

IDAK - Interprofessionelle Dokumentation der Aufklärung im Krankenhaus

Kurztitel

- IDAK

Zeitraum

- 09/2004 - 06/2006

Leitung

- [Dr. Christiane Luderer](#)
- Prof.Dr. Johann Behrens

Mitarbeiter

- Monika Risse
- Katrin Klaus
- Tamara Heinich
- Kathrin Kempe
- Susanne Nebe
- Martin Luderer
- Anett Kretschmar
- Maria Bauseler
- u.a.

Partner

- Universitätsklinikum Halle: Ingrid Horn, Waltraud Janssen, Prof.Dr. Schmoll, Dr. Bettina Wollschläger
- Universitätsklinikum Leipzig: Christine Naß, Prof.Dr. Krüger, Prof.Dr. Wirtz

Förderung

- Robert-Bosch-Stiftung
- Wilhelm-Roux-Programm

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Aufklärung des Patienten über Diagnose, Prognose und die erforderliche medizinische Therapie liegt allein in der Verantwortung der ärztlichen Profession. Sie kann nur innerhalb der Berufsgruppe der Ärzte delegiert werden (LÄK Baden-Württemberg, 2006). Pflegende dürfen mit den Patienten über deren Erkrankung, Prognose und Therapie sprechen. Die ganzheitliche Patientenbetreuung ist pflegerischer Auftrag, und das Führen der Gespräche Inhalt des Handlungsprofils der Pflegenden (KrPflG § 3 Absatz 1, Großkopf, 2002). Der Umfang dessen, was Pflegende den Patienten an Wissen vermitteln, darf jedoch nicht über die Informationen, die von ärztlicher Seite an die Patienten herangetragen wurden, hinausgehen oder diese in ihrem Sinn verändern (Wiesing, Braunwald, Faul, 2000). Hier offenbart sich ein Problem: wenn die Pflegenden nicht wissen, inwieweit ein Patient bereits aufgeklärt wurde, werden sie dadurch verunsichert und in der Kommunikation mit den Patienten behindert (Luderer & Behrens 2005).

Fragestellung

Trägt die Implementierung eines Bogens zur berufsgruppenübergreifenden Dokumentation des Aufklärungszustandes der Patienten zur Erhöhung der durchschnittlichen Kontaktzeit des Personals beim Patienten bei?

Ist damit eine Verbesserung der Zufriedenheit der Patienten mit der kommunikativen Kompetenz des Personals verbunden?

Methoden

Design: Duozentrische Interventionsstudie

Setting/Teilnehmer: Zwei ablauf- und aufbauorganisatorisch vergleichbare Stationen, Einschluss: Patienten mit Bronchial-Ca oder Verdacht darauf, deutsch sprechend, bewusstseinsklar, Einverständnis-erklärung. Ausschluss: keine Kontaktzeitmessung, wenn Aufnahmen oder Entlassungen im Zimmer stattfinden.

Methode: Randomisierte Zuweisung der in die Erhebung fallenden Zimmer, Verblindung gegenüber dem Personal, Protokollierung aller Aufenthalte des Personals im Zimmer bei konstanter Belegung im 24-Stunden-Profil (6.00 bis 6.00 Uhr werktags). Befragung der Patienten mittels Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Kommunikation des Personals (26 Items), Erfassung der Depressivität und Angst mittels HADS-D sowie Erfassung der Lebensqualität mittels WHOQuoL-Bref. Statistische Auswertung mit Excel und SPSS 12.0.

Bisherige Ergebnisse

Im Interventionsbereich konnten 76 und im Kontrollbereich 69 (N=145) 24-Stunden-Profile der Kontaktzeiten und –frequenzen erhoben werden. Zudem wurden im Interventionsbereich 21 und in der Kontrollgruppe 25 Patienten befragt.

Das Ziel des Projektes, die Wirksamkeit der Dokumentation nachzuweisen, konnte nur ansatzweise erreicht werden. Weder die Kontaktdauer- noch –frequenz im Tagesmittel ist im Interventionsbereich signifikant gegenüber dem Kontrollbereich erhöht. Während die Pflegenden im Frühdienst im Kontrollbereich stärker in den Zimmern anwesend sind, sind sie es im Spätdienst im Interventionsbereich. Deutlich ist jedoch, dass in der Interventionsgruppe die durchschnittliche Verweildauer der Pflegenden beim Patienten pro Gespräch höher ist. Im ärztlichen Bereich zeigen sich keinerlei Unterschiede zwischen den Gruppen.

Die Patientenbefragung ergab hinsichtlich der Messung der Depressivität und Angst sowie der Lebensqualität keine Aussagen auf einen möglichen Effekt der Dokumentation. Die positivere Beurteilung des Personals im Interventionsbereich ist insbesondere durch eine von den Patienten attestierte angemessene Aufklärung und Information durch die Pflegenden zu begründen.

Diskussion

Der IDAK-Bogen stellt besonders für die Pflegenden im Bedarfsfall ein praktikables und hilfreiches Instrument dar, hat aber nur geringe Effekte auf die Verweildauer des Personals im Zimmer und die Lebensqualität der Patienten.

Es ist bedeutend, das ärztliche und pflegerische Personal auf die bestehende Rechtslage aufmerksam zu machen: die Pflicht zur Aufklärung obliegt dem Arzt (MBO-Ä, 2006), das Führen von Informationsgesprächen dagegen ist Sache der Ärzte und Pflegenden, wobei Pflegende all das zur Sprache bringen dürfen, was vom Arzt bereits gegenüber dem Patienten erwähnt wurde (Wiesing, Braunwald, Faul, Garmer et al., 2000). In Praxi bedeutet das nicht, dass umfassende

Gesprächssequenzen dokumentiert werden müssen, sondern dass das Pflegepersonal darüber zu informieren ist, ob ein Patient seine Diagnose mitgeteilt bekommen hat und ob der Arzt den Eindruck hat, dass diese Diagnose auch beim Patienten "angekommen" ist. Daraus ergibt sich, dass die Ärztinnen und Ärzte für ihre Verpflichtung zur Dokumentation gegenüber den Pflegenden sensibilisiert sein sollten. Es bedarf für die Implementierung des IDAK-Bogens bereits einer guten Kommunikationskultur unter den Mitarbeitern. Diese dadurch herzustellen, ist ein unrealistischer Anspruch an einen Dokumentationsbogen.

Publikationen

- Luderer, C.; Behrens, J.: Aufklärung im Krankenhaus. In: Pflege 18, 2005: 15-23