

Kwiatkowski

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen - Eine Praxisanleitung

Studienheft Nr. 555
3. Auflage 03/2023

Verfasser

Prof. Dr. Bernd Kwiatkowski, BBA, M.A.

Autor und Dozent an verschiedenen Hochschulen im Bereich
Gesundheitswissenschaften und Pflegewissenschaften

Überarbeitung 2. Auflage

Margaretha Uchtmann (M.Sc. Public Health)

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Pflegewissenschaft
der Universität Bielefeld

Überarbeitung 3. Auflage

Prof. Dr. Christoph Egner

Dekan für den Fachbereich Gesundheit und Psychologie an der DIPLOMA Hochschule

Leseprobe

© by DIPLOMA Private Hochschulgesellschaft mbH

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung und des Nachdrucks, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

DIPLOMA Hochschule

University of Applied Sciences

Am Hegeberg 2

37242 Bad Sooden-Allendorf

Tel. +49 (0) 56 52 58 77 70, Fax +49 (0) 56 52 58 77 729

Hinweise zur Arbeit mit diesem Studienheft

Der **Inhalt** dieses Studienheftes unterscheidet sich von einem Lehrbuch, da er **speziell für das Selbststudium aufgearbeitet** ist.

In der Regel beginnt die Bearbeitung mit einer Information über den Inhalt des Lehrstoffes. Diese Auskunft gibt Ihnen das **Inhaltsverzeichnis**.

Beim Erschließen neuer Inhalte finden Sie meist Begriffe, die Ihnen bisher unbekannt sind. Die **wichtigsten Fachbegriffe** werden Ihnen übersichtlich in einem dem Inhaltsverzeichnis nachgestellten **Glossar** erläutert.

Den einzelnen Kapiteln sind **Lernziele** vorangestellt. Sie dienen als Orientierungshilfe und ermöglichen Ihnen die Überprüfung Ihrer Lernerfolge. Setzen Sie sich **aktiv** mit dem Text auseinander, indem Sie sich Wichtiges mit farbigen Stiften kennzeichnen. Betrachten Sie dieses Studienheft nicht als "schönes Buch", das nicht verändert werden darf. Es ist ein **Arbeitsheft, mit und in dem Sie arbeiten sollen**.

Zur **besseren Orientierung** haben wir Merksätze bzw. besonders wichtige Aussagen durch Fettdruck und/oder Einzug hervorgehoben.

Lassen Sie sich nicht beunruhigen, wenn Sie Sachverhalte finden, die zunächst noch unverständlich für Sie sind. Diese Probleme sind bei der ersten Begegnung mit neuem Stoff ganz normal.

Nach jedem größeren Lernabschnitt haben wir Übungsaufgaben eingearbeitet, die mit „**SK = Selbstkontrolle**“ gekennzeichnet sind. Sie sollen der Vertiefung und Festigung der Lerninhalte dienen. Versuchen Sie, die ersten Aufgaben zu lösen und die Fragen zu beantworten. Dabei werden Sie teilweise feststellen, dass das dazu erforderliche Wissen nach dem ersten Durcharbeiten des Lehrstoffes noch nicht vorhanden ist. Gehen Sie diesen Inhalten noch einmal nach, d. h. durchsuchen Sie die Seiten gezielt nach den erforderlichen Informationen.

Bereits während der Bearbeitung einer Frage sollten Sie die eigene Antwort schriftlich festhalten. Erst nach der vollständigen Beantwortung **vergleichen Sie Ihre Lösung mit dem** am Ende des Studienheftes **angegebenen Lösungsangebot**.

Stellen Sie dabei fest, dass Ihre eigene Antwort unvollständig oder falsch ist, müssen Sie sich nochmals um die Aufgabe bemühen. Versuchen Sie, jedes behandelte Thema vollständig zu verstehen. **Es bringt nichts, Wissenslücken durch Umblättern zu übergehen**. In vielen Studienfächern baut der spätere Stoff auf vorhergehendem auf. Kleine Lücken in den Grundlagen verursachen deshalb große Lücken in den Anwendungen.

Zudem enthält jedes Studienheft **Literaturhinweise**. Sie sollten diese Hinweise als ergänzende und vertiefende Literatur bei Bedarf zur Auseinandersetzung mit der jeweiligen Thematik betrachten. Finden Sie auch nach intensivem Durcharbeiten keine zufriedenstellenden Antworten auf Ihre Fragen, **geben Sie nicht auf. Wenden Sie sich** in diesen Fällen schriftlich oder

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

fernmündlich **an uns**. Wir stehen Ihnen mit Ratschlägen und fachlicher Anleitung gern zur Seite.

Wenn Sie **ohne Zeitdruck** studieren, sind Ihre Erfolge größer. Lassen Sie sich also nicht unter Zeitdruck setzen. **Pausen** sind wichtig für Ihren Lernfortschritt. Kein Mensch ist in der Lage, stundenlang ohne Pause konzentriert zu arbeiten. Machen Sie also Pausen: Es kann eine kurze Pause mit einer Tasse Kaffee sein, eventuell aber auch ein Spaziergang an der frischen Luft, sodass Sie wieder etwas Abstand zu den Studienthemen gewinnen können.

Abschließend noch ein formaler Hinweis: Sofern in diesem Studienheft bei Professionsbezeichnungen und/oder Adressierungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form Verwendung findet (z. B. „Rezipienten“), sind dennoch alle sozialen Geschlechter, wenn kontextuell nicht anders gekennzeichnet, gemeint.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg bei der Bearbeitung dieses Studienheftes.

Ihre

DIPLOMA
Private Hochschulgesellschaft mbH

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Inhaltsverzeichnis	Seite
<i>Hinweise zur Arbeit mit diesem Studienheft</i>	3
<i>Glossar</i>	7
<i>Abbildungsverzeichnis</i>	9
<i>Tabellenverzeichnis</i>	9
1. Einleitung und Überblick	10
2. Gesundheitspolitische Bedeutung von Leitlinien	11
3. Qualität darlegen	14
3.1. Formen der Evidenz	14
3.2. Evidenzbasierte Praxis	14
3.3. Ebenen evidenzbasierten Handelns im Gesundheitswesen	16
4. Leitlinien und Richtlinien	18
4.1. Nationale Versorgungsleitlinien	19
4.2. Richtlinien	19
5. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)	21
5.1. Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege (Aktualisierung 2020)	23
5.1.1. Beispielhafte Einführung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen	26
5.1.2. Konzeptioneller Rahmen, Ablauf und Zeitplanung	27
5.1.3. Kick-off-Veranstaltung	28
5.1.4. Einführung eines Multiplikatorensystems	28
5.1.5. Einführung in den einzelnen Abteilungen	30
5.1.6. Durchführung des Audits	30
5.2. Expertenstandard Sturzprophylaxe	31
5.3. Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege	33
5.4. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege	36
6. Expertenstandards der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)	39
6.1. Verfahrensordnung zur Entwicklung von GKV-Expertenstandards	40
6.2. DNQP oder GKV-Spitzenverband?	40
6.3. Qualitätsniveau (BUKO-QS)	41
7. Evidenzbasiertes Handeln in den Therapieberufen	44
8. Rapid Reports	46
9. Systematische Analysen und Bewertungen	47
10. Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen	48
11. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression	49
12. Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz	51
12.1. Medikamentöse Therapie	52

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

12.2.	Therapeutische und psychosoziale Empfehlungen und deren Evidenz	52
12.3.	Therapeutische und psychosoziale Interventionen	54
12.4.	Kognitiv orientierte Interventionen	55
12.5.	Ergotherapie	56
12.6.	Psychologisch orientierte Interventionen	56
12.7.	Sozial-ökologisch orientierter Ansatz	61
12.8.	Künstlerische Therapien	63
12.9.	Interventionen zur Anregung der Sinneswahrnehmung und Körperbewegung	63
<i>Lösung der Übungsaufgaben</i>		66
<i>Literaturverzeichnis und Quellennachweise:</i>		70

Leseprobe

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

1. Einleitung und Überblick

In Deutschland wird vermehrt von Kostenträgern, der Politik und beteiligten Akteur*innen des Gesundheitswesens eine Überprüfbarkeit der medizinischen Leistung eingefordert, um die Wirksamkeit von Behandlungen nachzuweisen.

Unter Berücksichtigung der steigenden Anzahl wissenschaftlich ausgebildeter Akteur*innen des Gesundheitswesens wird ein evidenzbasiertes Handeln zukünftig von einer hohen Bedeutung sein.

Unter evidenzbasiertem Handeln wird zunächst jedes Handeln verstanden, welches auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen vorgenommen wird. Mit dem Ziel die medizinische Versorgung von Patient*innen zu verbessern, werden diese Erkenntnisse in die alltägliche Praxis integriert und dieser Prozess regelmäßig evaluiert. (AWMF 2022) Besonders die Verknüpfung von individueller Praxiserfahrung mit der angeeigneten Theorie über das wissenschaftliche Arbeiten stellt für medizinische Fachkräfte häufig eine große Herausforderung dar. (Mangold 2011: 9 ff.) Wer evidenzbasiert handelt, richtet sein Handeln und seine Entscheidungen nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen aus und überprüft diese und sein eigenes Tun kritisch. Für Angehörige der Therapieberufe wird hier bspw. die Bezeichnung der „Reflektierten Praxis“ genutzt, um der Herausforderung mit einem genauen Vorgehen begegnen zu können. (Mangold 2011: 9–20)

Da auch die wissenschaftlich begründeten Handlungsempfehlungen von Leitlinien danach ausgerichtet sind, die Praxis zu verbessern, bilden auch diese eine gute Grundlage für das evidenzbasierte Handeln. Auch in den Therapieberufen nehmen Leitlinien einen hohen Stellenwert ein und werden hinsichtlich einer evidenzbasierten Praxis thematisiert.

Das vorliegende Studienheft will zunächst einen exemplarischen Überblick über ausgewählte Leitlinien verschiedener Interessen- und Adressatenkreise geben. Ein Schwerpunkt wird in Kapitel 5 den heute pflegerisch sehr bedeutsamen nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) gewidmet, wobei sich auf ausgewählte konzentriert wird. Exemplarisch wird am Expertenstandard *Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen* eine mögliche Implementierung des Standards in einer Einrichtung des Gesundheitswesens skizziert. Zusätzlich soll dieses Studienheft verdeutlichen, dass nicht allein professionsbezogene Ansätze, wie die Expertenstandards des DNQP, existieren. Daneben werden auch multiprofessionsbezogene Ansätze, wie beispielsweise die Entwicklung von Qualitätsniveaus, dargestellt.

Einige Kapitel enden mit Fragen und Übungen zur Selbstkontrolle. Die jeweiligen Antworten und Lösungsvorschläge finden sich im letzten Kapitel dieses Studienheftes.

Am Ende des Literaturverzeichnisses werden vertiefende Literaturhinweise zum weiterführenden Quellenstudium gegeben.

Der gesamte Lehrstoff dieses Studienheftes enthält Querverbindungen zu anderen Modulen, beispielsweise zur evidenzbasierten Therapie, zu integrativen Versorgungsansätzen, zur Gesundheitspolitik und zur Projektarbeit, die schließlich in der Erstellung einer Masterthesis münden soll.

Zum Inhalt und zu den Anforderungen des Studienhefts gehören auch vereinzelt englischsprachige Einschübe oder Abschnitte, um den Gebrauch und die Übung mit internationalen Veröffentlichungen anzuregen und zu unterstützen.

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

2. Gesundheitspolitische Bedeutung von Leitlinien

Lernziele dieses Kapitels sind:

- die Bedeutung von Leitlinien als effektive Steuerungsinstrumente und die Notwendigkeit einer sinnvollen Einbindung derselben in das deutsche Gesundheitssystem zu verstehen
- ein Verständnis dessen zu entwickeln, dass Leitlinien gesundheitspolitisch von Bedeutung sind und dass diese Bedeutung in den letzten Jahren im In- und Ausland unter verschiedenen Aspekten diskutiert wurde; zum einen als Instrumente des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin (AWMF/ÄZQ 2022), zum anderen als Steuerungselement der Gesundheitsversorgung.

Der letztgenannte Aspekt wird insbesondere in England, Neuseeland und den USA immer wieder hervorgehoben, so z. B. von Eddy:

„It is not stretching things too far to say that whoever controls practice policies controls medicine.“ (Eddy 1990)

Allerdings bezieht sich diese Einschätzung wohl eher auf ein Instrumentarium, das im deutschen Sprachraum unter der Bezeichnung „Richtlinien“ bekannt ist (z. B. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen). In der Medizin werden Leitlinien nicht als Richtlinien verstanden, sondern als systematisch erstellte Feststellungen die die Entscheidung der Ärzte und Arzt/ Ärzt*innen unterstützen soll. Ein Abweichen von vor allem qualitativ hochwertigen Leitlinien muss im ärztlichen Handeln begründet werden. (Madisch 2022)

Insgesamt stellen Leitlinien eine Möglichkeit zur externer und interner Qualitätssicherung dar. In Deutschland werden medizinische Handlungsempfehlungen seit Jahrzehnten unter verschiedenen Bezeichnungen (Leitlinien, Empfehlungen, Standards etc.) von den unterschiedlichsten Interessentkreisen herausgegeben. Exemplarisch seien hier nur die Folgenden genannt:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) / Medizinisch-Wissenschaftliche Fachgesellschaften
- Berufsgenossenschaften
- Berufsverbände
- Bundesärztekammer: Wissenschaftlicher Beirat, Arzneimittelkommission der Ärzteschaft
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Kliniken / Praxisverbünde
- Wissenschaftliche Institute / Expert*innen

In die gesundheitspolitische Diskussion wurde die Thematik bereits 1993 vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen eingebracht. (SVR 1994: 34 f.) Auf seine Anregung hin erarbeiteten die Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der AWMF bis heute über 1200 ärztliche Leitlinien, die über das Internet für jede Person zugänglich ist.

Zur Transparenz und Qualitätsförderung von Leitlinien etablierten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung 1999 gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenkassen das Deutsche Leitlinien-Clearingverfahren (DCL). Das DCL kooperiert national mit Herausgebern und Nutzern von Leitlinien, unterstützt die Leitlinienimplementierung und ist in internationalen Leitlinien-Arbeitsgruppen tätig (z. B. des Europarates, der Europäischen Kommission, des National Guideline Clearinghouse der USA).

Folgende Aufgaben des Leitlinien-Clearingverfahrens (Clearinghouses) sind Register oder Berichte, die häufig methodisch oder inhaltliche Bewertungen der Leitlinien enthalten. (NVL 2023)

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Es werden drei unterschiedliche Arten von Leitlinien-Clearingverfahren unterschieden:

- Leitlinien-Register ohne Darlegung bestimmter Qualitätskriterien.
Beispiel: G-I-N International Guideline Library
- Leitlinien-Register selbstbewerteter Leitlinien: Die Qualitätsbewertung wird durch die Herausgeber/Autoren selbst durchgeführt.
(Beispiele: AWMF-Leitlinien-Datenbank und ECRI Guidelines Trust)
- Leitlinien-Bewertung des IQWiG, Leitlinien-Clearing von BÄK und KBV 1999–2005

Leitlinien als Steuerinstrument im Gesundheitswesen

In der Diskussion um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems werden Leitlinien seit Jahren eine Schlüsselrolle für die Bewältigung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsproblemen beigemessen. Allgemein spiegeln Leitlinien den aktuellen Stand der Medizin, Wissenschaft und Technik wider. (Gührs 2022) Leitlinien sollen helfen, gesteckte Versorgungsziele zu erreichen. In erster Linie sind sie ein hilfreiches Instrument zur Steigerung der Prozessqualität. (Gärtig-Daug 2014) Allerdings ist die Frage ungelöst, ob sich die Implementierung von Leitlinien in Deutschland flächendeckend günstig auf

- Verhalten von Therapeut*innen und Patient*innen,
- strukturelle Probleme (insbesondere die Schnittstellenproblematik),
- Versorgungsqualität und
- Wirtschaftlichkeit

auswirken könnte. Der Einfluss von Leitlinien auf Prozesse und die Ergebnisqualität ist bereits wissenschaftlich belegt. (NVL 2023) Die Wirksamkeit und demnach auch der Nutzen einer Leitlinie hängt jedoch entscheidend von ihrer Qualität und ihrer Umsetzung ab. Zur Bewertung der Leitlinienqualität und -anwendbarkeit wurden verschiedene Instrumente und Verfahren entwickelt, in Deutschland werden primär DELBI und das AGREE-Instrument verwendet (vgl. NVL 2023). Um Leitliniennutzer*innen eine Orientierung über das Ausmaß der Berücksichtigung dieser Aspekte zu ermöglichen, werden nach der Klassifikation der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) vier Klassen von Leitlinien unterschieden:

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Tabelle 1: Vier Klassen von Leitlinien (NVL 2023)

Bezeichnung	Charakteristika	Wissenschaftliche Legitimation der Methode	Legitimation für die Umsetzung
S1: Handlungsempfehlung von Experten	Konsensfindung in einem informellen Verfahren	gering	gering
S2k: Konsensbasierte Leitlinien	Repräsentatives Gremium, strukturierte Konsensfindung	gering	hoch
S2e: Evidenzbasierte Leitlinien	Systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur	hoch	gering
S3: Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinien	Repräsentatives Gremium, systematische Recherche, Auswahl, Bewertung der Literatur, strukturierte Konsensfindung	hoch	hoch

Übungsaufgaben zur Selbstkontrolle

SK

1. Unter welchen Aspekten wird die gesundheitspolitische Bedeutung von Leitlinien diskutiert?
2. Benennen Sie Interessenverbände, die in Deutschland medizinische Handlungsempfehlungen herausgeben.

3. Qualität darlegen

Weltweit ist die Qualität ein großes Thema in der Gesundheitsversorgung. Die Weltgesundheitsorganisation („world health organization“ – WHO) forderte bereits 1980 alle Mitgliedsstaaten zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsversorgung auf. Hierzu zählen für jeden Staat geeignete Maßnahmen zur Förderung und Messung der Qualität im Gesundheitswesen. (Schiemann & Moers 2011) Hierauf aufbauend entstand auf europäischer Ebene für den Bereich der Pflege das Netzwerk EuroQUAN. „Der Vorteil von Netzwerken gegenüber anderen Organisationsformen besteht darin, dass sie aufgrund der Kultivierung informeller Austauschprozesse dynamischere Entwicklungen durch Synergieeffekte ermöglichen.“ (Schiemann & Moers 2011) In den Entwicklungen der letzten Jahrzehnte in Deutschland wurden daher entsprechende Netzwerke gegründet, so z. B. das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Ausgehend von einem Qualitätsverständnis, das den evaluativen Ansatz von Qualität in den Vordergrund stellt, gilt es dauerhaft, folgende Aspekte zu berücksichtigen: Wie kann Qualität nachgewiesen werden und was ist im professionellen Kontext „State of the Art“? Unter diesem Begriff wird die professionelle Klärung des aktuell vorliegenden Wissensbestandes verstanden, die oft als evidenzbasierte Praxis (EbP) definiert ist. Unter Evidenz (engl. evidence) wird ganz allgemein die wissenschaftliche Konkretisierung eines Kausalzusammenhangs verstanden und das Identifizieren beeinflussender Faktoren (z. B., wenn A auf B trifft, entsteht C und wird beeinflusst durch X). Dabei wird zwischen interner und externer Evidenz unterschieden. Im Qualitätsdiskurs kommt die größere Bedeutung dabei meist der externen Evidenz zu.

Merke: „State of the Art“ wird verstanden als professionelle Klärung des aktuell vorliegenden Wissensbestandes, oft definiert als evidenzbasierte Praxis.

3.1. Formen der Evidenz

Bei Betrachtung der Evidenz wird zwischen externer und interner Evidenz unterschieden.

Externe Evidenz beschreibt bestehendes oder von Dritten gesichertes Wissen. (Behrens & Langer 2010) Es beruht in erster Linie auf empirischer klinischer Forschung in Form von *randomisiert kontrollierbaren Studien (RCT)* oder *quasi-experimentellen Studien*. Darüber hinaus liefern systematische Analysen dieser Studien Hinweise auf externe Evidenz und sind insofern interessant, da sie deren Ergebnisse miteinander vergleichen und interpretieren.

Interne Evidenz ist gekennzeichnet durch die Orientierung an den/der Patient*in, welche am besten mit Erfahrungswissen, Intuition und Situationskompetenz umschrieben werden. (Behrens & Langer 2010) Sie ist immer dann von Bedeutung, wenn keine systematische Darlegung externer Evidenz vorliegt.

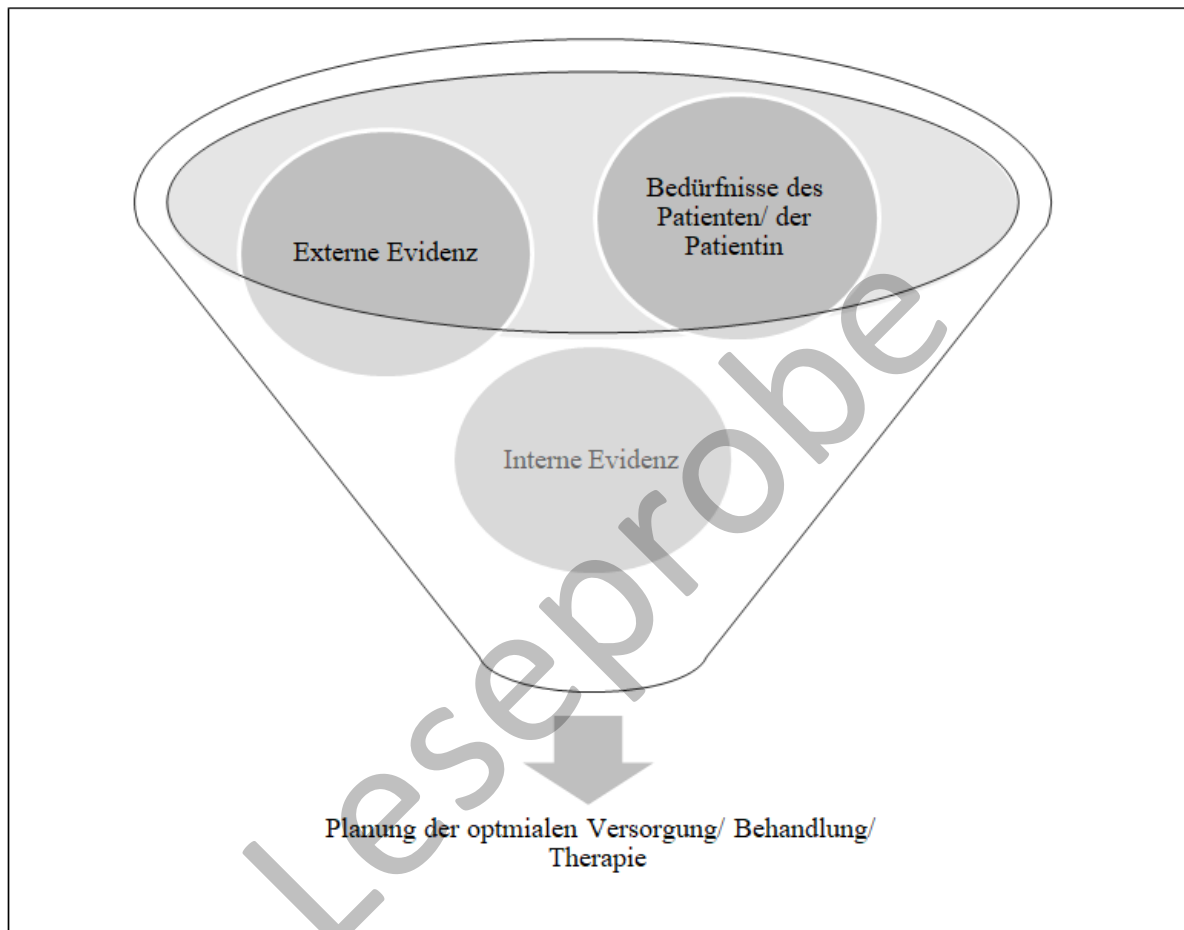
3.2. Evidenzbasierte Praxis

Der Begriff „evidenzbasierte Praxis“ (EbP) steht für die Integration individueller Expertise mit der bestmöglichen zur Verfügung stehenden externen Evidenz aus systematischer Forschung.

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Diese Integration ist in Abbildung 1 dargestellt und findet sich in allen Bereichen des Versorgungssystems wieder. Neben den konkreten Bedürfnissen der Patient*innen sind externe und interne Evidenz zur Planung einer Versorgungssituation oder auch Behandlung/Therapie notwendig. Alle Aspekte werden wie in einem Trichter zusammengeführt und führen zusammen zur Planung des bestmöglichen Versorgungsergebnisses.

Abbildung 1: Versorgungsplanung EbP (eigene Darstellung, Uchtmann 2019)



Das Konzept der evidenzbasierten Praxis (EbP) ist auch im Sozialrecht präsent, wenn es dort u. a. heißt, dass nur diejenige Leistung angeboten werden darf, die dem wissenschaftlichen Stand medizinisch-pflegerischer Leistungen entspricht. (§ 135a SGB V) Ergänzt wird dies um das im Sozialrecht ebenfalls verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 135 SGB V), d. h. neben dem Nachweis der Evidenzbasierung einer Intervention sind auch Fragen bzgl. der Kosten zu berücksichtigen.

Als Oberbegriff findet sich in der Literatur häufig der Begriff „Evidence based Health Care“ (EbHC). (Schrappe & Lungen 2010) Dieser ist umfassender und bezieht sich auf die gesamte Gesundheitsversorgung. Er kann daher als Oberbegriff für evidenzbasiertes Handeln diverser Berufsgruppen im Gesundheitssystem angesehen werden. Die Umsetzung von EbHC hat in der Vergangenheit zu innovativen Neuerungen geführt, die Schrappe und Lungen (2010) wie folgt beschreiben:

„Das Leistungsspektrum und die Leistungsfähigkeit (Qualität, Menge und Kosten der Leistungen) des Gesundheitssystems werden öffentlich diskutiert und Entscheidungen werden politisch herbeigeführt,

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

wie es z. B. in Deutschland durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und den Gesundheitsfonds geschieht.

Die Koordination der Behandlung wird durch nationale, z. T. sozialrechtlich relevante Leitlinien angestrebt, die von übergeordneten Institutionen (z. B. IQWiG) oder Fachgesellschaften erarbeitet werden.

Instrumente zur transsektoralen Versorgung werden geschaffen (Integrierte Versorgung, Case Management, Disease Management).

Auf institutioneller Ebene werden interne Leitlinien und Behandlungspfade erarbeitet, um die Prozesse besser aufeinander abzustimmen.“ (Schrappe & Lungen 2010: 26 f.)

Bei der Umsetzung von evidenzbasierter Praxis spielen standardisierte Strukturen und Assessments eine große Rolle. Im Arbeitsalltag fehlt in der Regel die Zeit, um jeden Schritt abzuwägen und auf Evidenzbasierung hin zu hinterfragen. Dieses wird durch standardisiertes Vorgehen und durch standardisierte Prozesse erleichtert. Werden diese regelmäßig in den Arbeitsalltag integriert, stellen sie die Grundlage für evidenzbasiertes Handeln dar. Voraussetzungen, die den Erfolg dieser Arbeitsweise bedingen, sind zum einen die wissenschaftliche Prüfung der Instrumente und zum anderen die korrekte Anwendung. Die korrekte Anwendung und die Integration in die tägliche Praxis gelten als wichtig, um anhand von Assessments auch dauerhaft Einschätzungen durchführen zu können, die weitere Handlungen bedingen. (Schubert 2019)

3.3. Ebenen evidenzbasierten Handelns im Gesundheitswesen

Bereits 2001 forderte der Europarat, dass die Gesundheitsberufe ihr Handeln als evidenzbasierte Praxis verstehen. (Europarat 2001) Hinsichtlich einer partiellen Akademisierung wurde diese Forderung vom Wissenschaftsrat konkretisiert. Es wurden die Frage, welche Qualifikation für die zukünftigen gesundheitliche Versorgung in den für die Gesundheitsberufen relevanten Studiengänge vermittelt werden müssen, in das Arbeitsprogramm mit aufgenommen. (WR 2012: 5) Dies ist von einer hohen Relevanz, da davon ausgegangen wird, dass sich die Etablierung eines evidenzbasierten Handelns auf drei Ebenen vollzieht. (Schmidt 2010) Demnach findet evidenzbasiertes Handeln auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene statt.

- **Mikroebene** die klinische Praxis der Versorgung von Individuen auf der Basis des besten zur Verfügung stehenden Wissens
- **Mesoebene** die Implementierung einer derzeit überlegenen Vorgehensweise in Diagnostik, Therapie und Pflege
- **Makroebene** die Systemsteuerung mittels Gesundheits-/Qualitätsziele als evidenzbasiertes Gesundheitssystem

In der Tabelle 1 sind Instrumente zur Qualitätsdarlegung und ihre Zuordnung zu den drei Ebenen evidenzbasierten Handelns zusammengestellt:

Tabelle 2: Instrumente der Qualitätsdarlegung im Kontext evidenzbasierter Praxis

Mikroebene	Mesoebene	Makroebene
interne Kombination mit externer Evidenz	• Expertenstandards • Leitlinien	• nationale Versorgungsleitlinien

Übungsaufgaben zur Selbstkontrolle

SK

- 3 Reflektieren Sie die Begriffe: „externe Evidenz“, „interne Evidenz“ und „evidenzbasierte Praxis“.
- 3a Stellen Sie sich eine konkrete Situation aus Ihrem Berufsalltag vor, in der eine Versorgungssituation, Therapie oder Behandlung geplant wird. Füllen Sie die Einzelkomponenten aus Abbildung 1 mit entsprechenden Inhalten. Welche Aspekte sind entscheidend für Ihre Entscheidungsfindung?
- 3b Welche standardisierten Strukturen und Assessments sind Ihnen aus Ihrem Berufsalltag bekannt?
- 4 Ordnen Sie den drei Ebenen evidenzbasierten Handelns je ein Instrument zur Qualitätsdarlegung zu.

Leseprobe

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

6. Expertenstandards der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Lernziele: Wenn Sie dieses Kapitel bearbeitet haben, können Sie:

- den Begriff Standards nach einer Definition der WHO darlegen.
- neben den nationalen Expertenstandards noch andere Formen von Expertenstandards – hier der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) – benennen und darstellen.
- die mögliche weitere Entwicklung der Erstellung von Expertenstandards skizzieren.

Instrumente der Qualitätsdarlegung können durch rechtliche Vorgaben und durch das Aufgreifen von rechtlich legitimierten Prüfinstanzen verbindlich gemacht werden. So kann der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV), dessen Mitglieder*innen alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sind, die Einführung von Expertenstandards einfordern. Mit der Einführung des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes 2008 führte der Gesetzgeber das *Vereinbarungs- oder Konsens-Prinzip* ein. Dies bedeutete, dass die Leistungsträger, also insbesondere die Pflegekassen und die Leistungserbringenden, Fragen der Qualität in verschiedenen Vereinbarungen regeln sollen. Bei den GKV-Expertenstandards für die Pflege – die zukünftig auf der Grundlage des § 113a SGB XI entwickelt werden (GKV-Spitzenverband 2009) – ist dies der Fall. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) hat eine Definition zu den beiden Begriffen *Standard* und *Expertenstandard* entwickelt:

Merke: „Standards bestimmen nach einer Definition der WHO ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht (z. B. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Die Messbarkeit der Wirkung von Standards wird durch Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestimmt.“ (MDK 2010: 90)

Merke: „Auch wenn die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege keine direkte Verbindlichkeit für die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen entfalten, können die Expertenstandards als ‚vorweggenommene Sachverständigengutachten‘ gewertet werden, die bei juristischen Auseinandersetzungen als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse herangezogen werden, bereits bei mehreren Bundessozialgerichtsurteilen (BSG Urteile vom 24. September 2002 Az B 3 KR 9/02 R und Az B 3 KR 15/02 R) wurde auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Bezug genommen.“ (MDK 2010: 90)

In § 113a SGB XI heißt es:

„(1) Die Vertragsparteien nach § 113 stellen die Entwicklung und Aktualisierung wissenschaftlich fundierter und fachlich abgestimmter Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege sicher. Expertenstandards tragen für ihren Themenbereich zur Konkretisierung des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse bei. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene sowie unabhängige Sachverständige sind zu beteiligen. Sie können vorschlagen, zu welchen Themen Expertenstandards entwickelt werden sollen. Der Auftrag zur Entwicklung oder Aktualisierung und die Einführung von Expertenstandards erfolgen jeweils durch einen Beschluss der Vertragsparteien.“

10. Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Als Beispiel für eine Leitlinie wird im Folgenden die Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ vorgestellt. Aufgebaut auf Grundlage des Leitlinienprogramms der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) wurde sie von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde als S3-Leitlinie entwickelt. (DGPPN 2010) Zielgruppe dieser Leitlinie sind allgemein Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ohne weitere Spezifizierung (in der internationalen Literatur als *people with severe mental illness* beschrieben).

Ziel der vorliegenden evidenz- und konsensbasierten Leitlinie ist es, den mit der Behandlung und Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen befassten Personen eine systematisch entwickelte Entscheidungshilfe zu ermöglichen, Interventionen an die Hand zu geben. Sie dient außerdem der Information von Erkrankten und Angehörigen und soll insgesamt zur Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsqualität der genannten Personengruppe beitragen.

Zielgruppe der Leitlinie

Zielgruppe dieser Leitlinie sind Menschen mit einer Diagnose, die über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind. Diese Definition schwerer psychischer Erkrankungen findet sich in vielen internationalen Studien. (Ruggeri et al. 2000)

Demenzerkrankungen und Suchtstörungen sind ebenfalls schwere psychische Erkrankungen. Da für demenzielle Erkrankungen eine eigene S3-Leitlinie der DGPPN vorliegt, werden sie hier nicht berücksichtigt. Psychosoziale Interventionen bei Suchtstörungen sind ebenfalls Gegenstand anderer suchtspezifischer Leitlinien der DGPPN.

Die Begründung für die Zusammenfassung der Personengruppe mit schweren psychischen Erkrankungen ist, dass schwere Verlaufsformen oft zu ähnlichen psychosozialen Beeinträchtigungen und Einschränkungen in der Teilhabe am sozialen Leben führen und es häufig das Ausmaß dieser Beeinträchtigungen und weniger die konkrete medizinische Diagnose ist, die die Gestaltung und Durchführung der psychosozialen Interventionen im psychosozialen Versorgungssystem bestimmt.

Für die vorliegende Leitlinie wurden verschiedene System- und Einzelinterventionen ausgewählt.

Weiterhin werden die Selbsthilfe, damit verwandte Konzepte und Grundlagen psychosozialer Interventionen (Recovery-Orientierung, therapeutisches Milieu und Empowerment) behandelt.

11. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression

Als Beispiel für eine Nationale Versorgungsleitlinie wird diejenige zum Thema „Unipolare Depression“ vorgestellt. Ihre Erstellung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) initiiert. Außerdem bestand ein Auftrag zur Erarbeitung einer S3-Leitlinie im Rahmen des Programms für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) (von der Bundesärztekammer (BÄK), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) formuliert. In diesem Leitlinienprojekt wurden erstmals zeitgleich eine S3-Leitlinie und eine NVL realisiert.

Um deutlich zu machen, welche Fülle an Experten an der Konsentierung einer solchen Leitlinie beteiligt ist, sind im Folgenden alle an der Erstellung beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände aufgelistet:

- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPs)
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)
- Deutscher Hausärzteverband
- Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (und Arbeitskreis Depressionsstationen)
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP)
- Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands (BPM)
- Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)
- Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP)
- Bundesverbandes der Vertragspsychotherapeuten (BVVP)
- Chefarzt/-ärzt*innenkonferenz der psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhäuser und Abteilungen
- Deutsche Ärztliche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT)
- Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (DFT)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)
- Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG)
- Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)
- Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie (DVT)
- Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)
- Kompetenznetz Depression, Suizidalität (KND)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung

Eine direkte Beteiligung von Patient*innen wurde durch die Mitwirkung von Vertretenden der Patient*innen von der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) sowie die des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) gewährleistet. Die grundlegende methodische Vorgehensweise ist unter anderem im Methodenreport des NVL-Programms und auf den

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Internetseiten der AWMF (<http://www.leitlinien.net>) beschrieben. Zusätzlich wird zu dieser S3-Leitlinie/Nationalen Versorgungs-Leitlinie ein eigener Leitlinien-Report erstellt (verfügbar unter <http://www.versorgungsleitlinien.de> und <http://www.awmf-leitlinien.de>, Registernummer 038/018). Bei dieser Leitlinie handelt es sich – ebenso wie bei jeder anderen medizinischen Leitlinie – explizit nicht um eine Richtlinie im Sinne einer Regelung des Handelns oder Unterlassens, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurde, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich ist und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. (Europarat et al. 2002) Eine Leitlinie wird erst dann wirksam, wenn ihre Empfehlungen bei der individuellen Versorgung von Patienten*innen Berücksichtigung finden. Sie muss vor ihrer Verwendung bei einem individuellen Behandlungsfall hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit auf regionaler oder lokaler Ebene überprüft und gegebenenfalls angepasst werden. Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss unter Berücksichtigung der Patient*innen vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden. (Europarat et al. 2001; NVL 2023)

Leseprobe

12. Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz

Evidenzbasierte Medizin (EbM, englisch „evidence-based-medicine“) hat den Anspruch, dass bei einer medizinischen Behandlung patient*innenorientierte Entscheidungen nach Möglichkeit auf der Grundlage von empirisch nachgewiesener Wirksamkeit getroffen werden. In diesem Zusammenhang wird „Evidenz“ nach englischem Vorbild („evidence“) als „Nachweis“ oder „Beleg“ verstanden und unterscheidet sich damit von der Bedeutung im deutschen Sprachgebrauch. Dort bezeichnet „Evidenz“ die *„Deutlichkeit, vollständige, überwiegende Gewissheit, einleuchtende Erkenntnis“* (Duden). Evident ist ein Sachverhalt, der unmittelbar ohne besondere methodische Aneignung klar auf der Hand liegt.

Der Begriff „Evidenzbasierte Krankenpflege“ oder auch „Evidence based Nursing“ (EBN) beschreibt evidenzbasierte Verfahren zur objektiven Beurteilung pflegerischer Maßnahmen.

Für die medizinische Versorgung demenzkranker Menschen sind in der Regel die Hausarzt/-ärzt*innen verantwortlich. Personen ab 70 Jahren sind zu 93 Prozent regelmäßig in hausärztlicher Betreuung. Im Zusammenhang mit der Früherkennung und Behandlung der Demenz nehmen daher die Hausärzte eine besondere Stellung ein. Sie haben regelmäßigen Kontakt zu der überwiegenden Zahl alter Menschen und sind daher in der Lage, Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit wahrzunehmen. Aber dieser Forderung steht eine unzureichende Praxis gegenüber. Obwohl die Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema „Demenz“ gestiegen ist und auch die diagnostischen Möglichkeiten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben, werden auch heute noch viele Menschen falsch oder unzureichend diagnostiziert und erhalten damit keine adäquate Behandlung. (Deutsche Alzheimer Gesellschaft 2013)

Ebenso verbesserungswürdig erscheint die psychosoziale Versorgung und Betreuung demenzkranker Personen. Aus Hilfslosigkeit dem Verhalten Demenzkranker gegenüber werden immer neue Interventionen der Öffentlichkeit präsentiert, bei denen sich die Frage nach ihrem Sinn stellt und die der Fachöffentlichkeit bisher den Nachweis ihrer Wirksamkeit schuldig geblieben sind.

An dem Problem der Unkenntnis, nicht nur der Hausarzt/ ärzt*innen, sondern vieler beteiligter Akteur*innen setzte die Initiative der Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz an. Sie erarbeiteten gemeinsam mit weiteren Organisationen Leitlinien zu einer fachübergreifenden und evidenzbasierten Diagnostik und zu Behandlungsstandards (S3-Leitlinie „Demenzen“; DGPPN/DGN 2016).

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Behandlung von psychischen und Verhaltenssymptomen sowie auf den psychosozialen Interventionen und nichtpharmakologischen Therapieverfahren. Insbesondere diese Intention dürfte für das Management von Interesse sein, da dort die im Rahmen einer Gesamtkonzeption die Interventionsstrategien zur psychosozialen Begleitung demenzkranker Menschen verantwortet werden.

Bezogen auf die Ergebnisqualität sind die Verantwortlichen mit der Forderung konfrontiert, die Effektivität und Effizienz von psychosozialen Interventionen zu begründen. Der S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN/DGN 2016) liegt die ICD-10-Klassifikation zugrunde. Hier werden Empfehlungen zu den Demenzformen Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, frontotemporale Demenz, Lewykörperchen-Demenz (klassifiziert in der ICD-10 unter Kapitel 6, G 31.8 „Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten des Nervensystems“) und Demenz bei Morbus Parkinson formuliert.

Die Leitlinie berücksichtigt den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Kenntnis. Dabei soll die Anwendung wirksamer und hilfreicher Verfahren gestärkt und sich bei Vorliegen fehlender Wirksamkeit

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

gegen eine Anwendung ausgesprochen werden. Die Leitlinien werden alle zwei Jahre auf ihre Aktualität überprüft.

Ziel der Erarbeitung dieser Leitlinien ist es, den mit der Behandlung von Demenzkranken befassten Personen eine systematisch entwickelte Hilfe zur Entscheidungsfindung in Diagnostik, Therapie, Betreuung und Beratung zu bieten. Dies ist besonders vor dem Hintergrund hervorzuheben, dass es bisher keine Heilung oder ursächliche Therapieverfahren insbesondere für die degenerativen Demenzen gibt.

Die Behandlung demenzkranker Personen ruht auf zwei Säulen. Zum einen der medikamentösen Therapie, zum anderen der psychosozialen und therapeutischen Begleitung der erkrankten Person. Die vorgestellten therapeutischen und psychosozialen Interventionen sowie die medikamentöse Behandlung schließen sich nicht aus, sondern ergänzen sich gegenseitig.

Ziele der medikamentösen, therapeutischen und psychosozialen Interventionen sind:

- Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Reduktion von Verhaltensstörungen
- Verbesserung der Alltagsaktivitäten
- Verbesserung des Wohlbefindens und damit einhergehend der Lebensqualität

Die Ziele machen deutlich, dass es nicht nur darum geht, eine Symptomreduktion zu erreichen, sondern auch zu bewerten, in welchem Ausmaß eine Intervention die Lebensqualität der Demenzkranken und ihrer Pflegepersonen verbessert.

Für alle vorgestellten Konzepte gilt, dass die Betreuungsqualität der demenzkranken Menschen primär von der Qualität der Beziehung und der positiven Interaktionsfähigkeit der Therapeut*innen oder des Behandlungsteams abhängt.

12.1. Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie ist ein wesentlicher Baustein im Gesamtkonzept zur Behandlung von Demenzerkrankungen. Die erste Wahl bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz sind Cholinesterasehemmer (Wirkstoffe wie Donepezil, Galantamin, Rivastigmin). Die Wirksamkeit dieser Substanzen ist hinsichtlich der Verbesserung kognitiver Fähigkeiten nachgewiesen. (Gutzmann 2006) Medikamente können zwar die Lebensqualität demenzkranker Patient*innen verbessern, indem sie die psychischen Leistungen wie Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit vorübergehend steigern oder stabilisieren, der Wirkung der Medikamente sind jedoch Grenzen gesetzt. Sie können den Ausbruch der Symptome einige Zeit hinauszögern, aber die Krankheit selbst nicht stoppen.

Antidepressiva und Neuroleptika kommen in der Beeinflussung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten zur Anwendung. Diese werden jedoch bei einem entsprechenden demenzgerechten Milieu weitgehend entbehrlich.

12.2. Therapeutische und psychosoziale Empfehlungen und deren Evidenz

Evidenz und Empfehlungsgrade

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Bisher gibt es wenig wissenschaftlich gesichertes Wissen über die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen im Zusammenhang mit der psychosozialen und therapeutischen Begleitung demenzkranker Menschen. Häufig wird die Wirksamkeit der unterschiedlichen Interventionen zwar behauptet, nicht aber belegt. Daher werden in diesem Abschnitt zunächst die Empfehlungs- und Evidenzgrade für therapeutische Interventionen vorgestellt. Die nachfolgenden Aufstellungen vermitteln die der Leitlinie zugrundeliegenden Empfehlungs- und Evidenzgrade für therapeutische Interventionen sowie die Empfehlungsgrade entsprechend der S3-Leitlinie „Demenzen“.

Tabelle 7: S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN/DGN 2016: 7)

Evidenzgraduierung bei Studien zu therapeutischen Interventionen

Ia	Evidenz aus einer Meta-Analyse von mindestens drei randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trials, RCTs)
Ib	Evidenz aus mindestens einer randomisiert kontrollierten Studie oder einer Meta-Analyse von weniger als drei RCTs
IIa	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aus zumindest einer methodisch guten, quasi experimentellen deskriptiven Studie
III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten

Mithilfe von Evidenzklassen bzw. -graden erfasst man die Aussagefähigkeit wissenschaftlicher Studien. Die Autoren der S3-Leitlinie unterscheiden die Evidenzklassen I bis IV. Studien der Klasse Ia haben die höchste Evidenz, während Studien der Klasse IV die geringste aufweisen. Je höher die Evidenzklasse, desto besser ist die wissenschaftliche Begründbarkeit für eine Therapieempfehlung. Auf der Basis der Evidenzklassen werden Behandlungsempfehlungen abgegeben. Unterschieden werden die Empfehlungsgrade A: „Soll“-Empfehlung, B: „Sollte“-Empfehlung, O: „Kann“-Empfehlung und „Good Clinical Practice“.

Tabelle 8: Empfehlungsgrade, S3-Leitlinie „Demenzen“ (DGPPN/DGN 2016:8)

Empfehlungsgrade

A „Soll“-Empfehlung:	zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib)
B „Sollte“-Empfehlung:	gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt
O „Kann“-Empfehlung	Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
GCP „Good Clinical Practice“	Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppen als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Evidenz vorliegt.

In Tabelle 8 werden die Evidenz- und Empfehlungsgrade zusammengefügt.

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Tabelle 9: Evidenz- und Empfehlungsgrade (eigene Darstellung, Kwiatkowski 2015)

Empfehlungsgrad	Evidenzgrad	Quelle bzw. Studientyp
A	I	randomisierte kontrollierte Studie
Soll-Empfehlung: zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde (Evidenzebenen Ia und Ib)		
B	Ila, IIb	zumindest eine methodisch gute, kontrollierte Studie ohne Randomisierung zumindest eine methodisch gute, quasi-experimentelle deskriptive Studie
Sollte-Empfehlung: gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung (Evidenzebenen II oder III) oder Extrapolation von Evidenzebene I, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt		
O	III	Evidenz aus methodisch guten, nichtexperimentellen Beobachtungsstudien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fallstudien
Kann-Empfehlung: Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten (Evidenzkategorie IV) oder Extrapolation von Evidenzebene IIa, IIb oder III. Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.		
GCP	IV	Evidenz aus Berichten von Expertenkomitees oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten
Good Clinical Practice: Empfohlen als gute klinische Praxis im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Evidenz vorliegt		

12.3. Therapeutische und psychosoziale Interventionen

Wesentliche Ziele der therapeutischen und psychosozialen Interventionen sind es, die Selbsthilfefähigkeit und Selbstständigkeit der demenzkranken Menschen zu erhalten (siehe dazu auch. Kap. 6.3), Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, das Wohnen im häuslichen Umfeld möglichst lange zu ermöglichen und das Wohlbefinden in ambulanten wie stationären Einrichtungen zu verbessern und damit die Lebensqualität zu erhalten.

Die in diesem Studienheft vorgestellten therapeutischen und psychosozialen Interventionen werden in Tabelle 9 fünf Kategorien zugeordnet und in den folgenden Unterkapiteln genauer erläutert.

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

„Angehörigentraining zum Umgang mit psychischen und Verhaltenssymptomen bei Demenz können geringe Effekte auf diese Symptome beim Erkrankten haben. Sie sollten angeboten werden. Empfehlungsgrad B, Evidenzebene Ib.“ (DGN/DGPPN 2016: 93)

Hauptthema des **personenorientierten Ansatzes nach Kitwood** (2000, 2013) ist das „Personsein“.

„Es ist ein Stand oder Status, der dem einzelnen Menschen im Kontext von Beziehung und sozialem Sein von anderen verliehen wird. Er impliziert Anerkennung, Respekt und Vertrauen.“ (Kitwood 2000: 27)

Er charakterisiert vier globale Empfindungszustände, die unabhängig von komplexen kognitiven Fähigkeiten auf alle Menschen zutreffen:

- Jeder Mensch bedarf der Anerkennung seines Wertes, seiner Würde und Bedeutsamkeit.
- Jeder Mensch möchte handeln können.
- Jede*r bedarf des Vertrauens in soziale Beziehungen, benötigt Kontakte und Interaktion.
- Jede*r bedarf der Hoffnung im Sinne des Urvertrauens, dass Welt und Menschen in einem fundamentalen Sinn gut und verlässlich sind.

Kitwoods Konzept ist weniger vom Versuch motiviert, in irgendeiner Weise auf den demenzkranken Menschen einzuwirken, als vielmehr die Pflegebeziehung zu den Kranken so zu gestalten, dass diese eine möglichst geringe Einschränkung durch die Betreuung erleben. Der Erhalt des Personseins ist das oberste Ziel, um das Wohlbefinden demenzkranker Menschen zu sichern. Dieses Ziel verfolgt „**Dementia Care Mapping**“, eine von Kitwood entwickelte Methode, um Verhaltensweisen demenzkranker Personen anhand von Kategorien zu erfassen und zu beschreiben. Auf der Basis dieses individuellen Verhaltensprofils werden die Umwelteinflüsse zum Wohlbefinden der an Demenz erkrankten Person optimiert. (Müller-Hergl 2000b; Riesner 2014)

Dementia Care Mapping setzt bei der Voraussetzung an, dass, wenn es Menschen mit Demenz gut geht, dieses Wohlergehen als Zeichen von Pflegequalität gewertet und auch operationalisiert werden kann. Das Wohlbefinden wird in einer Gruppe von Menschen mit Demenz kontinuierlich über mindestens sechs Stunden bzw. einen ganzen Tag beobachtet und auf einem Sammelblatt festgehalten. Die Daten werden anschließend analysiert und zu Wohlbefindlichkeitsprofilen von Einzelnen und Gruppen aufgearbeitet. Die Ergebnisse geben Auskunft über die Qualität des Pflegeprozesses. Entsprechende Beobachtungen werden dem Team zurückgespiegelt. Dahinter steht die Absicht, gemeinsam die Prozessqualität einer Einrichtung weiterzuentwickeln. (Müller-Hergl 2000a; Riesner 2014)

Bei der **Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)** nach Romero und Eder (Romero & Eder 1992; Romero 2004; Romero & Zeffass 2013) geht es um die Stabilisierung der eigenen Identität. In der Psychologie wird Identität als die als „Selbst“ erlebte innere Einheit der Person bezeichnet. Mit Identität wird all das bezeichnet, was einem Menschen das Gefühl gibt, er selbst zu sein. Zu diesem Gefühl gehört unter anderem das Wissen über die eigene Vergangenheit sowie das Bewusstsein über sich selbst in der Gegenwart mit den Fähigkeiten, die wir uns im Lauf des Lebens angeeignet haben. Ich erkenne mich als jemanden, der ich war, bin und sein werde. Unser Selbst entwickelt sich in Kontakt mit unserer Umwelt. Das Selbstsystem entsteht aus Erinnerungen, Gewohnheiten und Erwartungen. Diese bilden die Grundlage für Erleben und Erwartungen. Die Gesamtheit der Erfahrungen und das Wissen über uns geben uns das Gefühl, „ich bin ich selbst“. Das Selbst eines Menschen ist grundlegend, um Erfahrungen einordnen zu können, sich zu entwickeln, sich anzupassen, Entscheidungen zu treffen, sich zu orientieren. (Schachinger 2002) Geht dieses Bewusstsein über die eigene Identität verloren, verliert der Mensch die Basis seines Lebens und seines Selbstwertgefühls.

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

bestätigen und durch Verständnis und Akzeptanz ihre Lebensqualität zu verbessern. Mit der Validation ist eine Abkehr von der herkömmlichen Grundhaltung verbunden, primär kognitive Verbesserungen anzustreben. Bisher stehen Wirksamkeitsstudien in Bezug auf die Validation noch aus. Die heute in vielen deutschen Pflegeeinrichtungen praktizierte **Integrative Validation** nach Richard ist eine Weiterentwicklung der Validation nach Feil, die einfacher zu erlernen ist und deshalb auch verstärkt zum Einsatz kommt. (Erdmann & Schnepf 2012)

12.7. Sozial-ökologisch orientierter Ansatz

Sozial-ökologisch orientierte Ansätze zielen auf eine Anpassung der materiellen und sozialen Umwelt an die krankheitsbedingten Veränderungen der Wahrnehmung, des Empfindens, des Erlebens, des Verhaltens und der Kompetenzen ab. Unter Einbeziehung der Bezugspersonen wird die räumlich dingliche Umgebung des Kranken so gestaltet, dass durch Errichtung einer „prothetischen“ Umwelt dessen sinnesphysiologische, physische und kognitive Einbußen kompensiert werden.

Als **Milieuthérapie** wird eine gezielte Gestaltung der räumlichen und sozialen Umgebung an die krankheitsbedingten Veränderungen bezeichnet. Milieuthérapie will ein Umfeld schaffen, das bereits aufgrund seiner Struktur therapeutische Wirkungen entfaltet und in dem eine auf Rehabilitation ausgerichtete Grundeinstellung des Personals erleichtert wird. (Baltes et al. 1990; Staack 2004)

Bezogen auf die Demenzerkrankung heißt dies, eine überschaubare und gut verstehbare Raumgestaltung zur besseren Orientierung in einem Pflegeheim, ein zugewandtes, entspanntes, soziales Milieu zur psychosozialen Integration zu schaffen.

Mit der Milieuthérapie sind folgende Ziele verbunden (Heeg 2003):

- Sicherheit und Geborgenheit vermitteln
- Wahrnehmung und Orientierung erleichtern
- Kompetenzerhaltung ermöglichen
- Anregungen bieten, Überstimulation vermeiden
- Gelegenheit zu Sozialkontakten bieten
- den Bezug zum bisherigen Lebenszusammenhang bewahren

Die **räumliche Gestaltung** erfolgt unter Einsatz von materiellen wie architektonischen Hilfsmitteln, z. B. durch eine leicht zu differenzierende und sensorisch stimulierende farbliche Gestaltung der Räume und Flure oder durch Ausstattung der Räumlichkeiten mit gut sichtbaren und leicht verständlichen Orientierungshilfen. Folgende Prinzipien zur Raumgestaltung werden derzeit diskutiert:

Beleuchtung: Eine sehr helle, wenn möglich schattenfreie Beleuchtung hilft dem/der Kranken sich zurechtzufinden und kann Angstzustände und Fehlwahrnehmungen vermindern. Nachts sorgen ein Nachtlicht oder ein Bewegungsmelder auf dem Weg zur Toilette für Orientierung.

Farbgestaltung: Warme, weiche Farben dienen der Beruhigung. Kontrastfarben hingegen helfen, Dinge besser zu erkennen sowie Entfernungen und Räumlichkeiten einzuschätzen. Ein reizarmes Lebensumfeld wirkt beruhigend, stützend und sichernd. Zu viele Reize überfordern Demenzkranke. So können z. B. realistische Tier- oder Pflanzenmuster auf Stoffen zu Verwechslungen führen oder Muster in Teppichen werden als Hindernisse fehlgedeutet.

Rundwanderwege: Wandern ist eine typische Verhaltensweise von Demenzkranken. Für sie haben sich Rundwanderwege bewährt, weil sie keine Sackgassen oder Barrieren aufweisen. Sie sollten

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

idealerweise in Gärten angelegt sein, die sich an die Wohngruppe anschließen. Ebenso kreisförmig sollten die Flure in den Pflegeeinrichtungen gestaltet sein. Die Flure führen die Demenzkranken durch verschiedene Aktivitäts- und Gemeinschaftsbereiche, sodass sie motiviert werden, an Gruppenaktivitäten teilzunehmen. (Heeg & Bäuerle 2012)

In die Milieuthherapie sind alle Kranken sowie das entsprechend geschulte Personal einbezogen.

Die folgenden Grundsätze sind für die **psychosoziale Begleitung** von Bedeutung:

- **Feste Regeln und Zeiten im Tagesablauf**

Der Verlust des Zeitgefühls und die Unfähigkeit, den eigenen Tagesablauf zu planen und sich in ungewohnten Situationen zurechtzufinden, sind für demenzerkrankte Personen außerordentlich beunruhigend. Denn sie sind darauf angewiesen, dass Angehörige und Betreuer*innen die gewohnten Ordnungsvorstellungen respektieren. Individuelle konstante Regeln und Zeiten für die Aktivitäten des täglichen Lebens helfen der erkrankten Person, den Tag für sich selbst gut zu gestalten. Die Vorhersehbarkeit und das Gleichmaß von Abläufen haben eine beruhigende Wirkung. Das Ritualisieren von Handlungen und der gewohnten Umgebung geben Sicherheit.

- **Lebens- und zeitgeschichtliche Erinnerungen wachhalten**

Die zeitliche Erinnerung wird gestärkt durch Tätigkeiten oder Symbole, die einen Bezug zur Jahreszeit oder zu bestimmten Festtagen besitzen. Wenn Begleitpersonen lebensgeschichtliche Erinnerungen lebendig halten, erleichtern sie der an Demenz erkrankten Person die zeitliche Orientierung.

- **Orientierungshilfen anbieten**

In Gesprächen mit der erkrankten Person können Orientierungshilfen beiläufig eingeflochten werden. Entscheidend für das Wohlbefinden ist nicht, dass sich richtig erinnert, sondern dass sich die betroffene Person sicher und geborgen fühlt. Bei der Verknennung von Situationen helfen diplomatisches Geschick und Verständnis, die erkrankte Person nicht zu sehr mit Widersprüchlichkeiten in Konflikt zu bringen. Gegenwartsbezug sollte nur dort hergestellt werden, wo er wirklich von Bedeutung ist.

- **Vertraute Bezugspersonen**

Die demenzerkrankte Person braucht eine einfühlsame und vertraute Bezugsperson, die ihn/sie respektvoll in der fremden Welt des Pflegeheims begleitet. Sie sollte seine bzw. ihre biografischen Gewohnheiten und Bedürfnisse kennen, sodass sie diese im Alltag des Pflegeheims und in der Unterstützung in den Lebensaktivitäten berücksichtigen kann.

Wesentlich ist, dass die zentralen Dimensionen des therapeutischen Milieus, nämlich die organisatorisch-betrieblichen Regelungen, die baulichen Gegebenheiten sowie das soziale Milieu aufeinander abgestimmt und an den konkreten Bedürfnissen der Demenzkranken ausgerichtet sind.

Das Konzept der „Milieuthherapie“ wird in der S3-Leitlinie nicht genannt, allerdings Komponenten daraus, die im Folgenden vorgestellt werden:

Bewertung entsprechend der S3-Leitlinie „DEMENZEN“

Lichttherapie

„Es gibt keine ausreichenden Beweise für einen therapeutischen Effekt von Licht, die eine spezielle Empfehlung in der Anwendung bei Menschen mit Demenz erlauben. Evidenzebene Ib.“ (DGN/DGPPN 2016: 93)

Behandlung eines erhöhten Bewegungsdrangs („Wandering“)

Lösung der Übungsaufgaben

LÖ

- 1 zum einen als Instrumente des Qualitätsmanagements und der evidenzbasierten Medizin und zum anderen als Steuerungselement der Gesundheitsversorgung
- 2 Interessenverbände, die medizinische Handlungsempfehlungen veröffentlichen:
 - Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) / Medizinisch-Wissenschaftliche Fachgesellschaften
 - Berufsgenossenschaften
 - Berufsverbände
 - Bundesärztekammer: Wissenschaftlicher Beirat, Arzneimittelkommission der Ärzteschaft
 - Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
 - Kliniken / Praxisverbünde
 - Wissenschaftliche Institute / Experten
- 3 *Externe Evidenz* beruht in erster Linie auf empirischer klinischer Forschung in Form von *randomisiert kontrollierbaren Studien (RCT)* oder *quasi-experimentellen Studien*. Darüber hinaus liefern systematische Analysen dieser Studien Hinweise auf externe Evidenz und sind insofern interessant, als sie deren Ergebnisse miteinander vergleichen und interpretieren.

Interne Evidenz kann am besten mit Erfahrungswissen, Intuition und Situationskompetenz umschrieben werden und ist immer dann von Bedeutung, wenn keine systematische Darlegung externer Evidenz vorliegt.

Evidenzbasierte Praxis (EBP) steht für die Integration individueller Expertise mit der bestmöglichen zur Verfügung stehenden externen Evidenz aus systematischer Forschung.
- 3a individuelle Lösung
- 3b individuelle Lösung
- 4 Mikroebene: interne in Kombination mit externer Evidenz
Mesoebene: expertenstandards, Leitlinien
Makroebene: nationale Versorgungsleitlinien
- 5 Ziele von Leitlinien:
 - Transfer wissenschaftlicher Erkenntnis in die Praxis
 - Anhebung des Qualitätsniveaus
 - Reduktion unerwünschter Qualitätsstreuung
 - Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und sinnvoller Ressourceneinsatz
 - Verbesserung der Ausbildung der Behandelnden
 - Informieren der Öffentlichkeit und der Patient*innen über den Ablauf bestimmter medizinischer Maßnahmen
Gütekriterien von Leitlinien:
 - Gültigkeit der Empfehlungen
 - genaue Spezifikation des Anwendungsbereichs

Evidenzbasiertes Handeln im Gesundheitswesen – eine Praxisanleitung

Literaturverzeichnis und Quellennachweise:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2015): *Leitlinien-Register*. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-register.html> (21.05.2019).

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2011): *AWMF-Regelwerk*. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/II-entwicklung.html> (23.05.2019).

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2019a): *Nationale Versorgungsleitlinien*. Verfügbar unter: <https://www.leitlinien.de/nvl/> (22.03.2019).

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2019b): *Patient*innen-Information*. Verfügbar unter: https://www.Patient*innen-information.de/ (28.03.2019).

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2019): *Nationale Versorgungs-Leitlinien*. Verfügbar unter: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen> (23.05.2019).

Baltes, M., Sörensen, S., Kühl, K.-P. (1990): *Einführung und Begriffsklärung. Intervention in der Gerontopsychiatrie*. In: Baltes, M., Gutzmann, H. (Hrsg.): Brennpunkt Gerontopsychiatrie. Internationale Pflegekonzepte zur Langzeitbetreuung in der Altenhilfe. Hannover: Vincentz: 1–18-

Beck, E. (2020): *Gemeinsam Gestalten- Widerstände und Barrieren aufbrechen*. In: Höppner, H; Kühnast C.; Winkelmann C. (Hrsg.): Potentiale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. Heidelberg: Medhochzwei Verlag. (S. 95–110).

Behrens, J. (2010): *Evidence-based Nursing als Ethik in der Versorgung*. In: Behrens, J.; Langer, G. (Hrsg.): Handbuch Evidence-based Nursing. Externe Evidenz für die Pflegepraxis. Bern: Huber.

Behrens, J.; Grafe, M.; Wolf, U. (2020). *Aufbau interner Evidenz in der Physiotherapie*. In: Höppner, H., Kühnast P., Winkelmann, C. (Hrsg.) (2020). Potentiale der Physiotherapie erkennen und nutzen. Von der Kompetenz zur Performanz in der Gesundheitsversorgung. Heidelberg: Medhochzwei Verlag. (S.114–115).

Blimlinger, E., Ertl, A., Koch-Straube, A., Wappelshammer, E. (1996): *Lebensgeschichten. Biographarbeit mit alten Menschen*. Hannover: Vincentz.

Bundeskongress zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen e. V. (BUKO-QS) (2013): *Qualitätsniveau III*. Verfügbar unter: http://www.buko-qs.de/cms/front_content.php?idcat=48 (18.11.2013).

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (1997): *Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung – Beschlüsse der Vorstände der Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997*. Deutsches Ärzteblatt 94 (33): A-2154-5.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2019): *Programm für Nationale*

DIPLOMA

Private staatlich anerkannte Hochschule
University of Applied Sciences

DIPLOMA Hochschule

Studienservice

Herminenstraße 17f
31675 Bückeburg

Tel.: +49 (0)40 228 988 240
meinstudium@diploma.de
diploma.de



Leseprobe



Du möchtest mehr erfahren?

Unser aktuelles Studienangebot und weitere Informationen sowie unsere Angebote zur Studienberatung findest Du auf **www.diploma.de**