

BARTHOLOMEYCZIK, S.

Sinn und Unsinn von Pflegestandards

In: Heilberufe 5/2002, S. 12 - 16

Mit dem politischen Druck auf Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Maßnahmen der Qualitätsentwicklung nachzuweisen, um Grundlagen für wirtschaftliches Handeln zu legen, begann u.a. auch eine emsige Arbeit an der Entwicklung von Standards. Sie findet auf ganz verschiedenen Ebenen statt mit ebenso vielen verschiedenartigen Ergebnissen. Standards können nützlich, aber auch gefährlich sein. Keinesfalls ersetzen sie die Kompetenz einer ausgebildeten Pflegefachkraft. Handlungsabläufe zu vereinheitlichen muss nicht heißen, sie zu verbessern. Alles in allem sind Standards keine Allheilmittel einer sicheren Pflege, sondern stets von Neuem kritisch zu prüfen und zu überdenken.

Babylonische Sprachverwirrung

Die zahlreiche Literatur zum Thema zeugt von einer babylonischen Sprachverwirrung (Trede, 1997). So gibt es z.B. Pflege- und Qualitätsstandards, Durchführungs- und Ablaufstandards; handlungsspezifische und allgemeine Standards; Makro-, Meso-, Mikrostandards; Universal- und Richtlinienstandards; nationale, lokale und internationale Standards, und schließlich Standardpflegepläne - und sicher noch manches mehr. Schließlich gibt es auch noch die Auseinandersetzung, ob man lieber von Standards oder von Richtlinien oder Leitlinien sprechen sollte. Hinzu kommt, dass die Ärzteorganisationen bei der gleichen Qualitätsdiskussion sich für ihren Bereich auf den Begriff Leitlinie festgelegt haben (Gerlinger, 2001). Diese Sprachverwirrung ist nicht nur eine Frage unterschiedlicher Worte, sondern kennzeichnet auch unterschiedliche Inhalte, die aber manchmal denselben Begriffen zugeordnet werden, Abgrenzungen sind keinesfalls immer klar.

Woher kommt der Begriff?

Der Begriff „Standard“ kommt aus dem Englischen und wird in einem englischsprachigen Lexikon als Qualitätsstufe und als Vergleichsmaß beschrieben (Random-House, 1984). Zunächst einmal ist ein Standard eine Norm, ein Richtlinie, also etwas, was man befolgen sollte. Wenn ein bestimmtes berufliches Handeln als Standard formuliert wird, dann liegt dem die Vorstellung zu Grunde, dass es ein nachvollziehbares Wissen zur Grundlegung gibt. Entsprechend bezeichnet die WHO (Weltgesundheitsorganisation, 1987) einen Standard als ein „professionell abgestimmtes Leistungsniveau“. Der Schweizer Pflege-Berufsverband bezeichnet einen Standard als „allgemein zu erreichendes Leistungsniveau“ (SBK-ASL 1990).

In Deutschland wurde 1992 im Rahmen europäischer Bemühungen um die Qualitätsentwicklung in der Pflege eine Koordinationsstelle an der Fachhochschule in Osnabrück- eingerichtet - das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP). Im DNQP einigte man sich auf die folgende

Definition: „Pflegestandards sind ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau [der Pflege, S.B.], das den Bedürfnissen der damit angesprochenen Bevölkerung angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle dieser Pflege mit einschließt“ (Schiemann, 1990). In dieser Definition ist sowohl das Leistungsniveau, das auf einem Expertenkonsens beruht, enthalten, als auch die Forderung nach dessen Operationalisierung, d.h. dieses Leistungsniveau muss messbar und damit überprüfbar sein. Das Leistungsniveau wird insofern noch präzisiert, als es den Bedürfnissen der betreffenden Personen angepasst sein muss – dies ist eine Grundnorm der Pflege.

Neben den unterschiedlichen Begriffen für Standards sind es vor allem die in der Literatur beschriebenen unterschiedlichen und sich teilweise widersprechenden Funktionen der Standards, die Verwirrung stiften (Bienstein, 1996; Trede, 1997). Zusammengefasst kann man zwei sich teilweise widersprechende Ziele ausmachen: Vereinheitlichung der Arbeitsweise und wissensbasierte Lösung von Problemen.

Häufig werden neben diesen direkten Zielen noch Ziele genannt, die als Sekundärfunktionen zu bezeichnen sind. Das sind Ziele, Standards zur Erleichterung der Pflegedokumentation zu nutzen, ein EDV-System damit zu bestücken oder überhaupt nutzbar zu machen, Mitarbeiter/innen danach zu bewerten, Kosten zu fordern bzw. zu kontrollieren. Außerdem gibt es natürlich berufspolitische Ziele, wenn man mit Standards die Vorstellung verbindet, dass der Anteil von Pflege in der Gesundheitsversorgung besser sichtbar zu machen ist.

Erstes Ziel: Einheitliche Durchführung von Pflegemaßnahmen

Standards zur Vereinheitlichung der pflegerischen Arbeit beziehen sich auf Handlungsabläufe, die von allen Pflegenden gleichermaßen zu befolgen sind. Hier soll verhindert werden, dass Pflegenden aus verschiedenen Schulen verschiedene Handlungsstrategien anwenden. Darüber hinaus hoffen viele Pflegedienstleitungen, mit derartigen Arbeitsablaufstandards mögliche Wissenslücken zu füllen. Unterstellt wird, dass eine Vereinheitlichung eines derartigen Arbeitsablaufs gleichzusetzen ist mit einer Verbesserung. Konsequenterweise wird ein derartiger Standard häufig auch als Dienstanweisung gehandhabt.

Als Beispiel für diese Art von Standards ist ein Buch zu Pflegestandards für die Altenpflege zu nennen, das 1996 erschienen ist. Hier werden zunächst Grundsätze für Pflegemaßnahmen erklärt und dann ein Standard mit Vorbereitung, Durchführung, Qualitätssicherung und einem Punkt „zu beachten“ beschrieben. Bei der Körperwäsche steht z.B. „Durchführung möglichst am Waschbecken (Waschschüssel hineinstellen) oder im Bett (bei Oberkörperhochlagerung). Kontraindikationen beachten.“ Als Material sollen u.a. genommen werden „eine zweiteilige Waschschüssel, drei Handtücher, davon eines als Sitzunterlage, zwei Waschlappen, davon einer als Einmalwaschlappen für die Intimpflege“ etc. (Korecic, 1996). Unter Qualitätssicherung steht: „Wahl der Hautpflegemittel entspricht dem Hauttyp, Hilfsmittel werden bedürfnisorientiert eingesetzt, wöchentliche Evaluation.“

Andere Veröffentlichungen mit Standards sehen ähnlich aus. So enthält ein 1999 erschienenes Buch zu Pflegestandards für alle Altersgruppen von Pflegebedürftigen (Martin, 1999) bei der Ganzkörperwäsche ähnliche Hinweise, nur wesentlich kürzer, in Stichwortform gegliedert nach Zweck, Hinweise, Material, Durchführung. Beispiel: „Durchführung: 1. Patient in bequeme Lage bringen, 2. Mögliche Reihenfolge Hände bis Füße, Waschwasserwechsel, Intimbereich vorne, Rücken“ [Warum bloß den Rücken nach dem Intimbereich? S.B.]. Immerhin enthält dieser Standard als „Zweck: Reinigung, intakte Haut, Wohlbefinden des Patienten“ (ebenda S. 132).

Was an diesen Beispielen ist nun das abgestimmte Leistungsniveau oder die gute Qualität? Waschen möglichst am Waschbecken? Die Reihenfolge der Körperteile? Warum muss im einen Beispiel die Waschschüssel zweiteilig sein? Es wird zwar darauf hingewiesen, dass etwas bedürfnisorientiert gemacht werden bzw. Gewohnheiten beachtet werden sollen, aber nicht, wie dies im Rahmen der Vor-

schriften zu bewerkstelligen ist. Die Tatsache, dass pflegerische Maßnahmen immer Ergebnis einer Interaktion sein sollten, in eine Beziehung eingebettet sein sollen – da sonst die schönste Ganzkörperwäsche erniedrigen und Widerwillen hervorrufen kann –, verschwindet hinter einer derartigen Beschreibung völlig. Wäre es darüber hinaus nicht viel wichtiger, Hilfestellung zur Anwendung von Hautpflegemitteln zu geben? Welche sind bei welchem Hauttyp zu empfehlen? Wäre es nicht sinnvoller, Hilfestellung zur Einschätzung z.B. des Hauttyps zu geben?

Insgesamt machen derartige Standards zur Standardisierung von Arbeitsabläufen den Eindruck, ausschließlich für Pflegende gedacht zu sein, die noch nie etwas mit Pflege in derartigen Situationen zu tun gehabt haben. Im Einführungsteil des Buches von Martin ist dann auch zu lesen, dass sich die Standards nicht an Experten wenden (Martin, 1999). Heißt das, dass Experten durchaus andere Arbeitsabläufe wählen können oder dass sie sowieso dasselbe wie im Standard beschrieben tun werden? Wie sind dann verschiedene Standards zu erklären?

Angesichts der noch rudimentären Entwicklung der Pflegeforschung ist die Gleichsetzung von Vereinheitlichung und Verbesserung eine äußerst fragwürdige Unterstellung. s könnten ja auch völlig falsche Handlungsstrategien vereinheitlicht werden. Abgesehen davon ist eine derartige Standardisierung unter dem Aspekt der Bewohner- oder Patientenorientierung grundsätzlich fragwürdig.

Eine Maßnahme, und natürlich auch die der Körperpflege, hängt von Anlass und Ziel ab. So muss doch zuallererst die Frage geklärt werden, wie es mit den Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen aussieht, welche Bedürfnisse und Gewohnheiten sie haben. Und schließlich: Soll die Körperpflege einer Person mit Schlafstörungen zu einer besseren Nachtruhe verhelfen? Oder soll sie zu einem aktiven Tag ermuntern und mit Bewegungsförderung verbunden werden?

Wenn diese Standards also für Menschen ohne Pflegekenntnisse geschrieben sind, sind sie genau deswegen wenig hilfreich, weil die entscheidende Informationen zum Erkennen und Beurteilen von Anlass und Ziel fehlen. Leider schlägt sich in derartigen Standards ein Fehler früherer Pflegeausbildung nieder, als diese Handlungsabläufe in der Ausbildung als zentrale Bestandteile wie Rituale gelehrt wurden – und wehe, jemand wich davon ab! Wenn aber Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen oder Selbstbestimmtheit wie es im SGB XI heißt – so wichtig sind, dann ist die Zahl des Waschwasserwechsel oder die Benennung des Körperteils, mit dem die Wäsche anfangen soll, sekundär im Vergleich zu der Herstellung der Beziehung zu den Pflegebedürftigen und deren Ausgestaltung. Das aber lässt sich nicht standardisieren, sondern sollte zentraler Bestandteil pflegerischer Kompetenz sein.

Nach der Kenntnis derartiger Standards lassen sich sehr gut die Vorurteile nachvollziehen, die besagen, dass Pflege etwas für Leute mit geringen intellektuellen Ansprüchen sei und von jedermann und vor allem jeder Frau jederzeit nebenbei erlernbar. Das notwendige Wissen kann in Checklisten auf den Stationen eingesehen werden. Und es bedarf nur einer x-beliebigen Arbeitsgruppe, um diese noch einmal selbst zu entwickeln.

Zweites Ziel: Wissensbasierte Problemlösung

Ein Standard beschreibt auf der Grundlage des nachweisbaren Wissensstandes die bestmögliche Lösung eines Problems, z.B. die Entstehung eines Dekubitus vermeiden. Mit diesem zweiten Ziel wird natürlich auch eine Vereinheitlichung zumindest von Entscheidungsgrundlagen in vergleichbaren Situationen hergestellt. Diese Art voll Standard sieht völlig anders aus als die erstgenannte.

Ein derartiger Standard muss die Flexibilität im Hinblick auf eine Bewohner/ Patientensituation unterstützen und hierzu Hilfestellungen anbieten. Er muss Möglichkeiten und vor allem die Bedingungen

aufzeigen, unter denen eine Entscheidung in die eine oder die andere Richtung gefällt werden muss. Diese mit Dienstanweisungen zu verbinden, wäre widersinnig, da es hier nicht um in jedem Fall einheitliches Handeln geht, sondern um das jeweils angemessene Handeln. Die Bedingungen, vor allem die individuellen Bedingungen für das Handeln, rücken in den Vordergrund. Das einzige, was hier angewiesen werden könnte, wären der Nachweis der notwendigen inhaltlichen Kenntnisse und deren richtige Anwendung. Grundlage müssen zunächst das systematische Fachwissen, die Forschungsergebnisse und die genaue Beurteilung der Qualität derartiger Forschungsergebnisse sein. Ein auf diese Weise entwickelter Standard kann dann einen Beitrag zur wissensbasierten (evidence-based) Pflegepraxis leisten.

Und noch etwas unterscheidet sich hier grundsätzlich von der ersten Art von Standards: Hier werden Fachkenntnisse vorausgesetzt, die eine Beurteilung und Entscheidung auf einer fundierten Basis ermöglichen.

Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege

Vor zwei Jahren wurde in Deutschland zum ersten Mal ein nationaler Expertenstandard in der Pflege veröffentlicht, wie dies auch in anderen Ländern längst der Fall ist. Er befasst sich mit einem der ältesten als besondere Herausforderung an eine gute Pflege beschriebenen Problem, nämlich der Vermeidung eines Dekubitus (DNQP, 2000). Dieser Expertenstandard enthält nicht eine einzige mit den obigen Beispielen der Ganzkörperwäsche vergleichbare Handlungsanweisung und setzt vor allem ein ausgeprägtes fachliches Wissen voraus.

So wird z.B. formuliert: „Die Pflegefachkraft leitet auf der Grundlage der Risikoeinschätzung für alle identifizierten Risikofaktoren weitere Interventionen ein, die bspw. die Erhaltung und Förderung der Gewebetoleranz betreffen.“ In den Erläuterungen wird dies genauer beschrieben: Es sollen Maßnahmen vermieden werden, die den Wasser-Lipid-Haushalt und den Säureschutzmantel der Haut beeinträchtigen. Das bedeutet, dass alkalihaltige Seifen oder tensidintensive Syndets hier absolut kontraindiziert sind. In dem nationalen Standard wird auch darauf hingewiesen, dass je nach Bedürfnis des Pflegebedürftigen auf tägliches routinemäßiges Reinigen der Haut zu verzichten sei. Klares Wasser und evtl. ph-neutrale Waschzusätze sind ausreichend. Dann werden eine Reihe nicht zu verwendender Hautpflege-mittel, wie Vaseline, Zinkpaste (weil sie die Haut verschließen), desinfizierende Waschzusätze, die die Haut austrocknen (wie Franzbranntwein oder Alkohol), gerbende Substanzen usw. aufgezählt.

Der Expertenstandard enthält sieben Teile, die jeweils gegliedert sind in Aussagen zu Struktur, Prozess und Ergebnis. Die Struktur betrifft bei diesem Standard in der Regel die Kenntnisse und Fähigkeiten der Pflegefachperson. So wird zu dein obigen Beispiel geschrieben: „Die Pflegefachperson kennt neben Bewegungsförderung und Druckreduktion weitere geeignete Interventionen zur Dekubitusprophylaxe, die sich aus der Risikoeinschätzung ergeben.“ Als Ergebnis wird formuliert: „Die durchgeführten Interventionen zu den Risikofaktoren sind dokumentiert.“ Die Dokumentation ist ein leicht überprüfbares Kriterium, wobei unterstellt wird, dass dokumentierte Interventionen mit durchgeführten identisch sind. Als Gesamtergebnis dieses Standards wird davon ausgegangen, dass der Pflegebedürftige keinen Dekubitus hat. In den Erläuterungen wird hierzu ausgeführt, dass dieses Ergebnis nicht immer zu erreichen ist, entweder weil die prophylaktischen Maßnahmen nicht konsequent angewendet werden können, weil andere Prioritäten wichtiger sind (z.B. in der Sterbephase) oder aus anderen Gründen die Wirkung der prophylaktischen Maßnahmen behindert wird.

Dieses Beispiel zeigt,

- wie wichtig es ist, Pflegemaßnahmen auf die individuelle Situation der Pflegebedürftigen auszurichten,
- dass die eingangs genannten Standards zur Ganzkörperwäsche z.B. bei dekubitusgefährdeten Menschen in manchen Bereichen schlicht kontraindiziert sind oder modifiziert werden müssen,
- dass man nicht „aus dem hohlen Bauch heraus“ derartige Standards entwickeln darf.

Grundvoraussetzung einer Standardempfehlung muss der Nachweis der Effektivität der Maßnahmen oder zumindest deren Unschädlichkeit sein. Aus diesem Grunde halte ich auch die so gut gemeinte Entwicklung von Standards in Qualitätszirkeln nach der Maßgabe „Wir haben damit gute Erfahrungen gemacht“ nicht für zulässig. Mit dem Wohl von Pflegebedürftigen so umzugehen, als brauche man nur die bekannte geschickte Hand und das gute Herz, ist fahrlässig und gefährlich. Im nationalen Standard zur Dekubitusprophylaxe wurden übrigens über 150 Literaturstellen ausgewertet. Obwohl dieser Themenbereich das Thema der Pflege ist und auch einige Forschungsergebnisse dazu vorliegen, ist bei vielen Maßnahmen immer noch nicht bekannt, ob sie wirklich so effektiv sind, wie das allgemein angenommen wird. Die Norm, immobile Patienten zweistündlich umzulagern, scheint z.B. rein anekdotischer Natur zu sein. Sie hat sich eingebürgert, weil Florence Nightingale mit ihren Mitarbeiterinnen zwei Stunden benötigte, um alle verletzten Soldaten auf ihrer Station zu drehen. Notwendige Zeitabstände sind nach wie vor unklar (Clark, 1998; DNQP, 2000). Auch bei dem nationalen Standard haben sich die Expert/innen auf die Inhalte nach einem wissenschaftlichen Diskurs im Konsens geeinigt, weil es nicht immer übereinstimmende Forschungsergebnisse gibt.

Nebenbei sei darauf hingewiesen, dass der nationale Standard zur Dekubitusprophylaxe keineswegs dafür geeignet ist, die Mühen der Dokumentation zu erleichtern. Der Hinweis in der Dokumentation „Dekubitusprophylaxe nach Standard“ sagt nichts aus, weil er ein breites Spektrum von möglichen Methoden enthält und alle möglichen Situationen Pflegebedürftiger einbezieht. Man könnte allerdings in bestimmten Bereichen weitere Detailstandardisierungen hausintern vornehmen, so z.B. die Empfehlung eines bestimmten Assessmentinstruments zur Risikoeinschätzung, gerade weil wissenschaftliche Ergebnisse nicht eindeutig für eine der Skalen sprechen.

Ein derartiger nationaler Standard verkörpert den (zeitbezogenen) Stand des Wissens zu diesem Themenbereich, der auch bei den Fachpersonen vorausgesetzt werden sollte. Mit diesem Anspruch wird ein solcher Standard dann auch Ausgangspunkt für rechtliche Verfahren für unsachgemäße Pflege und damit wiederum Pflicht für Pflegefachpersonen. Das Wichtigste bei einem Standard ist, dass dieser bei der Fachperson das Denken anregen und nicht ausschalten sollte. Kleinteilige Handlungsstandards vermitteln eher den Eindruck, dass sie Vorschriften enthalten, die ohne genauere Kenntnis der Begründung angewendet werden sollen. Die Befolgung der letzteren verhindert keineswegs die Anschuldigung, unsachgemäß gepflegt zu haben (vgl. Pflege intern, 2002).

Ein weiteres wesentliches und verwirrendes Problem besteht darin, dass ein Leistungsstandard mit der Standardisierung des Ablaufs einer Pflegemaßnahme verwechselt werden kann. Eine derartige Standardisierung ist aber völlig kontraindiziert, wenn die Situation der Pflegebedürftigen etwas anderes erfordert. Daher kann ein Standard zwar Bestandteile enthalten, die auch standardmäßig angewandt werden müssen, aber kaum einen ganzen Ablauf im Zusammenhang mit einer pflegerischen Interaktion. Bei einem Standard zur Körperwäsche kann es also gerade nicht um eine Standardisierung im Sinne „jede Körperwäsche erfolgt in der gleichen Art und Weise“ gehen.

Die meisten Standards der beschriebenen Art am Beispiel der Ganzkörperwäsche sind Stichwortsammlungen, die vielleicht für eine Anfängerin in der Pflegepraxis hilfreich sein können, wenn sie dazu die Begründungen und die Variabilitäten lernt. Sie sind keinesfalls ein Ersatz für die fehlende Ausbildung,

wie wohl bei der oft geringen Anzahl Ausgebildeter in manchen Bereichen gehofft wurde. Im Gegenteil: Derartige Standards sind bei Helfer/innen noch gefährlicher als bei Ausgebildeten.

Fazit für die Praxis

Die amerikanische Pflegewissenschaftlerin Deborah Gordon, die Standards gegenüber durchaus kritisch eingestellt ist, nennt auch wichtige positive Funktionen (Gordon, 1994).

Leitlinien oder Standards können quasi als Landkarte dienen: Sie bieten damit eine Möglichkeit zum Ausgleich praktischer Defizite als

- Lernanleitung
- Ausdehnen von Sachkenntnis (bei Fehlen von Expert/innen)
- Gedächtnisstütze, Sicherheitsnetz
- Wegweiser durch schwieriges Gebiet (Kompass).

Sie können weiterhin als Grundlage für Übereinstimmung genutzt werden, vor allem dann, wenn ein gemeinsames Verständnis fehlt.

Kein Standard kann ein Lehrbuch ersetzen, er kann vor allem keine gute Ausbildung ersetzen. Und: Ein Standard ist immer nur so lange gültig, wie die zu Grunde liegenden Kenntnisse nicht überholt sind, d.h. er muss ständig überprüft werden.

Literatur

BIENSTEIN, C. (1996): Pflegestandards und Qualitätssicherung. In: Qualitätssicherung in der Pflege. Dokumentation der Fortbildung für Pflegenden auf dem Hessentag am 29.6.1995 (E. Hessisches Ministerium für Umwelt, Jugend, Familie und Gesundheit, ed.). Hausdruck, Wiesbaden.

CLARK, M. (1998): Repositioning to prevent pressure sores - what is the evidence? Nursing Standard 13, 58-64

DNQP (2000): Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege: Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse. Fachhochschule Osnabrück.

GERLINGER, T.; HEISKEL, H.; HERRMANN, M. et al. (2001): Leitlinien. Argument. Hamburg.

GORDON; D.R. (1994): Zum Gebrauch und Missbrauch formaler Modelle in der Krankenpflegepraxis. In Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. (P. Benner, ed.). Huber. Bern, 218-235

KORECIC, J. (1996): Pflegestandards Altenpflege. Springer. Berlin.

MARTIN, J. (1999): Pflegestandards. Grundlagen und Beispiele. Kohlhammer. Stuttgart.

PFLEGE INTERN (2002): Selbst auf einen Standard können sich Pflegekräfte nicht immer verlassen. Pflege intern, 10.

RANDOM HOUSE (1984): The Random House College Dictionary. Random House. New York.

SSK-ASI (1990): Qualitätsnormen zur Ausübung der Gesundheits- und Krankenpflege (Pflegestandards). Schweizer Berufsverband für Krankenschwestern und Krankenpfleger. Bern.

SCHIEMANN, D. (1990): Grundsätzliches zur Qualitätssicherung in der Krankenpflege. Deutsche Krankenpflegezeitschrift 43, 526 - 529.

TREDE, I. (1997): Von babylonischen Sprachverwirrungen. Eine Literaturanalyse über Ziele und Merkmale von Pflegestandards. Pflege 10, 262 - 272.

WHO - Weltgesundheitsorganisation (1987): Die Rolle des Beraters bei der Qualitätssicherung in der Pflegepraxis. Bericht über eine WHO-Tagung. Den Haag.