Stabilität der Diensterteilung und damit zu einer Verringerung der ungeplant zu übernehmenden Dienste bzw. Überstunden führen würde, so zeigten bereits erste Zwischenergebnisse in der Planungsphase, das dieses Resultat so nicht eintreten würde. In der Umsetzungsphase setzte sich dieser Trend fort. Letztendlich ist es nicht gelungen, durch Planungsmaßnahmen und durch organisatorische Vorkehrungen für die Kompensation plötzlich auftretenden Personalausfalls eine gleichmäßige Besetzung zu realisieren. Dies war eine stete Quelle der Unzufriedenheit, einerseits durch den Zwang, einspringen zu müssen, um den Dienst aufrechtzuerhalten, andererseits durch den Umstand, häufig in einer Besetzung arbeiten zu müssen, die schlechter war als mit den konzeptionellen Vorstellungen zum Modellversuch vereinbar. Sowohl in der Planungsphase als in der Durchführungsphase lag die Ausfallquote über der Ausfallquote des Vorjahres.

Die Diskrepanz zwischen Anspruch des Modellversuchs und realer Umsetzung wuchs im Laufe des Modellversuchs immer weiter an: Eine Aufteilung der Station in Zimmer war nur bei guter Besetzung möglich, eine Kontinuität in der Pflege konnte vom Dienstplan her nicht gewährleistet werden etc. Insbesondere konnte der Konflikt zwischen dem Kontinuitätsanfordernis in der Pflege und dem Wunsch nach Individualität bei der Arbeitszeitgestaltung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht aufgelöst werden, da die vielen Ausfälle weiterhin eine maximale Flexibilität des Pflegeteams bezüglich Dienständerungen erforderte.

Allerdings verweist das Zahlenverhältnis von vorhandenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und praktiziertem Pflegesystem darauf, daß nicht nur diese quantitativen Gründe für die Wahl des Pflegesystems eine Rolle spielten. Offenbar ist nicht an allen Tagen, an denen die Besetzung die Arbeit im Pflegesystem »Zimmerpflege« erlaubt hätte, die Zimmerpflege auch praktiziert worden. Die Hintergründe für diese Probleme der Personalbesetzung und der Praktizierung der Zimmerpflege werden im folgenden beschrieben.

5.2 Modellversuchsorganisatorische Gründe

Bezüglich der organisatorischen Gründe ist festzuhalten, daß die siebenmonatige Dauer der Vorbereitungsphase und die fünfmonatige Dauer der eigentlichen Versuchsphase sich – jede für sich und zusammengenommen – im Hinblick auf den avisierten Umfang und

die Vielschichtigkeit des Umstellungsprozesses als viel zu kurz erwiesen. Auch der um drei Monate verlängerte Vorbereitungszeitraum reichte bei weitem nicht aus, um alle Fragen inhaltlich zu klären und alle Beteiligten umfassend zu informieren und fortzubilden. Während die AG mittels Fristverlängerung und Intensivierung der Arbeit während und außerhalb der Dienstzeit ihr Pensum noch einigermaßen bewältigte, blieb für die Information und Fortbildung derjenigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Station 19B, die nicht Mitglied der Arbeitsgruppe waren, nicht ausreichend Zeit.

Die entsprechend auf fünf Monate verkürzte Durchführungsphase litt rasch unter der Unsicherheit, was »danach« kommen würde. Vielen Krankenschwestern und -pflegern schien es unverhältnismäßig, für die Dauer von fünf Monate die Arbeitsprozesse grundlegend umzugestalten, ohne die Gewißheit zu haben, daß diese Umstellungen auch längerfristig tragen würden. Diejenigen Mitglieder des Teams, die den Modellversuch trotz der geschilderten Bewältigungsprobleme als ertragreich erlebten und sich nicht vorstellen konnten, nach dem Modellversuch wieder unter den »alten« Bedingungen zu arbeiten, schwankten dadurch rasch zwischen Reformeifer und Kündigungsabsicht. Die geschilderten Umsetzungsprobleme wurden bereits kurz nach Beginn der Erprobungsphase erheblich verschärft durch den langfristigen Krankheitsausfall der Stationsleitung, die in bezug auf Verbesserungen der Pflegequalität jahrelang die inhaltliche und motivierende Kraft par excellence auf der Station gewesen war.

5.3 »Pflegestrukturelle« Gründe

Auch Eigenarten der pflegerischen Arbeit (»pflegestrukturelle Gründe«) spielten eine bedeutende Rolle. Die teilnehmende Beobachtung der Arbeitsabläufe in den verschiedenen Pflegesystemen hat ergeben, daß Zimmerpflege – wie andere Pflegesysteme auch – nie in Reinkultur vorkam, sondern jeweils auch Anteile der anderen Pflegesysteme in sich barg. Zimmerpflege war also stets mit seiten- und stationspflegerischen Anteilen bzw. – in jeder der genannten räumlichen Organisationsvarianten – mit funktionspflegerischen Elementen durchsetzt. Ein Beispiel für diese offenbar unvermeidliche Flexibilität der pflegerischen Arbeit ist die Tatsache, daß auch in einer reinen Zimmerpflege-Schicht die exklusive Zuständigkeit für die »eigenen« Patientinnen und Patienten nicht immer durchgehalten wurde. Wenn »Not am Mann« war (z.B. durch unerwartete

Probleme in einer anderen Zimmergruppe), mußten andere Mitglieder des Pflorgeteams unterstützend eingreifen und sich auch um andere als die »eigenen« Patientinnen und Patienten kümmern. Der Übergang von einem Pflegesystem in ein anderes bzw. das Ersetzen von Zimmerpflege durch Seitenpflege war somit ein weit weniger dramatischer Akt, als es in der Theorie erscheint. Faktisch wurden sogar innerhalb von Stunden verschiedene Pflegesysteme bzw. Mischformen praktiziert.

Diese krankenhaustypische Instabilität der Aufbau- und Ablauforganisation auf Stationsebene wird im übrigen dadurch gefördert, daß die unmittelbare Arbeit an Patientinnen und Patienten ohnehin »nur« ca. 20 Prozent der Arbeitszeit umfaßte, während die koordinierenden (Übergaben, Ausarbeiten der Visiten), organisatorischen und administrativen Tätigkeiten (Informationsbeschaffung und -weitergabe, Terminabsprachen, Materialbeschaffung etc.) ca. dreimal soviel Zeit in Anspruch nahmen. Letztere Gruppe von Tätigkeiten zeichnet sich durch Diskontinuität und Störungsanfälligkeit der eigenen Arbeitsabläufe (Telefonate, Anfragen etc.)¹⁰.

Die Störanfälligkeit und Diskontinuität des pflegerischen Arbeitsprozesses steht in einem beträchtlichen Widerspruch zur Organisationsrigidität, die für die eine »reine« Zimmerpflege konstitutiv ist (Verbindlichkeit der personellen Zuordnung, Selbstorganisation der Arbeitsabläufe, Kontinuität der Verantwortung etc.). Aus diesem Grund entstand vielfach eine Abkehr von der reinen Zimmerpflege zu einer Mixtur von Seiten- und Zimmerpflege im Zweier-Team, damit zumindest immer eine Krankenschwester bei Abwesenheit der anderen die Patientinnen und Patienten kannte und kompetent versorgen konnte. Kennzeichnend für die Zimmerpflege in diesem Modellvorhaben war im Endeffekt weniger die »saubere« Aufbau- und Ablaufstruktur der pflegerischen Arbeit, sondern – und dies im Gegensatz zur herkömmlichen Pflege – die Festlegung einer eindeutigen Verantwortung für die einzelnen Patientinnen und Patienten, die dazu zwang, über deren jeweilige Lage und Probleme gut Bescheid zu wissen und deren jeweilige Pflege besser zu koordinieren und zu evaluieren. Zimmerpflege war in diesem Fall also nicht primär ein räumlich-organisatorisches System, sondern eine andere Qualität von Zuständigkeit und Verantwortung.

5.4 Qualifikationsprobleme

Die Zimmerpflege stellte wesentlich höhere Anforderungen an das Pflegepersonal als die herkömmliche Funktionspflege. Im folgenden wird versucht, diese Qualifikationsanforderungen zu isolieren, obwohl auch hier das Zusammenwirken der einzelnen Aspekte bedacht werden sollte:

- In der Zimmerpflege geht die *Verantwortung* für die Pflegequalität weitgehend von der Schichtleitung auf die einzelne Krankenschwester über. Die für einzelne Patientinnen und Patienten zuständige Krankenschwester muß jeweils in eigener Verantwortung entscheiden, welche pflegerischen Maßnahmen bei welchen Patientinnen und Patienten durchgeführt werden, sie muß, laufend gestört durch Einwirkungen von außen, Prioritäten setzen und ihre eigene Arbeit einteilen. Sie muß auch in der Lage sein, solche Überlegungen und Entscheidungen schriftlich und mündlich zu begründen und zu dokumentieren. Derartige Fähigkeiten sind den Krankenschwestern und Pflegern während der Ausbildung sicherlich nicht systematisch genug vermittelt worden, wurden aber vor Beginn des Modellversuchs als bei allen hinreichend vorhanden unterstellt. In der Realität erwies sich diese Steigerung an Verantwortung, verbunden mit der notwendigen Flexibilität, für viele als eine zu hohe Anforderung.
- Zimmerpflege erfordert dementsprechend eine umfassende *Qualifikation und Ich-Stärke*. Unter Qualifikation ist hier sowohl die fachlich-pflegerische als auch die psychische und soziale Kompetenz zu verstehen. In fachlicher Hinsicht sind nicht nur eine gute Krankenbeobachtung und eine Fähigkeit zur Deutung der Äußerungen der Patientinnen und Patienten, sondern auch eine umfassende Kenntnis der Grund- und Behandlungspflege erforderlich. In psychosozialer Hinsicht sind die Anforderungen nicht weniger hoch. Während die Funktionspflege eine Vielzahl von Möglichkeiten bietet, bestimmte pflegerische Handlungen und Situationen bewußt oder unbewußt zu vermeiden, zwingt die Zimmerpflege die einzelne Krankenschwester in eine dyadische Beziehung zur Patientin oder zum Patienten, in der sie nicht nur alle Verrichtungen durchzuführen hat, sondern auch intensiv psychischen Belastungen ausgesetzt ist (Mit-Leiden, Ekel, Versagensängste, Konflikte mit Patientinnen und Patienten etc.). Diese enge Beziehung war für viele Krankenschwestern und Pfleger eine neue, starke Belastung. Somit befand sich das Pflegepersonal der Station auch

diesbezüglich in einem Dilemma, das prinzipiell nach zwei Richtungen gelöst werden konnte: Entweder Bewältigung durch Kommunikation und Kooperation im Team zusammen mit einer Inanspruchnahme des Supervisionsangebots oder Belastungsreduktion durch Ausweichen auf beziehungsärmere Pflegesysteme. Die Ich-Stärkeren waren offenbar eher in der Lage, über ihre Schwächen zu reden und sich mit den neuen Anforderungen auseinanderzusetzen. Andere suchten Ersatzlösungen oder entzogen sich der Diskussion.

- Pflege im Zimmersystem ließ die Krankenschwestern und Pfleger nicht nur individuelle Qualifikationsdefizite spüren, sondern brachte auch an die Oberfläche, wie wenig die Pflege bis heute kodifiziert und standardisiert ist. Die Unklarheit darüber, was im Einzelfall die richtige Maßnahme wäre, führte zu der richtigen Verhaltensweise, vielfach die *Zweitmeinung* einer Kollegin einzuholen. Je häufiger dies der Fall war, um so weniger geeignet erschien das Organisationsprinzip Zimmerpflege und um so sinnvoller die Seitenpflege, in der eine kontinuierliche Abstimmung zwischen mindestens zwei Personen erfolgen konnte.
- Der Widerspruch zwischen den traditionellen Orientierungen und Belohnungssystemen in der Krankenpflege (Arztorientierung, behandlungspflegerische Orientierung) und den Zielen der Zimmerpflege (Orientierung an Patientenbedürfnissen, Betonung der Grundpflege) bedeutete für einzelne Krankenschwestern und -pfleger eine harte Probe: Nicht alle konnten unter den harten Bedingungen und der Kurzfristigkeit des Modellversuchs ihr explizites bzw. häufiger noch ihr implizites Selbstverständnis so radikal in Frage stellen und ein neues *berufliches Selbstbild* aufbauen.
- Die beschriebene Instabilität des Dienstplans hatte faktisch zur Folge, daß sich das Pflorgeteam stets in einem *Wechselbad der Pflegesysteme* befand, nach dem Motto »heute Zimmerpflege zu viert, morgen Funktionspflege zu zweit«. Dieser permanente Wechsel der Zuständigkeiten und der Anforderungen stellte für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Belastung dar, der sie sich verständlicherweise nicht immer gewachsen fühlten bzw. sich zu erwehren trachteten.
- Die *Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter* in die Zimmerpflege bzw. in das komplexe Gefüge der Mixtur der Pflegesysteme erforderte einen hohen Aufwand und verpflichtete die Anleiterinnen, während dieser Anlernzeit in der Seitenpflege anstatt in der Zimmerpflege zu arbeiten, um so die notwendige Supervision und Kontrolle ausüben zu können.

5.5 Kommunikative Gründe

Im Idealmodell der Zimmerpflege arbeitet jedes Teammitglied über weite Strecken des Tages allein, da sich seine Zuständigkeit auf wenige Patientinnen und Patienten bzw. Zimmer beschränkt. Ferner kann sich die Übergabe eines bestimmten Zimmers auf die Kommunikation zwischen den zwei für dieses Zimmer zuständigen Krankenschwestern beschränken. Über die Situation der anderen Patientinnen und Patienten auf der Station brauchen diese beiden zunächst einmal nichts zu wissen. Diese theoretischen Annahmen suggerieren eine Verringerung der Kommunikationserfordernisse im Team. Die Praxis der Zimmerpflege aber scheint – zumindest unter den konkreten Bedingungen dieses Modellversuchs – den Kommunikationsbedarf im Team erhöht statt reduziert zu haben. Dafür sind folgende Gründe maßgeblich:

- Die Pflegenden wußten aufgrund des engeren Kontaktes mit ihren Patientinnen und Patienten wesentlich mehr über deren Zustand und Bedürfnisse; entsprechend stieg der *Mitteilungsbedarf* an die Schichtleitung und an die zuständigen Kolleginnen bei den Übergeben.
- Bei der gegebenen Instabilität des Dienstplans und des Pflegesystems wurde rasch klar, daß, wenn am nächsten Tag z.B. funktionspflegerisch gearbeitet werden sollte, alle Krankenschwestern und Pfleger immer auch einen hinreichenden Kenntnisstand über alle Patientinnen und Patienten der Station 19B brauchten. Daraus entstand ein typisches *Informationsdilemma*: Einerseits hatte die einzelne Krankenschwester ein Interesse daran, möglichst viel über »ihre« Patientinnen und Patienten zu wissen und weiterzugeben und sich auch darauf beschränken zu dürfen, andererseits mußte sie dennoch über alle Patienten informiert sein, konnte doch der morgige Tag, der nahende Antritt eines Nachtdienstes oder der Dienst als Schichtleitung am Wochenende sie für diese mitzuständig machen.
- Die Zimmerpflege hatte auch nicht unproblematische *Folgen für die informelle Kommunikation* im Team. Bei Seiten- oder Funktionspflege tauschte sich jede Krankenschwester spontan und häufig mit den anderen Mitarbeiterinnen der Schicht aus. In der Zimmerpflege arbeitete jedes Teammitglied mehr für sich allein. Zimmerpflege wurde im Einzelfall auch dazu benutzt, die Kommunikation untereinander und die Verantwortung für das Ganze auf ein Minimum zu reduzieren. Andere Teammitglieder wiederum

empfanden die Verringerung der häufigen, spontanen und kurzen Gespräche, die ein Charakteristikum der traditionellen stationären Pflege darstellen, als Verlust bzw. gar als Bedrohung. Um den Informationsaustausch zu verbessern und um die Möglichkeit zu schaffen, persönliche Differenzen zur Sprache zu bringen, wurden ab Februar monatliche Dienstbesprechungen eingeführt. Des weiteren hätte auch die angebotene Supervision hier abmildernd wirken können. Sie wurde aber nur von maximal einem Drittel des Teams genutzt.

Die geschilderten Probleme dürften erklären, warum die Zimmerpflege nicht immer auch dann durchgeführt wurde, wenn die rein quantitativen Voraussetzungen vorlagen. Die Tagesform, die Kooperationsbereitschaft untereinander, die Einschätzung der eigenen Qualifikation und der eigenen Belastbarkeit sowie Annahmen über die Qualifikation der Kollegin auf der eigenen Seite spielten hier eine wichtige Rolle. Die Wahl des Pflegesystems hing somit auch davon ab, ob in der Vierergruppe einer Schicht die Sympathien oder Antipathien für das Modell Zimmerpflege überwogen.

6. Die Auswirkungen der Zimmerpflege im Modellversuch

6.1 Auswirkungen auf die Pflegequalität

Die beabsichtigte Einführung einer umfassenden Pflegeplanung bei ausgewählten Patientinnen und Patienten kam aus Zeitmangel über wenige Einzelfälle nicht hinaus. Dieser Zeitmangel wiederum war nach Meinung des Teams auf den Personalmangel und auf den (vermuteten) Zeitaufwand für die Konzeption und Dokumentation einer umfassenden Pflegeplanung zurückzuführen, da die Krankenschwestern nur kurz in die Pflegeplanung eingeführt wurden und dementsprechend keine »Routine« entwickeln konnten. Als pflegeplanerische Einzelmaßnahme fand bei etwa 50 Prozent aller Patientinnen und Patienten eine Pflegeanamnese statt. Bei den anderen wurden lediglich die nötigsten Daten auf dem Formular notiert. Dennoch hatte die Einführung dieser pflegeplanerischen Elemente bereits einen merklich positiven Einfluß auf die pflegerische Arbeit.

Trotz des spärlichen pflegeplanerischen Instrumentariums bedeutete die Zimmerpflege aus der Sicht der Krankenschwestern und Pfleger eine deutliche Verbesserung der Pflegequalität. Das Pflegepersonal konnte schon nach kurzer Zeit feststellen, daß die Zuständigkeit für eine kleine Anzahl Patientinnen und Patienten über mehrere Schichten einen intensiveren Kontakt mit den »eigenen« Patientinnen und

Patienten, ein größeres Wissen über sie und dadurch die Möglichkeit zu einer individuell orientierten Pflege zur Folge hatte. Die Intensität der pflegerischen Versorgung nahm zu, die pflegerischen Verrichtungen am Patienten (Waschen, Lagern, Mobilisation, Füttern, Gespräche etc.) konnten von der einzelnen Schwester besser geplant werden und konnte als Maßnahmenbündel, als Pflege »aus einem Guß« stattfinden.

Als indirekter Beleg wurde in mehreren Interviews darauf hingewiesen, daß auch die Patienten den Unterschied in der Pflegequalität durchaus bemerkten und zu schätzen lernten. Wenn eine Krankenschwester als »Neue« in ein Zimmer kam und Pflegeverrichtungen ausführte, haben Patientinnen und Patienten öfter angemerkt: »Das hat aber die Schwester, die sonst immer da war, ganz anders gemacht, fragen Sie die doch noch mal.« Da es häufiger zu einem kurzfristigen Wechsel der Pflegesysteme kam, reagierten viele Patientinnen und Patienten auch mit Unsicherheit gegenüber den Krankenschwestern: »Wieso kommt denn Schwester X heute nicht?« Oder: »Schwester, heute läuft die Pflege anders, heute sind Sie wohl im Streß.«

Die Steigerung der Pflegequalität ist maßgeblich auf die erheblichen Bemühungen in der AG und auf der Station 19B zurückzuführen, mittels der Entwicklung von Pflegestandards zu einer stärkeren Vereinheitlichung der Pflege zu kommen. Auch das regelmäßige Führen des pflegerischen Verordnungsbogens dürfte zur Erhöhung der Pflegequalität beigetragen haben. Jede Krankenschwester und jeder Pfleger konnte aus diesem Bogen ersehen, was andere Personen beim jeweiligen Patienten gemacht hatten, welche Anwendungen Erfolg hatten und welche nicht. Dadurch nahm auch die »Überpflege« – ein bekanntes Phänomen der Funktionspflege – ab.

6.2 Auswirkungen auf Kommunikation und Kooperation

Trotz der prinzipiell positiven Einstellung des ärztlichen Dienstes zur Zimmerpflege und der von jeher gegebenen relativ guten Kommunikation zwischen ärztlichem und pflegerischem Dienst auf der Station blieben die organisatorischen Probleme in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst aus der Sicht des Krankenpflegepersonals auch während des Modellversuchs bestehen. Die Visiten fanden selten vor 10 Uhr statt, wurden häufig unterbrochen, und der Beginn wurde nur selten mit dem Pflegepersonal abgestimmt. Der wesentliche Grund für dieses offenbar »unlösbare« Kooperationsproblem

war der Stellenwert der Funktionsdiagnostik für die Abteilung als ganzer und für die einzelnen Ärzte. Umfang und Regelmäßigkeit der ärztlichen Arbeitsprozesse auf den bettenführenden Stationen der Abteilung wurden in hohem Maße von dem Arbeitsanfall und der Ablauforganisation der funktionsdiagnostischen Station negativ beeinflusst.

Auch bezüglich der Kooperation mit anderen Krankenhausbereichen und -berufen hat die Durchführungsphase des Modellversuchs kaum grundlegende Änderungen bewirken können, was angesichts dessen Kürze und des Grades an Uninformiertheit der anderen Krankeneinheiten auch nicht verwundert. Dort wurde nicht akzeptiert, daß jede Krankenschwester nur zuständig und kompetent für »ihre« Zimmereinheit war. Jede »greifbare« Mitarbeiterin wurde angesprochen, auf Hinweise bezüglich der Zuständigkeit für die jeweilige Patientin und den jeweiligen Patienten mit Unwillen reagiert.

6.3 Auswirkungen auf die Ausbildungsqualität

Die durchgeführten Erhebungen zeigten, daß die Schülerinnen auf der Station bei hinreichender Personalbesetzung und Anwendung des Tutorinnenkonzeptes in erheblichem Umfang andere Lernvorgänge erlebten und dementsprechend andere Lernergebnisse erreichten als auf vielen anderen Stationen. Während Schülerinnen üblicherweise für bestimmte, weniger beliebte Arbeitsvorgänge eingesetzt werden, wurden sie auf Station 19B geschult in Krankenbeobachtung, ganzheitlichere Pflege, Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, Dokumentation und Ausarbeitung der Visite etc. Das Konzept erwies sich als geeignet,

- die Schülerinnen in die patientenorientierte Pflege einzuführen,
- die Ausbildung am Wissens- und Kenntnisstand der Schülerinnen sowie an deren Lernwünschen individuell auszurichten,
- die Schülerinnen zum selbständigen Lernen zu motivieren und
- eine kontinuierliche Evaluation des Lernstandes und des Lernfortschritts zu ermöglichen.

Die gegebene Zufriedenheit der Schülerinnen mit diesem Konzept sollte jedoch nicht die Augen vor einigen Durchführungsproblemen verschließen, die im folgenden stichwortartig zusammengefaßt werden:

- Mehrbelastungen aufgrund der intensiveren Auseinandersetzung der Schülerin mit der Tutorin und entsprechend höhere Erwartungen – in fachlicher wie psychologischer Hinsicht – an die Tutorin.

- Höherer Grad an nicht immer geliebter ständiger Beobachtung und Kontrolle durch die Tutorin.
- Einschränkungen in bezug auf Dienstplanwünsche und Tauschmöglichkeiten.
- Abhängigkeit des Ausbildungskonzepts von der Dienstplanstabilität. Entsprechend größere Bewältigungsprobleme und Frustration der Schülerinnen bei Abwesenheit der Tutorin bzw. Wechselbad der Pflegesysteme.

Ein wesentlicher Grund für den Erfolg dieses Ausbildungskonzeptes ist paradoxerweise der, daß es nicht nur unter (günstigen) Zimmerpflegebedingungen durchgeführt wurde, sondern in Teilen auch unter anderen Bedingungen, wie Seiten- bzw. Funktionspflege bei relativ guter Personalausstattung, umgesetzt werden konnte. Die geschilderten Probleme weisen allerdings auch darauf hin, daß der Aufwand und die Belastung durch eine Ausbildung und eine personale Anleitung, die diese Namen verdienen, vielfach unterschätzt wird. Erforderlich ist nicht nur eine Personalbesetzung der Stationen, die den Mehraufwand einer solchen Ausbildung kompensiert, sondern auch eine qualifizierte Fortbildung für diejenigen Krankenschwestern und -pfleger, die tutoriale Funktionen wahrnehmen sollen. Zu den Voraussetzungen gehört des weiteren, daß die Kooperation zwischen Krankenpflegeschule und Stationen in organisatorischer und didaktischer Hinsicht intensiviert wird.

7. Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Der Modellversuch hat eindrucksvoll demonstriert, daß das Pflegepersonal, wenn es die notwendige Unterstützung erhält, in der Lage ist, umfassende Konzepte zur Verbesserung der Pflegequalität und der Arbeitsbedingungen zu formulieren und in die Praxis umzusetzen. Auf der Station sind – mit Unterstützung der Einheit für Innerbetriebliche Fortbildung und der Krankenpflegeschule des AKB – innerhalb eines halben Jahres Konzepte zur ganzheitlichen Pflege, zur Organisation der Zimmerpflege, zur patientenorientierten Dokumentation und zur Verbesserung der Ausbildung formuliert worden, die für die weitere Entwicklung innerhalb und außerhalb des AKB von großer Bedeutung sein dürften. Auch die während des Modellversuchs entwickelten Pflegestandards dürften wegen ihrer hohen Qualität beispielhaft für die Entwicklung von Standards in anderen Fachdisziplinen sein.

Der Modellversuch hat aber auch gelehrt, daß die Einführung der

Zimmerpflege in der Praxis auf erhebliche Umsetzungs- und Absicherungsprobleme stößt. Die pflegerischen Zielsetzungen dieses Modellversuchs, die sowohl eine substantielle Verbesserung der Pflegequalität und der Ausbildungsqualität als auch der Abstimmung mit den anderen Diensten anpeilten, ließen sich nur in einem beschränkten Umfang erreichen. Das Erreichte wurde vielfach nach kurzer Zeit wieder dadurch in Frage gestellt, daß die organisatorischen und personalwirtschaftlichen Bedingungen für dessen Stabilisierung nicht gesichert werden konnten.

Die Frage, inwiefern dieses Ergebnis den spezifischen Bedingungen des Modellversuchs zuzuschreiben oder aber Folge inhärenter Probleme des Konzepts Zimmerpflege ist – d.h. sich auch unter anderen, womöglich günstigeren Bedingungen wiederholen würde – ist sicherlich nicht leicht bzw. mit letzter Sicherheit zu beantworten. Endgültigen Aufschluß hierüber könnten nur weitere Versuche unter unterschiedlichen Bedingungen erbringen, wenn diese intensiver evaluiert würden, als dies im Fall Barmbek möglich war.

Nähert man sich dieser Kardinalfrage auf der Grundlage dieses einen Modellversuchs dennoch an, so sind zunächst eine Reihe von Faktoren in Erinnerung zu rufen, die das Ergebnis dieses Versuchs in positiver oder negativer Hinsicht erheblich beeinflußt haben. Als negative Faktoren sind an erster Stelle zu nennen:

- Der Komplexitätsgrad des Barmbeker Konzepts in Verbindung mit dem kurzen Zeitraum für dessen theoretische Konkretisierung und praktische Umsetzung.
- Eine Abteilung, deren Patienten und deren funktionsdiagnostische Schwerpunktsetzung hohe Anforderungen an das Pflegepersonal stellen und häufig kurzfristige Änderungen der Arbeitsorganisation in der Pflege nach sich zieht.

Auf der anderen Seite sind folgende positive Voraussetzungen in Erinnerung zu rufen:

- Ein Personalschlüssel von 1:1,6 (16 Vollkräfte/Planstellen: 26 Betten).
- Ein Stationsteam, das sich durch intensive Kommunikation, langjährige Beschäftigung mit pflegetheoretischen Fragen und praktischen Reformversuchen sowie durch eine hohe Motivation in bezug auf diesen Modellversuch auszeichnete.
- Die Unterstützung des Modellversuchs durch die Einheit für innerbetriebliche Fortbildung und die Krankenpflegeschule sowie durch die Bereitstellung einer Supervision für das Stationspersonal.

Diese Aufzeichnung der wichtigsten positiven und negativen Merkmale dieses Modellversuchs soll lediglich verdeutlichen, daß dieser Modellversuch nicht nur negative, sondern auch positive Voraussetzungen aufwies. Wenn man sich dies vergegenwärtigt, so läßt sich die These aufstellen, daß es auch unter anderen, vermeintlich oder real besseren Ausgangsbedingungen beträchtliche Realisierungsprobleme bei der Einführung der Zimmerpflege geben dürfte. Lange Planungs- und Einführungsfristen und erhebliche Umsetzungsprobleme müssen bei weiteren Versuchen auf jeden Fall einkalkuliert werden. Dies gilt erst recht, wenn man an eine flächendeckende Einführung der Zimmerpflege unter »normalen« Bedingungen denkt.

Nach unserer Auffassung sind es vor allem die Probleme der kontinuierlichen Sicherung der Personalbesetzung, die Störanfälligkeit der pflegerischen Arbeit im Krankenhaus, die Qualifikationsunterschiede innerhalb des Personals und die psychischen Belastungen durch die zunehmenden Verantwortung für und die intensivere Beziehung zum Patienten, die auch unter anderen Bedingungen der Einführung der Zimmerpflege in der stationären Akutversorgung in Erscheinung treten dürften. So kann z.B. nicht einmal zuverlässig abgeschätzt werden, welcher noch bessere Personalschlüssel gegeben sein müßte, um die für die Zimmerpflege notwendige Stabilität der Personalbesetzung tatsächlich auch zu gewährleisten. Jedenfalls scheint er sich in Bereichen zu bewegen, deren Finanzierung in absehbarer Zeit nicht realistisch sein dürfte. Vergleichbares gilt für die Sicherstellung einer erheblich höheren fachlichen wie persönlichen Qualifikation eines gesamten Stationsteams. Daraus folgt, daß die Einführung der Zimmerpflege als räumlich-organisatorisches *und* pflegeinhaltliches Konzept – unter welchen Bedingungen auch immer – mit erheblichen Umsetzungs- und Absicherungsproblemen verbunden sein dürfte. Ein derartiges Konzept kann somit nicht ohne weiteres als mittelfristig generalisierbar angesehen werden.

Die nur beschränkt befriedigenden Ergebnisse dieses Modellversuchs und die Zweifel an der Generalisierbarkeit dieses Konzepts sind nicht als Aufforderung mißzuverstehen, die Hände in den Schoß zu legen und die vielfach beschriebene Misere der Funktionspflege nunmehr – aufgrund eines angeblichen Mangels an Alternativen – zu zementieren. Modellversuche sind in erster Linie dazu da, aus ihnen – auch aus den erkannten Unzulänglichkeiten und Fehlern – zu lernen. Was kann man aus dem Modellversuch Zimmerpflege im AK Barmbek folgern?

Bezüglich der Aufbauorganisation in der Pflege kann aus diesem Versuch gefolgert werden, daß die Bereichs- bzw. Seitenpflege ein praktikables Organisationsmodell darstellt, da es weit weniger belastend und störanfällig ist als die Zimmerpflege. Es bietet größere Spielräume bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe und der Arbeitsteilung im Team, ist für Wechsel des quantitativen und qualitativen Personalangebots weniger störanfällig, ermöglicht informelle Kooperation und Absprachen und erlaubt ein Mehr an punktueller Belastungsreduktion. Unter relativ günstigen personellen und qualifikatorischen Voraussetzungen erlaubt es ohne weiteres, die Option auf Weiterentwicklung zur Zimmerpflege wahrzunehmen.

Veränderungen des Pflegekonzepts und der entsprechenden Aufbau- und Ablauforganisation sollten in bewältigbaren Einzelschritten vorgenommen werden. Vermutlich stellen Projekte, die anspruchsvolle inhaltliche Verbesserungen der Pflege (z.B. Einführung der patientenorientierten Pflege bzw. der Pflegeplanung) zum Ziel haben und im gleichem Zuge mehrere Instrumente (z.B: Dokumentation, Qualitätsstandards, Übergaben) und Organisationsparameter (Zimmerpflege) verändern wollen, eine kurzfristig nicht zu bewältigende Belastung für viele Krankenschwestern und -pfleger dar. Auch wenn die theoretische Interdependenz zwischen den genannten Aspekten nicht bestritten werden soll, muß empfohlen werden, Veränderungsprojekte so zu dimensionieren, daß das Maß an neuen Belastungen durch die Umstellung auch für die weniger belastbaren Mitglieder des Teams bewältigbar ist. Kleinere Projekte, die sinnvoll nacheinander geschaltet werden, erscheinen praktikabler als Reformen »aus einem Guß«. Wege in dieser Richtung könnten Projekte im Bereich Qualitätssicherung (Einführung von Qualitätszirkeln, Entwicklung und Erprobung von Pflegestandards, Dokumentation und Evaluation der Pflegepraxis in diesen Bereichen) und Maßnahmen zur schrittweisen Verbesserung der praktischen Ausbildung darstellen. Selbst im Fall einer solchen pragmatischen Herangehensweise müßten ausreichend lange Qualifizierungs- und Begleitmaßnahmen für die beteiligten Stationsteams (innerbetriebliche Fortbildung, Dienstbesprechungen, Supervision) eingeplant werden.

Der Modellversuch hat gezeigt, daß Veränderungen der Aufbau- und Ablauforganisation in der Krankenpflege unter maßgeblicher Beteiligung des betroffenen Pflegepersonals durchführbar sind und von den Beschäftigten auch mitgetragen werden. Die Erfolge derartiger Modellversuche hängen jedoch entscheidend von einer sorgfältigen Vorbereitung und einer kontinuierlichen Unterstützung

seitens der Krankenhausleitung sowie von der Bereitstellung und Sicherung adäquater Durchführungsbedingungen ab. Der notwendige Aufwand für und die Konfliktrichtigkeit von Umstellungen der Arbeitsprozesse im Krankenhaus werden im Zuge der Vorbereitung eines Modellversuchs vielfach unterschätzt. Daraus resultieren unrealistische Vorgaben bezüglich der Dauer der Planung und Umsetzung der intendierten Neuerungen, ungeklärte Durchführungsbedingungen (z.B. Umfang der Freistellungen, Änderungen der Eingruppierung etc.), die den Prozeß nachhaltig beeinträchtigen können, sowie unzureichende Ressourcen für die Bewältigung der Aufgaben.

Bei der Konzeption von Modellversuchen muß bereits im Vorfeld überlegt werden, wie die Aufgaben und Arbeitsbedingungen nach Versuchsende in Abhängigkeit von den antizipierten Ergebnissen (»wenn – dann«) gestaltet werden könnten. Modellversuche ändern die Erwartungen und Hoffnungen der Beteiligten, versuchsbedingte Sonderbedingungen werden rasch zu sozialen Besitzständen, der Zustand ex ante kann und soll nach Beendigung des Modellversuchs nicht wiedereingeführt werden.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. H. van den Bussche

Arbeitsschwerpunkt Allgemeinmedizin und Gesundheitssystemforschung

Universitäts-Krankenhaus Eppendorf

Martinistraße 53, D-20246 Hamburg

Anmerkungen

- 1 Aus Platzgründen wird darauf verzichtet, die obigen Standardbegriffe der berufspolitischen Diskussion in der Pflege einer begrifflichen Analyse zu unterziehen. Vgl. hierzu u.a.: von Ferber, C.: *Patientenorientierung im Krankenhaus – immer noch ein Problem*. In: *Krankenhaus Umschau* 4/1991, 250-256. Lingenberg, E. und Reimann, R.: *Der Pflegedienst im Krankenhaus. Grundlagen zur Organisation einer Pflegeeinheit*. Hannover 1986. Elkeles, T.: *Arbeitsorganisation in der Krankenpflege – Zur Kritik der Funktionspflege*. Argument-Sonderband 155 (*Jahrbuch für kritische Medizin* Bd. 13, 5-19 (1988)).
- 2 Daran ändert auch die Tatsache nichts, daß bei Stellenausschreibungen für Krankenpflegepersonal und bei anderen Formen der Außerdarstellung der Krankenhäuser eine Hochkonjunktur dieser Begriffe zu beobachten ist und mittlerweile regelhaft behauptet wird, das jeweilige Krankenhaus hätte die Funktionspflege auf dem Müllhaufen der Pflegegeschichte verbannt und dafür personalattraktivere und patientenorientiertere Organisationsformen eingeführt. So gaben bei einer 1989 durchgeführten bundesweiten Krankenhausbefragung 75 Prozent der Krankenhäuser an, »ganzheitliche Pflege« eingeführt zu haben bzw. zu erproben,

- ein Ergebnis, das von den Autoren nicht zu Unrecht als »erstaunlich« bzw. »nicht ganz der Realität entsprechend« bezeichnet wurde (vgl. Prognos AG und gsf-medis: Möglichkeiten für eine menschengerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen im Pflegebereich des Krankenhauses – Ergebnisse einer schriftlichen Krankenhausbefragung. Vv. Ms., Köln 1989 (hier: Seite 57ff.).
- 3 Vgl. u.a.: Bischof, C.: Hat die patientenorientierte Pflege Durchsetzungschancen? In: Argument-Sonderband 131 (Jahrbuch für kritische Medizin Bd. 11), 97-114 (1986).
 - 4 Vgl. den Überblick bei Lorenz-Krause, R. und Zell, U.: Umsetzungschancen ganzheitlicher Pflegesysteme. In: Prognos AG (Hrsg.): Auf dem Weg aus der Pflegekrise? Berlin 1992, 67-88.
 - 5 Der umfangreiche Bericht (184 Seiten) über das Projekt Zimmerpflege kann über das Direktorium des AK Barmbek, Rübenkamp 148, 22291 Hamburg zum Selbstkostenpreis von DM 20 angefordert werden.
 - 6 Vgl. auch Lorenz-Krause und Zell, a.a.O.
 - 7 Ferner wurden die Zahl der Betten auf der Modellstation von 30 auf 26 verringert und kleinere Verbesserungen im baulichen Bereich vorgenommen. Zu bemerken ist, daß die »Arbeitsgruppe Pflegenotstand im AKB« ursprünglich fünf bis sechs zusätzliche Stellen für notwendig gehalten hatte.
 - 8 Der Arbeitsgruppe gehörten an: Rainer Schramm (für die innerbetriebliche Fortbildung zuständiger Mitarbeiter der Pflegedienstleitung – Vorsitz), Angelika Broicher (pflegerische Abteilungsleitung), Regina Schmitz-Gericke (Stationsleitung der Station 19B), Maike Eggers, Silke Grau, Maja Leutenegger und Sylvia Timm (Vertreterinnen des Team der Station 19B) sowie Renate Schumann-Prüßner und Gabriele Zeh (Krankenpflegeschule).
 - 9 Kriterien hierfür waren eine möglichst gleiche Zahl von Patienten pro Pflegeperson sowie die räumliche Nähe der Zimmer.
 - 10 Aufgrund der geringen Zahl von durchgeführten teilnehmenden Beobachtungen sind diese Angaben als Größenordnungen, nicht als allseits empirisch gesicherte Zahlen zu verstehen.