

Dr. Alfred J.Gebert:

## Wie können aus dem gesicherten Wissen von Geriatrie, Gerontologie und Pflegewissenschaft Standards abgeleitet werden?

### Inhaltsverzeichnis:

#### Einleitung

#### Geriatrie

#### Gerontologie

##### Der Heimeintritt

##### Autonomie

##### Demente Bewohnerinnen und Bewohner

#### Krankenpflege

##### Dekubitus

##### Zur Struktur der Pflege

#### Langfristig angelegter kollektiver Lernprozess

Bevor auf das gestellte Thema eingegangen wird, ist eine wichtige Einschränkung zu machen: Lange nicht alles mit Bezug auf Qualitätsbeurteilung, Qualitätssicherung und Qualitätsförderung lässt sich über Standards behandeln. Es darf nie eine Fetischierung mit Bezug auf Standards Platz greifen, gleichgültig woraus diese abgeleitet werden.

Die Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) hat Ende der 80er Jahre begonnen, Leitlinien – sie nannten diese Clinical Practice Guidelines – für Handlungsbereiche (Schmerzbekämpfung, Diagnose und Behandlung von Depressionen in der Primärversorgung, Otitis media, Rehabilitation von Schlaganfall-Patienten usw.) zu entwickeln. Die Absicht war, das gesicherte medizinische Wissen in geeigneter Art und Weise für die Praxis verfügbar zu machen.

Der Entwicklungsprozess zum Beispiel zur Schmerzbekämpfung gilt als vorbildlich – er ist aber aufwendig:

1. Eine Steuerungsgruppe mit breitem Wissen im Handlungsbereich (also mit Bezug auf die Schmerzbekämpfung) und in der Allgemeinen Medizin wird eingesetzt.
2. Diese lässt zuerst eine umfangreiche Metastudie erstellen.
3. Sie verteilt Literatur-Studien zu Spezialgebieten an Spezialisten, also zum Beispiel zu Schmerzen resp. Schmerzbekämpfung auf Grund unterschiedlicher Krebserkrankungen, zu post-operativen Schmerzen, zu arthritischen Schmerzen, zu neuropathischen Schmerzen usw.
4. Die Erkenntnisse aus diesen Teilbereichen werden zusammen mit der Metastudie in einen ersten Bericht zusammengefügt.
5. Es finden dann im breiteren Rahmen Experten-Hearings statt. Dabei werden sicher auch scheinbare Randgebiete wie Psychosomatik, Psychiatrie, Pharmakologie und Krankenpflege berücksichtigt resp. Exponentinnen und Exponenten aus diesen Spezialgebieten zur Stellungnahme eingeladen.
6. Die Steuerungsgruppe beschliesst nach der Redaktion die sog. Leitlinien und bereinigt dann den gesamten Text.
7. Mitarbeiter von AHCPR schreiben eine Kurzfassung für Ärzte (Quick Reference Guide for Clinicians) und die Information für interessierte Laien (Patient Guide).

Nicht zu vergessen dann das Drucken der Materialien. Die Erstauflage betrug nach meinen Informationen 40'000 Exemplare.

Hier wurde also das Schulwissen (body of knowledge) zusammenzufassen getrachtet, um daraus die Handlungsanleitungen abzuleiten.

Eine für mich eindrückliche Illustration dazu, dass das Schulwissen vorliegt, bietet die Ärztesgesellschaft des Gliedstaates Maine. Sie hat schon Mitte der 90er Jahre durchsetzen können, dass bei Gerichtsfällen zu medizinischem Handeln die im Staat Maine erarbeiteten Leitlinien zur Basis genommen werden. (Damit ist ein Hinweis darauf gemacht worden, dass Leitlinien nicht nur auf Bundesebene erstellt werden, sondern auch auf gliedstaatlicher resp. regionaler oder sogar lokaler, und es ist unbedingt zu erwähnen, dass sich die medizinischen Fachgesellschaften für die Erarbeitung solcher Guidelines sehr stark engagierten und immer noch engagieren.)

Bevor ich hier weiterfahre, ist darauf aufmerksam zu machen, dass es sich per definitionem um vorläufiges Wissen handelt. Aufgabe der Wissenschaften (nach meinem Dafürhalten nicht nur der Naturwissenschaften) ist es primär zu falsifizieren, also aufzuzeigen, was nicht richtig ist. (Dieser Hinweis ist sicher recht gut nachzuvollziehen, wenn an die eindrückliche Dynamik in der Medizin gedacht wird. )

Es existiert eine sehr grosse Zahl von Guidelines. Ich schätze sie in Nordamerika auf 4 bis 6 Tausend. (Leider werden für diese Aufarbeitung des Schulwissens ganz unterschiedliche Begriffe verwendet, zum Beispiel Practice Parameters, aber auch – wenn es sich um Kürzefassungen handelt – „Quality Indicators“.)

## **Geriatric**

Nun muss am Zürcher Gerontologietag sicher nicht erklärt werden, dass ein respektable Teil von Guidelines für hochbetagte Menschen speziell zu erarbeiten ist. Die Geriatric ist ein relativ eigenes Feld. Bei der grossen Zahl der erwähnten Leitlinien überrascht es nicht, dass solche Guidelines für verbreitete Herausforderungen in der geriatricen Medizin existieren, sorgfältiger argumentiert: nicht bloss existieren sondern periodisch neu geschrieben werden.

Als Beispiel dazu lege ich einen Ausschnitt aus den Kurzleitlinien der Amerikanischen Internisten Gesellschaft vor. Sie alle beziehen sich auf Vulnerable Elders.

End-of-Life Care

Management and Prevention of Falls and Mobility Problems

Management of Heart Failure

Appropriate Medication Use

Management of Osteoarthritis

Pain Management

Management of Pneumonia

Prevention and Management of Pressure Ulcers

Management of Urinary Incontinence

Continuity and Coordination of Care

Care of Depression

Malnutrition

Dementia in Vulnerable Community-Dwelling and Hospitalized Elders

Diese Leitlinien können nach meinem Dafürhalten grundsätzlich auch in der Schweiz als Basis zur Entwicklung von Standards gelten resp. – wieder vorsichtiger formuliert – als Grundlage für eine Diskussion zur Formulierung von Standards dienen. Dass dies möglich ist, hat die Schweizerische Krebsliga eindrücklich mit der weitgehenden Übersetzung der von AHCPH erarbeiteten Leitlinie zur Schmerzbekämpfung für Krebskranke demonstriert.

Allerdings präsentiert sich die Situation bedeutend komplexer als im Fall der Schmerzbekämpfung bei Ca-Erkrankungen. Für mich ist nicht vorstellbar, dass die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) die Standards selbständig entwickelt. Damit sind wir beim roten Faden für dieses Referat angelangt: Ein kollektiver Lernprozess ist notwendig – sie vermöchte gute Vorarbeit zu leisten, aber ein eigenes Handeln schliesse ich aus.

Fast alle in Heimen tätigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sind Allgemeinpraktiker oder Internisten. Sie möchten zweifellos bei den Formulierungen mitreden. Sie müssen unabdingbar gewonnen werden, weil nur ihre Involvierung mithilft, dass sie die notwendigen Veränderungen in ihrem Handeln zu initiieren bereit sind. Ich bin auch der Überzeugung, dass das Pflegekader in Heimen bei Problemen, welche zwar grundsätzlich im Verantwortungsbereich der Ärzte verankert sind, mitzureden haben. Neben der unabdingbaren Chance zum Mitlernen kommt unter den Konditionen von Heimen hinzu, dass viel Medizinisches über die Pflege zu vermitteln ist und manch medizinisches Urteil vornehmlich über die Pflegenden miterarbeitet wird.

Obwohl also ein Basis vorliegt, welche nach der notwendigen Anpassung an Usancen in der Schweiz (resp. in der Deutschschweiz) direkt als Anleitung für die Formulierung von Qualitätsstandards zur Beurteilung in Pflegeheimen (und nur Pflegeheime interessieren, nicht Alters- und Pflegeheimen) dienen könnte, bietet sich aktuell eine sehr viel komplexere Ausgangslage: Wenn solche Arbeiten erfolgversprechend angelegt werden sollen, dann ist äusserst behutsam vorzugehen, handelt es sich doch darum, dass zuerst eine Art Kultur für das Setzen von Standards einigermaßen tragfähige Ausprägungen finden muss. Was wir seit Jahren und aktuell immer noch in der Schweiz haben, ist im interessierenden Feld – und dies mein ich nun umgangssprachlich – eine Unkultur.

Im Rahmen der Akkreditierung durch die Joint Commission wäre es in den USA nun durchaus möglich, dass Standards der Amerikanischen Internistischen Gesellschaft direkt in die Qualitätsbeurteilung aufgenommen würden. In der vom Kuratorium Deutsche Altershilfe verdankenswerterweise geförderten Übersetzung der Standards for Long Term/Continuing Care Organizations des Canadian Council on Health Services Accreditation finden sich in der 96er-Ausgabe schon fünf solcher Hinweise auf Guidelines. Im Entwurf zur Ausgabe 2003 glaube ich neun gefunden zu haben.

Wir müssen uns im Klaren sein, dass wir hier in der Schweiz noch einige Zeit lang nicht so weit sein werden, weil eben die Kultur für solches Arbeiten noch keinen Boden gefunden hat.

In diesem Sinne können wir bei unserer eigenen Qualitätsbeurteilung mit Bezug auf die Schmerzbekämpfung nur auf die Stufenleiter der WHO zu sprechen kommen, ob diese also bekannt ist (nicht-opioide Analgetika, schwache Opiode und starke Opiode) ... und wenn sie bekannt ist, um einige Beispiele bitten, wie sie angewendet werde, um dann auch in der Pflegedokumentation zu überprüfen, ob dem so sei.

Dagegen ist es ausgeschlossen, schon jetzt danach zu fragen, welche Koanalgetika (Anxiolytika, Antidepressiva usw.) eingesetzt werden und ob in der Heimrealität auch Vorkehrungen gegen Verstopfungen (Einsatz von Laxantien) existieren.

Es existiert also ein vorläufig gesichertes Wissen in der Geriatrie, das ohne immensen Aufwand in Standards zur Qualitätsbeurteilung transformiert werden kann. Es ist aber nicht angezeigt, dieses Wissen aktuell in die Qualitätsbeurteilung von Heimen einzuführen, weil die Realität oft noch weit weg vom „harten Wissen“ liegt. Und weil eben noch keine einigermaßen tragfähigen Ausprägungen zu einer Kultur des Umganges mit doch recht harten Facts existieren.

Dies ist einer der Gründe, warum Herr Kneubühler und ich am Schluss unseres Beitrages in der Volkswirtschaft, Nr. 9, 2001 (S. 27), geschrieben haben: „Am klügsten wäre es wohl, wenn mit Bezug auf Art. 58 KVG in der Heimwelt neu gestartet würde.“

## **Gerontologie**

Mit Bezug auf die Transformation des vorläufig gesicherten Wissens aus der Gerontologie in Standards treffen wir auf das Problem, dass die Verifizierung resp. die Falsifizierung wenig theoriegeleitet ist, ja die

Ansätze zu sog. Theorien mittlerer Reichweite mit Bezug auf das Altern und insbesondere mit Bezug auf das Altern in Pflegeheimen weniger zur Aggregation taugen als das grundsätzlich naturwissenschaftliche Paradigma in der Geriatrie.

Zur Gerontologie wollen nur drei Beispiele für eine mögliche Transformation aufgeführt werden:

## **Der Heimeintritt**

Er muss für eine grössere Gruppe von Betagten – ich rede nur von Pflegeheimen – etwas Dramatisches sein. Er wird immer dramatischer, je mehr hochbetagte Patientinnen und Patienten – schnell, schnell – vom Akutspital in ein Heim transferiert werden. Zwar könnte nach meinem Dafürhalten der sozialökologische Ansatz von M. P. Lawton für die Formulierung von Standards herangezogen werden. Es macht aber keinen Sinn, wenn ich diese teilweise auf Rudolf Moos aufbauenden Arbeiten hier referiere, weil die Frustration darüber, dass nur ein kleiner Ausschnitt bei aktueller Qualitätsbeurteilung in Heimen überhaupt präsentiert werden kann, massiv würde.

In unserem Ansatz, wo der Heimeintritt selbstverständlich ein Gegenstand ist, werden primär Elemente der Continuity of Care und Rituale im Heim zur Reduktion der neuen Komplexität und Anstrengungen getestet, um die totale Institution Heim weniger total zu machen. Wem dies als wenig vor der gewaltigen Herausforderung erscheint, der möge sich gegenwärtig machen, dass wie bei Heimbeurteilungen noch vor ganz wenigen Jahren zu hören bekamen: „Ja, der Eintritt ins Heim ist ein Problem. Wir sind aber daran, den Heimprospekt neu zu gestalten.“ (In der Zwischenzeit könnte man auch aufführen, dass man ja Ausschnitte aus dem neuen Daheim im Internet präsentiere.)

### *Autonomie*

Die Autoren Lidz/Fischer/Arnold, Rosalie A. Kane, Collopy und Agich haben nach meinem Dafürhalten ausreichend viel Vorarbeit dafür geleistet, dass auf Grund ihrer Arbeiten in einem Kollektiv ein oder mehrere Standards erarbeitet werden können, die anzeigen, wie mit diesem zentralen Wert in Heimen kunstgerecht umzugehen ist.

Wir sind weit davon entfernt, dass das von diesen Autoren aufgearbeitete vorläufige Wissen tatsächlich zu transformieren wäre. Als Indikator dafür gebe ich Ihnen folgende Information weiter: Ich fragte eine sehr kenntnisreiche Absolventin des von der Pro Senectute getragenen Kurses zur Gerontologiefachfrau, wie weit die erwähnten Namen im Kurs je vorgekommen wäre. Sie stellte mit Sicherheit fest, dass dies nie der Fall war. Wie ist unter solchen Umständen ein komplexes Geschehen darauf zu reduzieren, dass es auf einigermaßen zuverlässige Art und Weise in einem Heim dann überprüft werden kann?

Wir haben uns darauf zu beschränken, danach zu fragen, ob die vom SBK publizierten „Qualitätsnormen für die Pflege und Begleitung von alten Menschen“ (1994) bekannt sind. Und wenn sie bekannt sind, wie damit gearbeitet wird. Zudem wird selbstverständlich eingangs immer danach gefragt, ob der Begriff der Autonomie für das Heim von Bedeutung sei (was in aller Regel bejaht wird) und was man darunter verstehe ... Was dann Gelegenheit bietet, im Kommentar zur sog. Einstufung darauf aufmerksam zu machen, dass Autonomie mehr als die Wahlfreiheit zwischen Kaffee und Tee, heute oder morgen gebadet werden usw. bedeutet.

Damit möchte unter gar keinen Umständen das Niveau der Argumentation (und es handelt sich ja nur um das Erfassen der Argumentation) lächerlich gemacht werden. Immer ist der Gedanke präsent, dass engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Pflegeheimen die wichtigsten Träger für Veränderungen hin zum qualitativ Besseren sind!

### *Demente Bewohnerinnen und Bewohner*

Während eine grössere Zahl von medizinischen Leitlinien für das Handeln in diesem Bereich existiert, hat jener Ausschnitt, den ich zur Gerontologie zähle, noch nicht jene Solidität an Ausprägungen gefunden,

welche direkt ein Ableiten in Standards erlauben würde. Ich darf noch einmal auf das Kuratorium Deutsche Altershilfe aufmerksam machen: In seinem Qualitätshandbuch „Leben mit Demenz“ (Köln 2001) wird eine grössere Zahl von Ansätzen skizziert, um Zugang zur fremden Welt zu gewinnen.

Aktuell treffen wir in den Heimen in allererster Linie auf Verweise zur Validation. Das Nachfragen führt dann öfters als nicht zu einer Kurzformel wie: „Gelernt haben, in den Schuhen der Bewohnerin zu stehen.“

So kann es gegenwärtig nur darum gehen, in Erfahrung zu bringen, welche Vorkehren wie überlegt (und dann überprüft) im Umgang mit demenziell kranken Bewohnerinnen und Bewohnern getroffen wurden und hellhörig darauf zu achten, ob die Einführung einer Demenzenstation (sog. Special Care Unit) darum in Aussicht genommen wird, weil architektonische Veränderungen das technokratische Ego der Heimleitung stärken. (Dies sehr vereinfachend gesagt!)

## Krankenpflege

### *Dekubitus*

Zur Prävention und zur Therapie von Dekubiti besteht eine grosse Zahl von Standards, welche aus dem wissenschaftlich angereicherten Praxiswissen gewonnen wurden. Dass nicht ein einzelner Standard genügt, dürfte offensichtlich sein, wenn man daran denkt, dass verschiedene Disziplinen involviert sein können, z. B. die Dermatologie, Chirurgie und in einem dramatischen Fall auch die plastische Chirurgie.

Tatsächlich gehört dann aber die Erarbeitung relevanter Standards in die Krankenpflege. Diese verfügt über den breitesten Rahmen der Kenntnisse, welche hier notwendig werden. Wenn unter den Pflegenden verschiedener Institutionen zusammengearbeitet wird, dann ist es auch möglich, für spezifische Gruppen (z. B. Schlaganfall-Patienten, terminale Bewohnerinnen usw.) spezifische Standards zu erarbeiten.

Aus der Praxis darf mitgeteilt werden, dass oft kluge Arbeit mit Bezug auf Dekubiti geleistet wurde. Gleiches dürfte mit Bezug auf die jüngere Vergangenheit für den Fall von Stürzen rapportiert werden.

Sie suchen dann aber vergeblich danach, ob die Umsetzung von Pflegemodellen (Orem, Roper usw.) direkt mit qualitativen Ausprägungen der verschiedensten Art in Verbindung zu bringen ist. Das Fehlen darf nicht etwa der Krankenpflege angelastet werden. Es liegt vielmehr in der Sache selbst, dass komplexe Modell nicht direkt mit „Resultaten“ in Verbindung gebracht werden können.

Immerhin liegt eine beachtliche Zahl von Arbeiten darüber vor, dass zielgerichtetes Arbeiten zu besseren Resultaten führt. Was jetzt sehr einfach formuliert wurde (und auch so tönen mag), ist tatsächlich viel komplexer: Zielgerichtetes Tätigsein in der Krankenpflege verlangt, dass Pflegeprobleme erkannt werden, dass diesen als Pflegeproblemen begegnet wird und dass die getroffenen Vorkehren dann auch mit Bezug auf Pflegeprobleme (und zum Beispiel nicht „gerötete Augen“) überprüft werden.

Mit Bezug auf die Prozessdimensionen (wir beurteilen sie im Rahmen von Q-Plan beim Gegenstand „Pflege – der Prozess“) sind die bisherigen Resultate aus der Beurteilung von gut 150 Heimen nicht so überzeugend, wie wenn wir den Einsatz von Pflegestandards als Teilelement analysieren.

### *Abschliessend zur Struktur der Pflege*

Mit Bezug auf die Strukturqualität existieren genügend viele Studien, welche darlegen, dass zu wenig diplomiertes Personal zu Fehlern führt und dass die Lebensqualität (eben nicht nur die Zufriedenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern) darunter leidet.

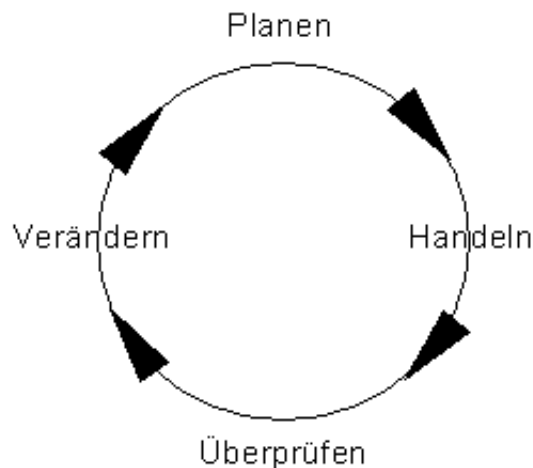
Interkulturell existiert kein Konsens darüber, wie gross der Anteil des diplomierten Personals zu sein hat. Es existiert unter diesen Umständen auch keine Einigung darüber, wie der Mix im Personal (Pflegeassistentinnen, Hilfen, Aktivierungstherapeutinnen usw.) zu sein hat. Unter diesen Umständen ist es einzig sinnvoll vor Ort, d. h. unter Würdigung des aktuellen Einsatzes, der gesteckten und erreichten Ziele

usw., vorläufige Urteile mit Bezug auf die personelle Dotierung abzugeben. Der Tendenz nach empfiehlt unser Beurteilungsteam nicht selten, dass etwas mehr diplomiertes Personal zu gewinnen getrachtet wird – dies selbstverständlich im vollen Bewusstsein um den Tatbestand des Mangels an diplomiertem Personal und der ökonomischen Dimensionen.

Auf jeden Fall können Sie sicher sein, dass irgendwelche staatlich erlassenen Vorgaben den Anteil des diplomierten Personals tiefer ansetzen werden, als wir dies tun. Mit Bezug auf die Krankenkassen wage ich an dieser Stelle kein Urteil, halte aber immerhin fest, dass bis anhin keine inhaltliche Argumentation von dieser Seite präsentiert wurde.

## Langfristig angelegter kollektiver Lernprozess:

- Aus vorläufig gesichertem Wissen Standards ableiten;
- Gemeinsame mit den Anwendern;
- Reliable, faire und motivierende Beurteilung;
- Weitergeben der Erkenntnisse aus den Beurteilungen;
- Neuformulierung von Standards;
- Testen der Standards.



Alles im Kampf gegen die Bürokratisierung:

**Empathie,  
Zuneigung und  
Offenheit.**

Vorläufig gesichertes Wissen ist vorhanden. Dies in unterschiedlicher Ausprägung für die Geriatrie, Gerontologie und die Krankenpflege. Es ist mir wichtig zu betonen, dass auch in der Krankenpflege vorläufig gesichertes Wissen existiert und dass es transformierbar ist in Standards. Diese Standards dienen zum einen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung, zum anderen sind sie als SOLL-Vorgaben Massstäbe für interne und externe Qualitätsbeurteilung.

Dieses vorläufig gesicherte Wissen wird im deutschen Sprachbereich (nach dem Unsinn, welcher in Deutschland zur Qualitätsüberprüfung inszeniert wird und nach dem grossen Schweigen bei den Österreichern wage ich über drei Länder hin zu argumentieren) nur in einem geringen Ausmass für die Qualitätssicherung in Pflegeheimen fruchtbar gemacht.

Notwendig ist ein langfristig angelegter, kollektiver Lernprozess, der jene einschliesst, welche befähigt sind, aus dem vorläufig gesicherten Wissen Standards abzuleiten **und** jene, welche in den Pflegeheimen mit den Standards zu arbeiten hätten. Weiter will ich zu diesem roten Faden keine Ausführungen mehr machen, weil Ihnen allen die Komplexität gegenwärtig ist. Mit dem „Plädoyer für ein gemeinsames Lernen“ wollte dies mitgeteilt werden.

Und noch mehr: Auch wenn es dann scheinbar oder tatsächlich geglückt ist, vorläufig gesichertes Wissen in Standards überzuführen und eine kunstgerechte, reliable, **faire und motivierende** Beurteilung durchzuführen, bleibt die permanente Aufgabe, aus dem Lernen mit der Qualitätsbeurteilung Kenntnisse und Fähigkeiten weiterzugeben, die Instrumente anzupassen, neues Wissen (es kommt Gott sei Dank mit Sicherheit) wieder in Standards überzuführen und immer daran zu denken, die Aufgabe für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an der Front so zu gestalten mitzuhelfen, dass Platz bleibt für Empathie und Zuneigung zu den Subjekten aller unserer Bestrebungen, sowie eine Offenheit dafür, dass die Begegnung mit jedem einzelnen Bewohner und jeder einzelnen Bewohnerin in Pflegeheimen eine menschliche Herausforderung bleibt, welche ebenso anspruchsvoll ist wie das Arbeiten mit Standards.

*Für weiterführende Literaturhinweise siehe bes. die revidierte 2. Auflage von A. Gebert und H.-U. Kneubühler, Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen. Plädoyer für ein gemeinsames Lernen, Verlag Hans Huber, Bern und Göttingen, 2003.*

**Adresse des Referenten: Dr. Alfred J. Gebert, Fluhmattweg 10, 3122 Kehrsatz**

---

**Im pdf-Format zum Download**

[Zum Gerontologietag 2002](#)

[Zur Homepage](#)

[Zum Archiv](#)

Last update: R.Müller a, 15.10.02