


KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn



**KatHO NRW**  
Aachen | Köln | Münster | Paderborn  
Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen  
Catholic University of Applied Sciences

## Fesselnde Beziehungsarbeit?

Fachtagung:  
'Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz'

18. Dezember 2018

Prof. Dr. Manfred Borutta  
Katholische Hochschule NRW, Abt. Aachen

Prof. Dr. Manfred Borutta

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn



Prof. Dr. Manfred Borutta

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

1. Was gilt es zu beachten? Gesetzliche Anforderungen
2. Was wissen wir? (Studienergebnisse, Prävalenzdaten...)
3. Warum ist es wichtig, Kontexte mitzudenken?
  - ‚Die Gleichzeitigkeit des Anderen‘
4. Warum ‚Mehr desselben‘ nicht weiter hilft...

Prof. Dr. Manfred Borutta

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**Gesetzlicher Kontext – GEPA NRW**

Prof. Dr. Manfred Borutta

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**Übergreifendes Reformgesetz** für das gesamte Landesrecht zum Thema Alter und Pflege (Artikelgesetz)

**Art. 1 GEPA:**

**Alten- und Pflegegesetz (APG NRW)**  
Weiterentwicklung des bisherigen Landespflegegesetzes aus 2003

**Art. 2 GEPA:**

Überarbeitung des **Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG)** aus 2008

Prof. Dr. Manfred Borutta 5

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**§ 8 WTG – Gewaltprävention, freiheitsbeschränkende und -entziehende Maßnahmen**

- (2) **Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen sind auf das unbedingt notwendige Maß zu beschränken** und unter Angabe der Genehmigung des Betreuungsgerichts oder der rechtswirksamen Einwilligung der Nutzerin oder des Nutzers sowie der oder des für die Anordnung und Überwachung der Durchführung der Maßnahme Verantwortlichen zu dokumentieren.
- Sofern im Rahmen des Angebotes freiheitsbeschränkende oder freiheitsentziehende Maßnahmen umgesetzt werden, müssen die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter schriftlich in einem **Konzept** Möglichkeiten der Vermeidung freiheitsbeschränkender und freiheitsentziehender Maßnahmen festlegen.
- Die Beschäftigten sind mit Alternativen zu freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen vertraut zu machen.

(§ 8 des WTG NRW, Drs.: 16/3388, S. 29)

Prof. Dr. Manfred Borutta 7

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**§ 8 WTG – Gewaltprävention, freiheitsbeschränkende und -entziehende Maßnahmen**

- (1) Die Leistungsanbieterinnen und Leistungsanbieter treffen geeignete Maßnahmen zum Schutz der Nutzerinnen und Nutzer vor jeder Form der Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte.

(§ 8 des WTG NRW, Drs.: 16/3388, S. 29)

Prof. Dr. Manfred Borutta 6

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**Zusammenfassung: Vermeidung von freiheitsbeschränkenden und freiheitsentziehenden Maßnahmen (§ 8 WTG)**

- Maßnahmen zum Schutz der Nutzerinnen und Nutzer
  - Vermeidung jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschl. ihrer geschlechtsspezifischen Effekte
- Beschränkung von FEM auf das unbedingt notwendige Maß (*ultima ratio*) und unter Angabe der Genehmigung des Betreuungsgerichts
- Konzeptionelle Festlegung von Möglichkeiten der Vermeidung von FEM
- Pflegekräfte müssen mit Alternativen zu FEM vertraut gemacht werden

Prof. Dr. Manfred Borutta 8

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

### Wann reden wir von FEM - Definitionsansatz

- Vorrichtungen, Materialien oder Gegenstände, die am oder in der Nähe des Körpers der Person angebracht werden  
*und*
- sich von dieser nicht leicht entfernen oder kontrollieren lassen  
*und*
- die körperliche Bewegungsfreiheit einschränken oder in der Absicht verwendet werden, willkürliche Positionswechsel und/oder den Zugriff auf den eigenen Körper zu verhindern.

(Joanna Briggs Institute 2002, Sydney)

Prof. Dr. Manfred Borutta 9

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

### Was wir wissen... Studienergebnisse und Prävalenzdaten zum Thema

Prof. Dr. Manfred Borutta 11

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

### Anforderungen in der Pflege dementiell veränderter Menschen

Pflege als personennahe Dienstleistung hat Grenzen, da sie stets unter **Ungewissheitsstrukturen** arbeiten muss, die gekennzeichnet sind durch...

- hohe Interaktionsintensität,
- uno acto-Anforderungen

⇒ ‚Herstellung‘ und ‚Konsum‘ der ‚Dienstleistung Pflege‘ erfolgen zeitgleich

Patient\*in/Bewohner\*in ist stets **Koproduzent\*in** (nicht Objekt), d.h.,

- Seine/ihre Mitwirkung ist Grundvoraussetzung der DL-Erbringung
- Effektivität und Effizienz der DL Pflege sind somit von
  - der individuellen **Motivationsfähigkeit** und
  - den individuellen **Mitwirkungsmöglichkeiten** der Bewohner\*in abhängig

Das Auftreten von Störungen und Risiken ist nach Zeitpunkt, Umfang und Qualität ungewiss.

Prof. Dr. Manfred Borutta 10

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

- Zwischen 5 – 10 % der HB in Deutschland körpernah fixiert.
- Bei 20 – 30 % der HB werden darüber hinaus andere Bewegungseinschränkungen angewandt.
- Mehr als 90 % der angewandten Fixierungen werden mit Sturzgefahr begründet
- Eine einmal getroffene Entscheidung für eine Fixierung führt zu längerfristigen und dauerhaft über viele Stunden angewandte Fixierungsmaßnahmen.
- Die Immobilisation führt zu Dekonditionierung (Verminderung der körperlichen Leistungsfähigkeit) und Stress.
- Fixierungen können erhebliche Nebenwirkungen verursachen:
  - Quetschungen, Nervenverletzungen, Ischämien, Strangulation, plötzlicher Herztod, etc.

(Klie/Pfundstein 2002; Becker et al., 2003; Köpke et al., 2015.)

Prof. Dr. Manfred Borutta 12

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

Ca. 50 % der Bewohner\*innen von Pflegeeinrichtungen in Deutschland werden mit Psychopharmaka behandelt.

- Medikamentenneben- oder -wechselwirkungen sind im Alter nicht selten Ursache für Verhaltensauffälligkeiten und Stürzen.
- Unter sedierenden Psychopharmaka ist eine Verdopplung des Sturzrisikos beschrieben.
- Problematisch in Deutschland:
  - Übersorgung mit sedierenden Psychopharmaka
  - Unterversorgung mit Antidepressiva und Antidementiva

(Perrar et al., 2011, Köpke et al., 2015; Borutta, Isfort 2008)

Prof. Dr. Manfred Borutta 13

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

- Unmittelbarer Zusammenhänge zwischen institutionellen Merkmalen (Zusammensetzung des Pflegepersonals) und der Anwendung von FEM sind uneindeutig (Meyer et al. 2015).
- Zusammenhänge zwischen bestimmten Bewohnermerkmalen (kognitive Beeinträchtigungen, Unruhe, verbale Agitation, inadäquater Umgang mit Gegenständen, Aggression) und der Anwendung von FEM können bestätigt werden (Huizing 2008).
- Nationale Berichterstattungen und Fallserien über tödliche und nicht-tödliche Unfälle mit Bettgittern belegen, dass ihre Anwendung nicht zwangsläufig sicher und nebenwirkungsarm sein muss (Mohsenian et al. 2003, O'Keefe 2004).
- Die Reduktion von FEM geht **nicht** mit einer Erhöhung von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen einher (Capezuti 2004).

Prof. Dr. Manfred Borutta 15

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

- Dosierungen mit Psychopharmaka sind entweder unangemessen hoch (Neuroleptika, Benzodiazepine) oder sie werden oft – ohne Dosisreduktion – zu lange gegeben
  - Bei bis zu 30 Prozent der Bewohner, die psychotrope Medikamente erhalten, liegt keine psychiatrische Diagnose vor (Molter-Bock et al., 2006)
- Es besteht – im Kontrast zur Verordnungspraxis – eine unzureichende Evidenz für eine effektive Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz mit den meisten Psychopharmaka (Perrar et al. 2011)
  - Deutliche Vernachlässigung von vorliegenden Forschungsbefunden im Hinblick auf fehlende Wirksamkeit und adverse Effekte bei geriatrischen Patienten (Meyer et al. 2008)

Prof. Dr. Manfred Borutta 14

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

### Weitere Forschungsbefunde

#### Zur Rolle der Akteure (Pfleger) und der Organisation

- Den Pflegenden kommt eine zentrale Rolle bei der Frage der Häufigkeit der Anwendung von FEM zu:
  - „Obwohl freiheitseinschränkende Maßnahmen einer Kontrolle durch Ärzte und Gerichte unterliegen, geben Pfleger häufig den Anstoß zur Sedierung und Fixierung.“  
(BMFSFJ 2002 und DIP/SR Aachen 2008, S. 27)
- Es gibt „...ausgeprägte Unterschiede zwischen den Pflegeheimen in der Häufigkeit der Anwendung von FEM“  
(Köpke, S. et al.: FEM-Leitlinie, 2012, S. 14)


Prof. Dr. Manfred Borutta 16

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Weitere Forschungsbefunde

#### Ausgeprägte Zentrumsunterschiede in den Einrichtungen

- Der Anteil der Bewohner mit mind. einer FEM beträgt zwischen 4% und 59% (vgl. Köpke et al. 2012, S. 26)
  - in vier Einrichtungen: 4% - 8%
  - in acht Einrichtungen: 10% - 20%
  - in sieben Einrichtungen: 22% - 30%
  - in drei Heimen: 30%-37%
  - in sieben Einrichtungen 41%-49%
  - in einer Einrichtung: 59%



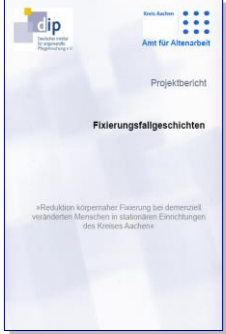
Prof. Dr. Manfred Borutta 17

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Projekt Fixierungsfallgeschichten in der StädteRegion Aachen

„So einfach, wie die da draußen denken, machen wir es uns hier drinnen nicht.“

Herunterladbar unter:  
[www.pflege-regio-aachen.de](http://www.pflege-regio-aachen.de)  
 ⇒ Projekte ⇒ Fixierungsprojekt  
 ⇒ Projektbericht



Prof. Dr. Manfred Borutta 19

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Weitere Forschungsbefunde

#### Hauptgründe für die Anwendung von FEM (Köpke et al., 2015)

#### Patientenorientierte Gründe

- Sicherheit vor Sturz
- Agitation des Patienten/Bewohners
- Umherwandern
- Kontrolle von Verhalten

#### Organisations- und personalorientierte Gründe

- (Unklare) Rechtliche Verantwortung des Personals
- Strukturelle Merkmale (wie Personalbesetzung)

#### Behandlungsorientierte Gründe

- Verhinderung der Unterbrechung von medizinsicher/pflegerischer Behandlung

#### Sozialorientierte Gründe

- Vermeidung von Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld (Angehörige, Mitpatienten/Mitbewohner)


Prof. Dr. Manfred Borutta 18

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Ergebnisse der Untersuchung in der StädteRegion Aachen

#### Mitarbeiterebene:

- Spannungsfeld „Mut versus Vorsicht“
- Pflegende als Initiatoren von FEM (meist gemeinschaftlich)
- Teamdynamik!
- Alternativen wurden vorher durchdacht  
**(Achtung: Frage der Systematisierung)**



#### Leitungsebene:

- Rolle, Kompetenz und Engagement der Leitung hoch relevant
- Erhebliche Qualifizierungsbedarfe (vgl. Dürrmann et al. 2005)

Prof. Dr. Manfred Borutta 20

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Ergebnisse der Untersuchung in der StädteRegion Aachen


**Kooperationen mit den Angehörigen:**

- Vorbereitung der und Zusammenarbeit mit den Angehörigen hoch relevant

**Weitere problematische Bereiche:**

- Unsicherheiten in der Nacht
- Unsicherheiten in der rechtlichen Bewertung
- Anwendung von Abwägungsprozessen (pro und contra Fixierung)
- Probleme in der Kooperation mit Kassen (Sturzfolgeprozesse)
- Demenziell veränderte Menschen im Krankenhaus (vgl. Schaeffer/Wingenfeld 2008)

(Abschlussbericht Fixierungsfallgeschichten DIP Köln/Kreis Aachen 2008)



Prof. Dr. Manfred Borutta 21

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Zur Evidenz und Wirksamkeit des ReduFix-Ansatzes

#### Stellungnahme der Evidenzbasierten Praxisleitlinie FEM

(Köpke et al. 2012, 22 u. 88 und 2015)

- Die ReduFix-Studie blendet die möglichen Wechselwirkungen zwischen personalen und organisationalen Faktoren aus:
- „Die bisherigen statistischen Analysen sind nicht auf die Bewohner und nicht auf die Merkmale der Einrichtungen bezogen (sog. Clusteradjustierung).“
- Die „ReduFix-Studie“ konnte von den Wissenschaftlern der FEM-Leitlinie nicht in die Analyse der Wirksamkeit von Schulungsprogrammen mit eingeschlossen werden, „...da bislang keine ausführlichen Ergebnisse publiziert sind und die Autoren (der ReduFix-Studie) auf Anfrage mitteilen, dass die Daten zurzeit nicht zur Verfügung gestellt werden können.“

Köpke, S.; Gerlach, A.; Möhler, R.; Haut, A.; Meyer, G.: Leitlinien FEM. Evidenzbasierte Praxisleitlinie Vermeidung von freiheitseinschränkenden Maßnahmen in der beruflichen Altenpflege. Hamburg, Witten 2012

Prof. Dr. Manfred Borutta 23

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Ergebnisse der Untersuchung in der StädteRegion Aachen

#### Wechselwirkung unterschiedlicher Faktoren

- Qualifikation, Berufserfahrung, Risikobereitschaft und Haltung von Führungskräften (Heim- und Pflegedienstleitungen)
- Teamdynamik in den Pflgeteams
- Kultur (incl. Hierarchie) in den Pflegeeinrichtungen (DIP/SR Aachen 2008)

**Devise: Änderung geht nur über Selbständerung!**


Prof. Dr. Manfred Borutta 22

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Zur Evidenz und Wirksamkeit des ReduFix-Ansatzes

#### Trivialisierung des Problems

- „Fixierung kann ohne negative Konsequenzen reduziert werden. Es stehen zahlreiche Alternativen zur Verfügung.“ (Abschlussbericht ReduFix, Freiburg 2008, S. 26)
- „Der Einsatz technischer Hilfen zur Personen-überwachung, Kommunikation und Unfallprävention spielt eine wichtige Rolle in den zukünftigen Überlegungen. (...) Wir denken, dass hier weitere Entwicklungspotenziale vorhanden sind.“ (Abschlussbericht ReduFix, Freiburg 2008, S. 45)



Prof. Dr. Manfred Borutta 24

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Zur Evidenz und Wirksamkeit des ReduFix-Ansatzes

DIP-Studie:

- „Das Thema der Alternativen über technische Hilfsmittel (wie Sensormatten, rutschfeste Socken, Hüftprotektoren, geteilte Bettgitter etc.) ist den Pflegenden **hinreichend bekannt**. Diese Hilfsmittel werden in der Pflegepraxis regelmäßig mit einbezogen.“  
(DIP/SR Aachen, 2008, S. 43)

„Die Verhinderung von Neufixierungen durch den ReduFix-Ansatz kann empirisch **nicht belegt werden**.“  
BPA-Studie zum Umgang mit FEM (2012, S. 18)

Prof. Dr. Manfred Borutta 25

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Zur Wirksamkeit pflegerischer Interventionen

...und zur Haltbarkeit mancher Interventions-Mythen

- Verbindlich (**pflegewissenschaftlich hinreichend begründet**) in Erwägung gezogen werden können lediglich folgende Intervention:
  - Spezifische Betreuungsformen von Bewohnern mit Demenz
  - Personenzentrierte Pflege
  - Maßnahmen zur Umgebungsgestaltung
  - Signalsysteme
  - Tierkontakte
  - Aromatherapeutische Maßnahmen

(Köpke et al., 2015)

Prof. Dr. Manfred Borutta 27

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Zur Wirksamkeit von Leitlinien, Standards etc.

- „Für die klinische Wirksamkeit von Standards, Leitlinien und (gesetzlichen) Rahmenempfehlungen zur Reduktion von FEM in Alten- und Pflegeheimen liegen derzeit **keine Evidenzen vor**.“  
(Köpke et al., 2015)
- „Es fehlen bislang sorgfältig entwickelte Entscheidungshilfen zur Ermöglichung von SDM“ (*shared decision making*)  
(Köpke et al., 2015)



Herbeiführung kollektiv bindender Entscheidungen in der Pflege demenziell veränderter Menschen

Prof. Dr. Manfred Borutta 26

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

„Die Gleichzeitigkeit des Anderen“

Freiheitsentziehende Maßnahmen aus einer polykontexturalen Perspektive –

Warum es wichtig ist, Kontexte mitzudenken.


Prof. Dr. Manfred Borutta 28

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

„Die Gleichzeitigkeit des Anderen“ (W. Vogd, 2011)  
Warum es wichtig ist, **KONTEXTE** mitzudenken.

**Polykontexturale Kompetenz** (F.B. Simon, 2018)

„Akteure, die in einer funktional differenzierten (Welt-) Gesellschaft agieren, müssen in der Lage sein, zwischen unterschiedlichen Funktionssystemen (= Kontexten) zu unterscheiden und sich als Teilnehmer ihrer Aktionen den – jeweils unterschiedlichen – Spielregeln (= deskriptive, präskriptive ... Regeln) dieser gesellschaftlicher Subsysteme anzupassen!“



Prof. Dr. Manfred Borutta 29

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**Wozu Polykontexturalität?**

**Professionelles Handeln und organisationale Kontexte**

Durch die Erweiterung der Beobachtung im Hinblick auf die jeweiligen **organisationalen** und **gesellschaftlichen** Kontexte [W. Vogd (2011): *Polykontexturalität*] wird die je **spezifische Indexikalität** des professionellen Handelns erkennbar.

**Denn:**

Prof. Dr. Manfred Borutta 31

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**Polykontexturalität**

- Intervention**  
Handeln und Nicht-Handeln der Akteure
- Interaktionen**  
Beziehungen zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Menschen
- Professionelles Selbstverständnis**  
der Akteur
- Organisationen und Teams**  
Regelwerke der Organisation, Funktionale Modi der Teams
- Gesell. Funktionssysteme**  
Gesundheitswesen, Politik, Recht, Kultur u.a.

**Die „Gleichzeitigkeit des Anderen“**  
(W. Vogd)

Prof. Dr. Manfred Borutta 30

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Pflegerisches, pflegepädagogisches und pflege-managerielles Handeln findet stets in unterschiedlichen Systemzusammenhängen (Kontexten) statt:

- in Organisationen: bspw. Krankenhäusern, Altenheimen, ambulanten Diensten, teilstationären Einrichtungen Wohlfahrtsverbänden etc.
  - organisierte soziale Systeme als **Multireferenzräume**

**Was macht die Organisation mit der Profession?**

Prof. Dr. Manfred Borutta 32



KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Formtheoretische Fassung des Themas ‚Freiheitsentziehende Maßnahmen in der Pflege

**Kontextualität von FEM und Gewalt in der Pflege**

Person mit Pflegebedürftigkeit

Pflegerische Intervention Interaktion Professionalität Team Organisation Gesellschaft

Primäre Manifestation von FEM und Gewalt

Das konkrete Handeln / Nicht-Handeln am Menschen

Die Beziehung zum Menschen

Professionsentwicklung

Team- und organisationale Kontexte

Die gesellschaftlichen Kontexte (Interdependenzen)

Prof. Dr. Manfred Borutta 33

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

„Mehr desselben“ hilft nicht weiter...  
Zum Unterschied von individuellem und organisationalem Lernen

Prof. Dr. Manfred Borutta 35

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Formtheoretische Fassung (Kontexte) der Anwendung von FEM in der Pflege

Person mit Pflegebedürftigkeit

Pflegerische Intervention Interaktion Professionalität Team Organisation Gesellschaft

Primäre Manifestation von Gewalt

Umgang mit pflegerischen Anwen-der-Konzepten (Validation, Basale Stimulation, Snoezelen, 10-Min. Aktivierung etc.)

Performative Kompetenz (Tschainer/ Schwerdt)

Deeskalierende Pflege

Assertive Haltung (Aebli)

Wider- sprüchliche Einheit aus Regelwissen und Fallverstehen (Oevermann / Weidner)

Team- dynamiken u. -strukturen

Organisat. Regelwerke (RM, Fehlerkultur) Supervision HFA

Wechsel- wirkung von Politik, Recht, Wissenschaft und Pflege (SGB XI, SGB V, WTG etc.)

Prof. Dr. Manfred Borutta 34

KathO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

„Was wir nicht wissen, ist erstaunlich. Noch erstaunlicher ist, was wir als Wissen betrachten.“

(Philip Roth: Der menschliche Makel)

Prof. Dr. Manfred Borutta 36

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

„ Wir haben ja jetzt unsere Expertenstandards...“

§ **Expertenstandards**

Prof. Dr. Manfred Borutta 37

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**Pflege und Pflegewissenschaft**

Zwei unterschiedliche (Funktions-)Systeme...

- mit je unterschiedlicher Leitdifferenz (**Codierung**)

<b>Pflege:</b> pflegebedürftig / nicht pflegebedürftig (pflegefähig / nicht pflegefähig)	<b>(Pflege-)Wissenschaft:</b> wahr / nicht wahr (verifiziert / falsifiziert)
--	--

- mit je unterschiedlicher **Programmatik**

<b>Pflege:</b> Pflege / Versorgung gewährleisten Routinen gewährleisten	<b>(Pflege-)Wissenschaft:</b> Empirische Forschung / Theoriebildung Routinen hinterfragen!
---	--

Prof. Dr. Manfred Borutta 39

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**EBM / EBN Bewertungsmatrix**

EBM/ EBN Stufe	Hierarchie/Level nach dem Coding-System des AHCP
I a	Meta – Analysen von randomisierten kontrollierten Studien
I b	Mindestens eine randomisiert kontrollierte Studie
II a	Gut konstruierte kontrollierte Studie ohne Randomisierung
II b	Quasi – Experimente und andere Arten gut konstruierter Studien
III	Nichtexperimentelle Studien wie Korrelationsstudien oder Fallstudien
IV	Expertenmeinungen ( <b>Expertenstandards</b> )
<b>Codierung von Leitlinien (practice guidelines) nach dem AHCP</b>	
A	Guter forschungsbasierter Beleg zur Untermauerung der Empfehlung
B	Ziemlich guter forschungsbasierter Beleg zur Untermauerung der Empfehlung
C	Empfehlungen basieren auf Expertenmeinungen ( <b>Expertenstandards</b> )

Prof. Dr. Manfred Borutta 38



KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

„Man merkt die Absicht und ist verstimmt...“

Prof. Dr. Manfred Borutta 41

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

- Vorgehen des DNQP entspricht der bereits von Axmacher (1990) kritisierten *Kolonialisierung der Berufspraxis, als Beutezug im Land der nicht akademisierten Pflegenden.*
- Aus einer wissenssoziologischen Perspektive (H. Willke, 2018):
  - Naive Normierungsbemühungen einer linearen Transfer- und Transformationsprozessannahme von Wissen
- „Wissenschaftliche Systementwürfe ohne lebensweltliche Verwurzelung...“ (D. Axmacher, 1990)

- Was interessieren uns die – organisationalen und gesellschaftlichen – Kontexte unter denen sich Pflege im Alltag vollzieht...

Prof. Dr. Manfred Borutta 43

KatHO NRW Aachen Köln Münster

Kritik der normativen (rechtlichen) Fassung kognitiver Erwartungsstrukturen (Wissen):

DNQP ist mit seinen ES in der (Ur-) Phase der Wissenssoziologie stecken geblieben:

- Repräsentationale Grundannahmen:
  - Objektive Welt, die unabhängig vom Beobachter existiert
- Adaptionistische Grundannahme:
  - Wissensgewinn führt immer zu einer besseren Anpassung an Umwelt

„Alles, was im System als Kognition errechnet wird, wird vom System **selbst** errechnet.“ (N. Luhmann, 1992)

Prof. Dr. Manfred Borutta 42

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

**DNQP-Expertenstandards in der wissenschaftlichen Kritik**

**Expertenstandards aus pflegewissenschaftlicher Sicht:**

**Unklare Evidenz:**

„Oftmals wird von den Verantwortlichen lediglich eine schriftliche Bestätigung der Kenntnisnahme des Standards von den Pflegenden eingefordert, detaillierte Informationen und Begründungen fehlen in der Regel.“ (D. Willborn et al., 2010, S. 245)

**Empirische Studie (N = 46 Pflegeheime u. 40 Kliniken)**

„Eine deutliche Überlegenheit der Anwendung des Nationalen Expertenstandards gegenüber anderen Quellen konnte anhand der gemessenen Dekubitusprävalenzen nicht gezeigt werden.“

(Wilborn, D., Halfens, R., Dassen, T., Tannen, A.: Dekubitusprävalenzen in Deutschen Pflegeheimen und Kliniken – Welche Rolle spielt der Nationale Expertenstandard *Dekubitusprophylaxe in der Pflege?*. In: Gesundheitswesen 2010, 240-245)

Prof. Dr. Manfred Borutta 44

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

## DNQP-Expertenstandards in der wissenschaftlichen Kritik

„Aus wissenschaftlicher Sicht sind die Expertenstandards **anachronistische Schriften**, nahezu **Relikte aus einem frühen Leitlinienentwicklungszeitalter**.

Ihr Nutzen für die Pflegepraxis ist unklar. (...) In Anbetracht ihrer methodischen Mängel ist es unverständlich, warum sie wie heilige Schriften der Pflege gehandelt werden und ihre Nichtbeachtung negative Konsequenzen in Aussicht stellt.“

(Meyer, G. u. Köpke, S.: Expertenstandards in der Pflege. Wirkungsvolle Instrumente zur Verbesserung der Pflegepraxis oder von ungewissem Nutzen?, S. 215)

Prof. Dr. Manfred Borutta 45

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

## DNQP-Expertenstandards in der wissenschaftlichen Kritik

### Expertenstandards aus system- und wissenssoziologischer Sicht:

- „Die normative Erwartungsfassung von Expertenstandards (im SGB XI) (bedeutet), dass wissenschaftliches Wissen als Handlungsaufforderung unter Annahmezwang gesetzt wird. (...) Während Wissen (als kognitive Erwartungsstruktur) ansonsten stets veränderbar sein muss.“
- „Die Expertenstandards geraten durch ihre normative Setzung im SGB XI zur quasiidiologischen Faktensammlung, die Revision kaum mehr zulässt.“ (M. Borutta, 2012, 368 u. 368)

„Wer sich auf Wissen einlässt, muss auch den Zweifel akzeptieren.“  
(D. Baecker: Organisation und Management, 2003, S. 99)

Prof. Dr. Manfred Borutta 47

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

## DNQP-Expertenstandards in der wissenschaftlichen Kritik

### Zur Funktionalität von Expertenstandards im Pflegesystem:

- „Eindeutiges Ziel dieser Initiativen des Gesetzgebers innerhalb der SGB XI-Reformen scheint offensichtlich die Vermeidung von ‚trouble cases‘ ... und damit die Vermeidung von systemspezifischen Unannehmlichkeiten in Folge von Pflegefehlern.“
- „Die leistungsrechtliche Verpflichtung zur Anwendung von Expertenstandards – selbst dann, wenn deren Evidenz nicht bewiesen ist bzw. diese Evidenz bereits wieder veraltet ist – sorgt dafür, dass die Pflegekräfte regelmäßig in die (haftungsrechtliche) Verantwortung genommen werden können, während die managerielle Ebene sich exkulpieren kann.“ (M. Borutta, 2012, 350)

Prof. Dr. Manfred Borutta 46

KatHO NRW	Aachen	Köln	Münster	Paderborn
-----------	--------	------	---------	-----------

## Zur Nutzung evidenzbasierten Wissens durch die Pflegepraxis (Brandenburg 2005, Borutta, 2018)

1. Pflegekräfte wissen nicht darüber
2. Pflegekräfte verstehen pflegewissenschaftliche Studien nicht
3. Pflegekräfte misstrauen wissenschaftlichen Erkenntnissen
4. Pflegekräfte wissen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse nicht anzuwenden
5. Pflegekräfte dürfen wissenschaftliche Erkenntnisse nicht anwenden

Prof. Dr. Manfred Borutta 48

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Vom individuellen zum organisationalen Lernen

**3. Institutionalisierung von Zukunftslernen**  
Dauerhafte Etablierung von Wandlungsbereitschaft i.S.v. *Inkompetenzkompensationskompetenz* (D. Backer)

**2. Lernen als Veränderung von Organisationsregeln**  
Ver-Lernen von bisher vertrauten und akzeptierten Spielregeln und Er-Lernen neuer Spielregeln

**1. Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiter/innen**  
Klassisches „Herumwerkeln am Menschen“ (H. W. Gärtner)

**ES** →

Prof. Dr. Manfred Borutta 51

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Vom individuellen zum organisationalen Lernen

**Einige Voraussetzungen für organisationale Lernfähigkeit**

<b>KOGNITIVE KOMPLEXITÄT</b> Formelle und materielle Qualifikation der Mitarbeiter	<b>COMMUNITY OF PRACTICE (CoP)</b> Schaffung von Interaktionsräumen	<b>BOUNDARY-ROLE-PERSONS (BPR)</b> „Netzwerker“ im Auftrag der Organisation
---	--	--

↓ ↓ ↓

**Organisationale Erfordernisse in Pflegeeinrichtungen**

<b>Kontinuierliche</b> Gewährleistung von personenbezogener Fort- und Weiterbildung	<b>Organisationsinterne und -übergreifende Reflexionsräume:</b> Experten-Teams HFA Supervision	<b>Einbezug von Mitarbeiter*innen in regionale und überregionale Netzwerke</b>
---	--	--


Prof. Dr. Manfred Borutta 53

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

Die Frage, ob ein sog. 'Transfer' wissenschaftlichen Wissens in die Pflegepraxis überhaupt der primäre Auftrag der Pflegewissenschaft ist, und wenn ja, ob dieser operativ gelingen könnte, wird (vom DNQP) nicht gestellt.

(M. Borutta, 2017)

Wann beginnt Pflegewissenschaft sich kritisch mit der Wirkungsmächtigkeit organisationaler und gesellschaftlicher Imperative und ihren Folgen für das professionelle Handeln der Akteure (Pfleger\*innen u.a.) auseinanderzusetzen?



Prof. Dr. Manfred Borutta 52

KatHO NRW Aachen Köln Münster Paderborn

### Von der Demütigung zur Demut

Wir sollten als akademisierte Pflegekräfte demütig sein...

- ...gegenüber den beruflichen Alltagswelten von (nicht-akademisierten) Pflegekräften
- ...gegenüber der dichotomen Zwei-Welten-Existenz, die Auszubildende in der Pflege häufig durchlaufen (müssen)

Und wir sollten kritisch werden

- ...gegenüber jedweden asymmetrisch angelegten Transfer- und Transformationsbestrebungen von pflegewissenschaftlichem Wissen in den Pflegealltag sowie
- gegenüber organisationalen und gesellschaftlichen Vorgaben

Prof. Dr. Manfred Borutta 54

KathO NRW   Aachen   Köln   Münster   Paderborn

## Änderung geht nur über Selbständerung



Vielen Dank für Ihre geschätzte Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Manfred Borutta 55