

ipp schriften 01



AUSGABE 01 SOMMER 2007

PFLEGEFORSCHUNG IN DEUTSCHLAND JAHRESTAGUNG DER PFLEGEFORSCHUNGSVERBÜNDE 2005 IN BREMEN

TAGUNGSBEITRÄGE

Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Pflegeforschung in Deutschland

Jahrestagung der Pflegeforschungsverbände 2005 in Bremen

17. – 18. November 2005

Atlantic Hotel Universum – Conference Center Bremen

Veranstalter: Pflegeforschungsverbund Nord

Gefördert vom



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Impressum

Herausgeber:

Institut für Public Health und Pflegeforschung IPP
Abt.: Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung
Universität Bremen
Prof. Dr. Stefan Görres
Karl Reif
Grazer Str. 4
28359 Bremen

Gestaltung: Karl Reif, Patel Grafik Design, Bremen
Druck: Universitätsdruckerei Bremen
Veröffentlichung: März 2007
Auflage: 300
ISSN 1864-4546

Gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung

Für die inhaltliche Richtigkeit der einzelnen Beiträge sind die jeweiligen Autoren bzw. Projekte verantwortlich.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorwort des Projektträgers: Intention der Tagung	4
Vorwort des Veranstalters	5
Grußwort	7
Pflegewissenschaft und -forschung	9
Evidenzbasierung als Bezugsrahmen für die Pflege- und Hebammenforschung	21
Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd: »Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen«	27
Pflegeforschungsverbund Nord: »Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente«	39
Pflegeforschungsverbund NRW: »Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit«	49
Verbund Hebammenforschung: »Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal«	63
Autorenliste	75

Vorwort des Projektträgers: Intention der Tagung

Dr. Gabriele Hausdorf
Leiterin des Referats Gesundheitsforschung,
Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Mit der Konstituierung von vier Forschungsverbänden durch die Fördermaßnahme „Angewandte Pflegeforschung“ werden seit 2004 mehr als dreißig Projekte zu Themen der Pflege- und Hebammenforschung vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Über die unmittelbare Projektförderung hinaus umfasst die Förderung auch Verbundinterne und übergreifende Veranstaltungen.

Nach einer Auftaktveranstaltung in Bad Honnef im Herbst 2004 hat der Norddeutsche Pflegeforschungsverbund die vier geförderten Forschungsverbände im Förderschwerpunkt „Angewandte Pflegeforschung“ zu einem zweiten Verbundübergreifenden Treffen am 17./18.11.2005 in Bremen eingeladen. In zahlreichen Beiträgen wurden laufende Projekte der vier Verbände vorgestellt und ihre Forschungsansätze, ihre methodischen Konzepte und erste Ergebnisse kritisch diskutiert. Nicht zuletzt ging es in Übersichtsreferaten auch um das Selbstverständnis der Pflege- und Hebammenforschung und ihre Einbettung in die Forschungs- und Versorgungslandschaft. Damit stellt dieser jährliche Veranstaltungszyklus als Standortbestimmung der Fördermaßnahme eine sinnvolle Ergänzung und Bereicherung zu den regelmäßig und in größerer Frequenz von den Verbänden organisierten internen Veranstaltungen dar, die sich der Klärung eigener Angelegenheiten und der methodisch orientierten Fortbildung widmen.

Beide Veranstaltungsreihen haben ihren eigenen Stellenwert: hier die Stärkung der eigenen Identität, der Kohäsion der Verbundmitglieder und der Fortentwicklung der Verbände; dort eine Öffnung der Diskussion über die Verbundgrenzen hinweg hin zu einer Reflexion der Perspektiven der Pflege- und Hebammenforschung.

Mit dem Themenspektrum der Bremer Veranstaltung wurden die Konsolidierung und Weiterentwicklung der Verbundstrukturen erkennbar demonstriert. Die engagierten Beiträge und anregenden Diskussionen, das positive Gesprächsklima und die Bereitschaft, die weitere Entwicklung und Perspektiven der Pflegeforschung zu reflektieren, sprechen überzeugend für die Fortsetzung dieser Veranstaltungen, auch in der 2. Förderperiode. Erfreulicher- und dankenswerterweise haben sich auch Gutachter an den beiden Veranstaltungen beteiligt.

Wer sich das Ergebnis der Begutachtung der Anschlussanträge für die zweite Förderperiode vergegenwärtigt, kann feststellen, dass die Verbände ihre Chancen offensichtlich gut genutzt haben. Aufgrund der guten wissenschaftlichen Qualität vieler Anträge ist zu erwarten, dass die Fördersumme für die zweite Förderperiode die der ersten beträchtlich übersteigen wird. Die Verbundübergreifenden Veranstaltungen dürften sicherlich mit dazu beigetragen haben.

Ich spreche hiermit nicht nur meinen Dank an die Organisatoren der Veranstaltung in Bremen aus, sondern verbinde dies mit der Hoffnung und Bitte an die Organisatoren der nächsten Treffen, diese Veranstaltungsreihe genauso erfolgreich fortzusetzen. Erfreulich ist auch, dass sich der Pflegeforschungsverbund Nord der Mühe unterzogen hat, die Beiträge der Veranstaltung zu sammeln, zu redigieren und in Form dieser Broschüre und als pdf-Datei einem breiteren Publikum zugänglich zu machen. Hierdurch wird die Verwertung von Forschungsergebnissen nachhaltig unterstützt. Und dies ist ein vordringliches Anliegen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung.

Vorwort des Veranstalters

Prof. Dr. Stefan Görres

Sprecher des Pflegeforschungsverbundes Nord

Universität Bremen

Fachbereich 11, Human- und Gesundheitswissenschaften

Stellvertretender Dekan

Die Universität Bremen und der Fachbereich 11, Human- und Gesundheitswissenschaften, freuen sich, die Jahrestagung der Forschungsverbände „Pflegeforschung in Deutschland“, die das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zunächst für 3 Jahre fördert, in Bremen, der Stadt der Wissenschaft, ausrichten zu dürfen.

Mit der Einrichtung von vier Pflegeforschungsverbänden, einschließlich der Hebammenforschung, ist es in der Bundesrepublik Deutschland erstmals gelungen, die Pflege- und Hebammenforschung in einem nennenswerten Umfang mit öffentlichen Mitteln aus dem Forschungsetat einer Bundesregierung zu unterstützen und damit einen wesentlichen Beitrag zur weiteren Etablierung der Pflegewissenschaft, zur Förderung einer wissenschaftlichen Infrastruktur und zur Generierung und Bearbeitung wichtiger Fragestellungen zum Gegenstand Pflege zu leisten. Dem zuständigen Ministerium (BMBF), dem Projektträger DLR und den Gutachtern gilt seitens der Forschungsverbände unser Dank.

Die Tagung in Bremen steht unter einem methodischen Arbeitsschwerpunkt. Wenn man davon ausgeht, dass die wesentlichen Eckpunkte einer Disziplin neben der Definition des Gegenstandes, dem eigenen Begriffsapparat und der Theoriebildung das eigene Methodeninstrumentarium ist, so wird deutlich, dass die Tagung ein wesentlicher Meilenstein auf dem Weg ist, Pflegewissenschaft als eigenständige Disziplin zu profilieren.

Die zahlreichen Forschungsprojekte der vier Forschungsverbände zeigen sehr eindrucksvoll, dass neben den der Pflegewissenschaft traditionell verbundenen qualitativen Methoden durch das Vorschreiten der im weitesten Sinne klinischen Pflegeforschung und Evidence-based Nursing (EBN) gegenwärtig auch die quantitativen Methoden die Pflege- und Hebammenforschung sehr stark mit bestimmen.

Damit wird nicht nur den Forderungen vieler Wissenschaftler Rechnung getragen, hiermit ein lang anhaltendes Defizit in der Pflege- und Hebammenforschung bzw. in der Praxis aufzufüllen, sondern auch die Möglichkeit gegeben, gegenüber anderen Disziplinen sowie potentiellen Auftraggebern und Praxiseinrichtungen diese Kompetenzen deutlicher als bisher in den Vordergrund zu rücken und den Umfang der Leistungsstärke der Pflege- und Hebammenforschung damit deutlich zu unterstreichen.

Die vorgestellten Projekte aus der ersten Förderphase zeigen, dass Pflegewissenschaft und -forschung im Vergleich etwa zu den 90er Jahren einen riesigen Schritt nach vorne gemacht haben und dazu in der Lage sind, nicht nur die angewandte, sondern in ersten Anfängen auch die Grundlagenforschung aus der eigenen Disziplin heraus und auch multidisziplinär weiterzuentwickeln.

Drängenden Fragen der Praxis kann mit dieser Ausrichtung kompetent und mit innovativen Lösungen und/oder Empfehlungen begegnet werden. Denn nicht zuletzt ist es auch das an die Wissenschaft berechtigterweise gerichtete Verwertungsinteresse einer Gesellschaft, das die Pflegeforschung im Sinne eines Wissenschafts-Praxis-Transfers bisher vergleichsweise erfolgreich zu bedienen und damit nicht zuletzt zu Qualitätsverbesserungen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erheblich beizutragen vermochte.

Unter diesem Gesichtspunkt – einerseits der weiteren Etablierung der Disziplin selbst und andererseits dem eines gelungenen Transfers der Forschungsergebnisse in die Praxis – sind die Forschungsprojekte, die im Rahmen dieser Tagungsbroschüre in Abstractform nachzulesen sind, zu beurteilen.

Angesichts der Vielfalt und hohen Qualität der Projekte und der bisher erfolgreichen Arbeit der Verbände ist davon auszugehen, dass auch die zweite Förderphase mit Erfolg beantragt und die dortigen Projekte ebenso erfolgreich bearbeitet werden können. Die dann mehrjährige Förderung wird dazu beitragen, dass die Pflege- und Hebammenforschung in Deutschland mit der so intendierten Herausbildung von regionalen Forschungszentren und einer zukunftssträchtigen Forschungsinfrastruktur den im internationalen Vergleich betrachteten jahrzehntelangen Rückstand aufholen und sich als leistungsstarke Disziplin dauerhaft etablieren kann.

Grußwort

Grußwort im Namen von Frau Senatorin Röpke

Karin Röpke

Bremer Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales

Meine sehr geehrten Damen und Herren,
sehr geehrter Herr Prof. Görres,

ich freue mich sehr, heute im Namen von Frau Senatorin Röpke ein Grußwort zu dieser Jahrestagung überbringen zu dürfen.

Bremen ist eine gute Heimat für eine solche Tagung, denn in der Entwicklung von Pflegewissenschaft an Hochschulen war Bremen von Anfang an dabei - und hat sich, auch in Verbindung mit dem Institut für angewandte Pflegeforschung, bundesweit einen Namen gemacht.

An dieser Stelle danke ich der DLR für das Vertrauen an den Verbund, diese wichtige Tagung ausrichten zu dürfen und natürlich auch der Robert- Bosch- Stiftung, die in mehreren Projekten und Zusammenhängen in der Pflege in Bremen schon einen festen Platz hat.

Die Vertreter und Vertreterinnen der Pflegeforschungsverbände wollen heute hier Signale setzen: Signale an die Fachöffentlichkeit, aber auch Signale an Politik, - an Gesundheits- und Bildungspolitik, die hier an einem Strang ziehen müssen, um das Potential von Pflegewissenschaft und Forschung noch weiter auszuschöpfen.

Sie werden verstehen, wenn ich mich insbesondere für den Punkt „Verwertungsstrategien von Projektergebnissen, Öffentlichkeitsarbeit und Transfer“, interessiere. In einer Zeit, in der es finanziell und personell immer enger im Gesundheits- und Pflegebereich wird, in der keine Entwicklung so oft zitiert wird, wie die demographische, geht es darum, valide belegen zu können, wie und wo sich Patientenorientierung ‚auszahlt‘ und zwar im mehrfachen Sinne. ‚Auszahlt‘ im Sinne von sich lohnen, sich rentieren für die Betroffenen selbst, - im Hinblick auf ein mündiges Selbstmanagement von Krankheit oder Behinderung - aber auch für unser Gesundheitssystem sowie all die Menschen, die in diesem riesigen Arbeitsfeld beschäftigt sind und zunehmend ihre Notwendigkeit und Qualifikation begründen müssen.

Die Pflegeforschung steht, je nach Betrachtungsweise, entweder ganz vorne oder ganz am Ende der Versorgungskette. Denn, so die häufige Bitte und Erwartung aus der Praxis, Forschung muss relevant sein für die tatsächlichen Versorgungs- und Pflegeprobleme in der stationären und ambulanten Pflege.

Die Vernetzung von Theorie, - in diesem Fall Forschungsergebnissen - und Praxis, insbesondere die Implementierung von Forschungsergebnissen in die Pflegewirklichkeit, ist von allen gewollt, und dennoch nicht frei von Hürden und Hindernissen. So muss sich die Forschung immer wieder die zentrale Frage gefallen lassen: wer bestimmt wie die Forschungsrelevanz für bestimmte Themen?

Der Forschungsverbund NRW hat sich auferlegt, patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung von chronischen Erkrankungen insbesondere bei demenzkranken Menschen zu entwickeln. Sicherlich ist hier die Relevanz unumstritten, lediglich der möglichst schnelle Weg in die alltägliche Versorgung von chronisch Kranken wird von diesen selbst und ihren Angehörigen händeringend erwartet.

Ähnliches gilt sicherlich für den Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd, der in seinem pflegewissenschaftlichen Kolloquium im Mai die evidenzbasierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativen schwierigen Situationen erforscht hat. Das Ziel, Ergebnisse aus der angewandten Pflegeforschung mit Experten und Pflegenden aus der Praxis zu diskutieren, ist sicherlich ein guter Weg, um auch Skeptiker mehr von Forschung zu überzeugen.

An dem Projekt Hebammenkreißaal des Forschungsverbundes Hebammenforschung durfte ich von Anfang an sehr eng dabei sein, und freue mich, dass dieses wichtige, in Bremen von vielen Beteiligten getragene, Projekt heute schon erste Ergebnisse vorstellen kann.

Der heutige Gastgeber, der Pflegeforschungsverbund-Nord, hat sich insbesondere zur Aufgabe gemacht, den inzwischen sehr komplexen Pflegeprozess über die Institutionen hinaus zu optimieren und neue Steuerungsinstrumente hierfür zu erarbeiten.

Ich werde oft von Vertreterinnen und Vertretern größerer Bundesländer, Flächenländer ein wenig beneidet, um die Vernetzungs-Möglichkeiten, die Bremen als kleines Bundesland bietet. Ich habe jedoch häufig nicht den Eindruck, dass dies alleine ausreicht, schnelle Wege zu nutzen und sinnvolle Netzwerke und Kooperationen wirklich zu leben. Es gibt viele Möglichkeiten, Forschungsergebnisse zu transferieren und zu implementieren. Wir sind hier im Norden recht gut aufgestellt. Nicht nur die Pflegestruktur im Land Bremen selbst ermöglicht ein schnelles herankommen an bestimmte Ergebnisse; auch z.B. über die Kooperation „Norddeutsches Zentrum zur Weiterentwicklung der Pflege“ sind länderübergreifende Projekte und Maßnahmen möglich; innerhalb Bremens wird durch den Landesfachbeirat Pflege und durch einen großen Kreis interessierter Expertinnen und Experten die Implementierung evidenzbasierter Pflege in Angriff genommen.

Das zeigt uns, dass Pflege eigenes Potenzial und Profil hat, das es gilt weiter zu entwickeln, weil es gebraucht wird, sicherlich auch im Kontext von Public- health, - aber ganz besonders als eigenständige Disziplin.

So wünsche ich ihnen eine erfolgreiche Jahrestagung beim Austausch und bei der Weiterentwicklung Ihrer Forschungsvorhaben. Ich wünsche ihnen, dass Ihre Öffentlichkeitsarbeit gelingt, so dass Sie viele Unterstützerinnen und Unterstützer finden. Ich darf sicherlich behaupten, dass dies hier in der Gesundheitsabteilung so ist, aber ich appelliere auch weiterhin an Sie, die Relevanz Ihrer Forschungsvorhaben und die Möglichkeiten, diese in die Praxis einzubringen, von Anfang an mitzudenken.

Nehmen Sie die vielen interessierten Pflegeexpertinnen und –experten mit auf den Weg, um aus Forschung auch gelebte Praxis zu machen.

Heike Griechen

Pflegewissenschaft und -forschung

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Universität Bielefeld, Institut für Pflegewissenschaft
Pflegeforschungsverbund NRW

Vorbemerkung

Seit längerem herrscht Konsens darüber, dass die bundesdeutsche Pflege, wie andere Gesundheitsprofessionen auch, gefordert ist, zu einem *evidenzbasierten* Handeln zu gelangen. Evidenzbasierung heißt faktisch wissenschaftliche Fundierung. Wird diese Forderung ernst genommen, erwachsen daraus weitreichende, hierzulande noch keineswegs hinreichend bedachte Konsequenzen und es ist notwendig, Pflege – um es in den Worten der Robert-Bosch-Stiftung (2000) auszudrücken – „neu zu denken“.

Mit der Schaffung von Pflegewissenschaft wurde faktisch begonnen, Pflege „neu zu denken“ und analog der internationalen Entwicklung ein Umbauprozess angestoßen. Dies war politisch intendiert. Mit diesem Schritt sollte der Umbau der Pflege von einem vor-modernen Helferberuf im Schatten des Arztes hin zu einer modernen dienstleistungsorientierten Gesundheitsprofession eingeleitet werden, die auf der Basis eigener wissenschaftlicher Konzepte und Instrumente agiert – so die einhellige Rhetorik, die sich durch alle entsprechenden Begründungspapiere zieht. Nach unverhofft zügigen Schritten in den letzten 10 Jahren droht das schwungvoll begonnene Reformprojekt momentan in eine Sackgasse zu geraten und könnte sich zu einem weiteren der vielen derzeit vorfindbaren stecken gebliebenen Reformprojekte entwickeln, wenn die nun anstehenden weiteren Schritte in diesem Umbauprozess nicht angegangen werden – so die hier vertretene These. Um sie zu entfalten, werden im Folgenden zunächst kurz die auslösenden Faktoren angedeutet, die zur Etablierung von Pflegewissenschaft geführt haben und dann der erreichte Entwicklungsstand skizziert. Anschließend werden derzeit bestehende Probleme und wichtige, künftig zu bewältigende Herausforderungen aufgezeigt.

Auslösende Faktoren und aktuelle Entwicklung

Es ist heute fast schon ein Allgemeinplatz: Verursacht durch die *demographische* Alterung (die Zunahme der Lebenserwartung bei gleichzeitiger Abnahme der Geburtenrate) und die ungebrochene Zunahme *chronischer Krankheiten*, hat sich ein tief greifender Wandel der gesundheitlichen Problemlage der Bevölkerung in den westlichen Industrienationen vollzogen, auf den die Gesundheitssysteme noch längst nicht hinreichend eingestellt sind. Die Pflege ist von dieser Entwicklung bekanntermaßen besonders betroffen. Nicht nur ist ihre Bedeutung für die Versorgung gestiegen, sie ist gleichzeitig auch zusehends unter Problemdruck geraten. Denn im Zuge dieses Wandels haben sich in allen Bereichen der Pflege herkömmliche Aufgabenstellungen verändert und sind viele neue Anforderungen entstanden, auf welche die Pflege nicht adäquat zu antworten vermag. In die Intervention und Hilfestellung bei Krankheit, Einschränkungen der Funktionsfähigkeit und sonstigen Autonomieeinbußen ist beispielsweise Gesundheitssicherung und -förderung als wichtige Aufgabenstellung zu integrieren, ebenso Rehabilitation. Die dazu erforderliche Umorientierung von der bloßen Defizit- (bzw. Krankheits-) hin zur Gesundheits- und Ressourcenorientierung bedarf neuer wissenschaftlich gestützter Pflegekonzepte und ebensolcher Kompetenzen und setzt zudem ein weiter gefasstes Selbst- und Aufgabenverständnis voraus. Ähnlich ist es mit vielen der anderen veränderten Aufgabenstellungen und auch mit den neuen Aufgabenstellungen.

Diese, hier nur angedeuteten Entwicklungen gaben den Ausschlag, dass auch in Deutschland vor ca. einem Jahrzehnt mit der Etablierung von Pflegewissenschaft begonnen wurde. Damit begann eine

zunächst durch große Dynamik gekennzeichnete Entwicklung, wie rasch deutlich wird, wenn die damalige Situation mit der heutigen verglichen wird. Vergegenwärtigen wir uns dazu einige Fakten:

- Noch vor zehn Jahren war die Etablierung von Pflegewissenschaft bundesweit keineswegs klar absehbar, und es gab erst *einen* einzigen soeben angelaufenen Studiengang: an der Fachhochschule Osnabrück (Beginn: WS 1991/92)¹.
- Ebenso existierte keine nennenswerte Pflegeforschung, jedenfalls keine, die für sich in Anspruch nehmen konnte, Forschung *aus* der Pflege *für* die Pflege zu sein. Vorrangig existierte Forschung *über* Pflege und auch ihr Umfang war überschaubar.
- Auf wissenschaftlichen Kongressen wurden in Deutschland Pflege Themen kaum diskutiert. Auf internationalen pflegewissenschaftlichen Kongressen wiederum war die bundesdeutsche Pflege nicht präsent.
- Auf dem Publikationsmarkt sah die Situation etwas anders aus. Dennoch: *wissenschaftliche* Pflegeliteratur war kaum verfügbar und wurde überwiegend als kostbares, weil unter schwierigen Bedingungen importiertes Fotokopiergut aus den USA oder England gehandelt.

Heute, ein Jahrzehnt später, sieht die Situation gänzlich anders aus:

- Es existieren bundesweit 50 Studiengänge, mehrheitlich an Fachhochschulen. Pflegewissenschaft ist außerdem an fünf Universitäten verankert (in Nordrhein-Westfalen an vier Fachhochschulen mit mehreren Studienangeboten und an zwei Universitäten).
- Es gibt mittlerweile eine Vielzahl an Forschungsaktivitäten, die in absehbarer Zeit neuen Aufschwung erhalten, denn das BMBF bereitet sich darauf vor, Mittel für Pflegeforschungsverbände bereit zu stellen. Zu erwähnen ist auch, dass die Robert-Bosch-Stiftung in den zurückliegenden Jahren ein Programm zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses finanziert hat und derzeit die Auflegung eines Graduiertenkollegs plant. Aus inhaltlicher Sicht wiederum ist bemerkenswert, dass Forschung in der Pflege weitgehend die Forschung über Pflege abgelöst hat.
- Pflegekongresse gibt es mittlerweile in großer Zahl, und zugleich werden Pflege Themen vermehrt auf Kongressen anderer Disziplinen diskutiert. Auch die bundesdeutsche Präsenz auf internationalen Kongressen hat sich verbessert, wenngleich dies noch intensivierungsbedürftig ist.
- Der Publikationsmarkt boomt: Pflege war für die Verlage, die sich des Themas angenommen haben, sicher einer der großen Wachstumsmärkte des letzten Jahrzehnts. Die Konsequenz: internationale pflegewissenschaftliche Literatur ist nunmehr zugänglich, und in zusehends großer Zahl entstehen deutsche Veröffentlichungen.
- Noch etwas hat sich verändert: mittlerweile sind erste Pflegewissenschaftler in der Praxis zu finden. Zum Teil sind sie wie gewohnt in der direkten Pflege tätig, daneben entstehen andere Stellen – zwar noch zögerlich, aber sie entstehen. Dazu gehören beispielsweise die so genannten Stab- oder Forschungsstellen im Krankenhausbereich. Dies sind erste „Anker“ in der Praxis, von denen aus der Aufbau innovativer Entwicklungsprojekte und klinischer Pflegeforschung erfolgt. Generell ist in der Praxis im Vergleich zu der Zeit vor 10 Jahren vieles geschehen. So sind etliche neue Handlungsfelder entstanden – Beispiele dafür sind etwa die Qualitätssicherung, die Pflegeberatung nach SGB XI, die bei den Pflegekassen, beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), in Verbänden oder Verlagen etc. entstandenen Wirkungsfelder. Ebenso existieren mittlerweile zahlreiche Innovationsprojekte.
- Nicht unerwähnt bleiben sollte schließlich, dass sich auch auf der politischen Ebene Wandlungsprozesse vollzogen haben: dort ist die Pflege/Pflegewissenschaft heute ebenfalls sehr viel präsenter als noch 10 Jahre zuvor: Pflegewissenschaftler wirken in vielen Bundesgremien mit (Sachverständigenrat „Konzertierte Aktion des Gesundheitswesens/BMG; Ethikkommission/BMG, Sachverständigenkommission zur Erstellung der Altenberichte der Bundesregierung/BMFSFJ, Nationaler Aids-Beirat/BMG etc.) und last but not least existiert – wie hier in Nordrhein-Westfalen eine eigene Enquête-Kommission zur Pflege, in der Pflegewissenschaftler vertreten sind.

Diese kurze Kontrastierung dürfte verdeutlicht haben, dass wir es mit einer *Erfolgsgeschichte* zu tun haben. Auf ungeahnt breiter Basis hat Pflegewissenschaft in den letzten Jahren Einkehr in die Hochschullandschaft gehalten, wurden in großem Tempo Studienmöglichkeiten geschaffen und zugleich

¹ Ergänzend sei erwähnt, dass es in Berlin und Halle medizinpädagogische Studienmöglichkeiten gab, die schon vor der Wiedervereinigung existierten.

mit Riesenschritten begonnen, eine in Deutschland *neue* wissenschaftliche Disziplin aufzubauen, die mittlerweile praktische Auswirkungen zu zeigen beginnt. Die dabei erbrachten Leistungen sind immens und seien hier deshalb noch einmal gewürdigt, weil angesichts der Rapidität der Entwicklung oftmals der Blick dafür verloren geht, was alles erreicht und in Bewegung gebracht wurde.

Trotz der erreichten Erfolge bilden wir dennoch eines der Schlusslichter einer Entwicklung, die international schon vor langer Zeit eingesetzt hat. International ist Pflegewissenschaft seit langem eine eigenständige und ausdifferenzierte Wissenschaftsdisziplin, während sie im gesamten deutschsprachigen Raum (in Österreich und der Schweiz ebenso wie in Deutschland) noch im Begriff ist, es zu werden.

Führen wir uns den Entwicklungsrückstand noch einmal vor Augen. In den USA, dem Ursprungsland dieser Entwicklung, setzte bereits vor nahezu einem Jahrhundert die Schaffung akademischer Ausbildungsmöglichkeiten für die Pflege ein. In der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts entstanden dort auch bereits die ersten Promotionsmöglichkeiten. Auch mit den hierzulande jüngst angegangenen Aufgaben der Wissenschaftsentwicklung und den Herausforderungen auf der Ebene der Methoden- und Forschungsentwicklung wurde in den USA bereits vor geraumer Zeit, nämlich einem halben Jahrhundert begonnen (Steppe 1993; Schaeffer 1995, 2002; Bartholomeyczik/Müller 1997).

In Großbritannien begann die Etablierung akademischer Ausbildungsmöglichkeiten und pflegewissenschaftlicher Lehrstühle in den 1950er/60er-Jahren und inzwischen ist dort die gesamte Pflegeausbildung auf akademisches Niveau verlagert. Ebenso existiert eine reichhaltige Pflegeforschungslandschaft. Andere europäische Länder zogen in 1970/80er-Jahren nach. So gibt es Finnland seit 1979 pflegewissenschaftliche Studiengänge und seit 1985 eigenständige Lehrstühle (Sinkkonen/Häkkinen 1995). Vergleichbar ist die Entwicklung in Norwegen (Lerheim 1990). Etwas später sind in Dänemark und Schweden erste Pflegestudiengänge entstanden, dort aber existiert eine vergleichsweise große Pflegeforschungslandschaft. In Belgien und den Niederlanden wiederum begann die Schaffung pflegewissenschaftlicher Studienmöglichkeiten und Lehrstühle bereits in den 1970er-Jahren und dies ist auch ungefähr der Zeitpunkt, zu dem in vielen osteuropäischen Länder die Akademisierung der Pflege ihren Anfang nahm. Auch manches Land, das wir als Schwellen- oder gar Drittweltland bezeichnen, verfügt über eine pflegewissenschaftliche Tradition: so etwa die Türkei, in der seit 1964 akademische Ausbildungsmöglichkeiten existieren, ebenso Thailand – dort gibt es etwa seit Anfang der 1960er-Jahre Pflegestudiengänge –, ähnlich China, Jordanien, Ägypten, Südafrika, Botswana oder Zimbabwe, wo beispielsweise seit den 1980er-Jahren akademische Ausbildung geschaffen wurden etc.

Diese keineswegs vollständigen Angaben sprechen für sich und zeigen, dass wir es im deutschsprachigen Raum mit einem Projekt *nachholender Modernisierung* zu tun haben (Rosenbrock et al. 1996; Schwartz et al. 2002), das befremdlicher Weise jene Länder erfasst, die sich einst als Vorhut der Modernisierung begriffen haben und auch heute noch gesehen wissen möchten. Sie belegen zugleich, wie groß der Nachholbedarf auf dem Gebiet der Pflegewissenschaft ist, und wie dringlich es ist, den Anschluss an die internationale Entwicklung zu suchen. Welche Schief lagen und Herausforderungen dabei noch zu bewältigen sind, soll nunmehr detaillierter erörtert und dabei mit Fragen der Ausbildung bzw. der Studiengangsentwicklung begonnen werden.

Probleme und Herausforderungen

Studiengangsentwicklung

Fehlende Gesamtkontur

Gerade auf dem Gebiet der Studiengangsentwicklung hat sich – wie angedeutet wurde – in den vergangenen Jahren sehr viel getan. Bundesweit existieren 50 Pflegestudiengänge, in Nordrhein-

Westfalen sind es allein 8, wird der Bielefelder Public Health-Studiengang hinzu addiert sogar 9.² Betrachtet man die Studiengänge unter inhaltlichen Gesichtspunkten, wird allerdings rasch sichtbar, dass es an einer sinnvollen *Gesamtkontur* fehlt. Noch gleichen die Studiengänge eher einem bunten Blumenstrauß, denn einem in sich geschlossenen auf einander abgestimmten Ganzen. Das ist nicht verwunderlich. Denn nach einer langen Periode des Widerstands öffneten sich die Politikfenster vor 10 Jahren ungeahnt rasch. In dieser experimentellen Situation nutzten Pflegende, Wissenschaftler und Hochschulen die sich plötzlich bietenden Spielräume, um das zu verwirklichen, was sie für ihren Beitrag zum Aufbau von Pflegewissenschaft hielten, wobei eine große Varianz an Konzepten realisiert wurde.

- Eine in sich sinnvolle und ineinander greifende Gesamtkontur herzustellen, die auch international anschlussfähig ist, stellt somit nach wie vor eine der zentralen Aufgabe auf der Ebene der Studiengangsentwicklung dar, die noch keineswegs befriedigend gelöst ist.

Engführung der Studiengänge auf Teilbereiche

Hinzu kommt ein weiteres. Mehrheitlich nehmen die entstandenen Studiengänge dort ihren Ausgangspunkt, wo diese Entwicklung auch in anderen Ländern einst begann – allerdings vor vielen Jahrzehnten. D.h. sie konzentrieren sich auf *Teilbereiche* der Pflege: meist auf Pflegemanagement und Pflegepädagogik. Neben ihnen stehen wenige, eher generalistisch ausgerichtete Studiengänge³.

Dieser Weg mutet auf den ersten Blick zwar plausibel an, weil die Anschlussfähigkeit an die bestehende Praxis gewahrt scheint und Kostenprobleme überschaubar bleiben. Betrachtet man die pflegewissenschaftliche Entwicklung in Ländern mit Erfahrungsvorsprung wird indes deutlich, dass damit ein sehr hürdenreicher Weg eingeschlagen wird, der sich zudem schon bald als überholt erweisen dürfte. Denn die Engführung auf einige, wenige Teilbereiche entpuppte sich in all diesen Ländern nach kurzer Zeit als zu pragmatisch und kam einem Durchgangsstadium gleich, dem alsdann die Etablierung von Studiengängen folgte, die auf die *gesamte* Pflege zielen und die eine breite Ausrichtung gemäß den unterschiedlichen Aufgabenbereichen vorsehen.

Schon heute zeichnet sich ab, dass wir auch in Deutschland in diese pragmatische Falle geraten sind und eine Erweiterung der in den vergangenen 10 Jahren mit viel Energie geschaffenen Studiengänge für die Teilfunktionen Pflegepädagogik und -management erforderlich ist. Vor allem seit in Deutschland begonnen wird, die Studiengangsstruktur internationalen Vorbildern folgend zu revidieren, wird unübersehbar, dass auch die geschaffenen Pflegestudiengänge veränderungsbedürftig sind.

Zugleich sollte damit angedeutet werden, dass es in Anbetracht des internationalen Entwicklungsrückstands notwendig ist, bei der Schaffung von Pflegestudiengängen und Pflegewissenschaft nicht vom Ausgangspunkt der Entwicklung in anderen Ländern auszugehen, sondern sie von deren Endpunkt aus zu strukturieren, um auf diese Weise Zeit und Kräfte zehrende Umwege zu vermeiden. Das bedeutet mit Blick auf die Studiengangsentwicklung nicht nur, dringend Pflegestudiengänge zu realisieren, die auf die Pflege als Ganzes zielen, sondern mehr noch: dass wir jetzt die sich mit der Studiengangsreform eröffnende Chance, die vor 10 Jahren versäumt wurde, aufgreifen müssen, um eine *dreistufige, international anschlussfähige Studiengangsstruktur* (Bachelor-, Master- und Promotionsstudiengänge) zu schaffen⁴. Dabei sind auf der Bachelor-Ebene analog der internationalen Entwicklung Pflegestudiengänge zu etablieren, die nicht mehr nur auf Teilbereiche des Pflegehandelns zielen, sondern die – wie soeben betont – generalistisch ausgerichtet sind. Ihnen müssen auf der Master-

² Vielerorts besteht die Befürchtung, dass damit ein zu großes Studienangebot entstanden sein könnte – eine Fehlannahme. Berechnungen zufolge werden noch mehr als 50 Jahre benötigt, um 10 % der Pflegenden akademisch qualifizieren zu können.

³ So etwa in Hessen, wo dank des Engagements der damaligen Pflegereferentin Hilde Steppe bereits Mitte der 1990er-Jahre an drei Standorten generalistisch ausgerichtete grundständige Pflegestudiengänge realisiert wurden. Die Fachhochschulen Hamburg und Neubrandenburg folgten diesem Modell später.

⁴ Einzig an der Universität Witten-Herdecke werden bislang pflegewissenschaftliche Bachelor- und Masterstudiengänge vorgehalten. Zum WS 2002/03 hat die Fachhochschule Neubrandenburg zwei konsekutive Bachelor- und Masterstudiengänge akkreditiert bekommen.

Ebene Programme folgen, die sich auf spezielle Aufgabenbereiche konzentrieren. Hierzulande ist es derzeit umgekehrt: auf der Fachhochschulebene wird bereits mit Spezialisierungen gestartet, für die der nötige Unterbau fehlt und die aus internationaler Perspektive besehen auf die Masterebene gehören. Eine Korrektur zeichnet sich in den in Nordrhein-Westfalen derzeit diskutierten (und verabschiedeten) Reformkonzepten bislang nicht ab und das bedeutet, dass die Studiengänge auch künftig international nicht anschlussfähig sein werden.

- Hier zu einer Korrektur zu gelangen und eine *dreistufige Studiengangsstruktur* (Bachelor-, Master- und Promotionsstudiengänge) zu realisieren, die mit der *internationalen Entwicklung in Übereinstimmung steht*, gehört daher nach wie vor zu den wichtigen, künftig zu bewältigenden Herausforderungen.

Übermäßig lange und unattraktive Ausbildungswege

Zu ergänzen ist ein weiteres oft übersehenes, aber indes sehr wichtiges Faktum. International (vor allem in den USA) ist üblich, dass Studiengänge dual ausgerichtet sind, d. h. *Studium und Berufsqualifizierung* verlaufen parallel bzw. mit einander verknüpft. Während eines Bachelor-Studiums ist also zugleich möglich, die berufliche Ausbildung zur Pflegekraft zu absolvieren und auch auf der Masterebene können parallel berufsqualifizierende Abschlüsse erworben werden (z. B. zum Nurse Practitioner bzw. Clinical Nurse Specialist, wie teilweise auch zur Registered Nurse).

Aus unserer Sicht ist dringend notwendig, sich diesem Konzept anzuschließen, denn derzeit werden akademische Ausbildungswege in der Pflege geschaffen, die den Absolventen in einem Alter erlauben, erstmals eine Stelle als wissenschaftlicher Mitarbeiter/in anzutreten, in dem in anderen Disziplinen bereits Habilitationen absolviert sind.

- Allein also, um übermäßig lange und unattraktive Ausbildungswege zu vermeiden, doch auch, um international kompatibel zu sein, ist eine Parallelisierung von Studium und beruflicher Qualifizierung bzw. die Schaffung dualer Studiengänge notwendig.

Diese Position wird auch vom Wissenschaftsrat geteilt. Er hat sich bereits 1996 für die Einrichtung dualer Studiengänge in Deutschland ausgesprochen und auf deren Vorteile – die Verringerung der Gesamtausbildungszeit und die Verknüpfung von Studium und beruflicher Qualifizierung – verwiesen. Ähnlich die von der Dekanekonferenz „Pflegewissenschaft“ in einem 2002 verabschiedeten Papier vertretene Position (Dekanekonferenz „Pflegewissenschaft“ 2002). Gleichwohl ist auch hier in der Studiengangsrealität der gegenteilige Trend beobachtbar – speziell in Nordrhein-Westfalen. Einem Pflegestudium ist eine abgeschlossene Berufsausbildung vorausgesetzt und dies soll sich in absehbarer Zeit nicht ändern. Auch hier stecken wir also fest und drohen uns mit dem damit in Deutschland beschrittenen Sonderweg einmal mehr von der internationalen Entwicklung abzukoppeln.

Unzureichende promotions- und habilitationsvorbereitende Studienmöglichkeiten und universitäre Verankerung von Pflegewissenschaft

Vom Endpunkt der Entwicklung in anderen Ländern betrachtet zeigt sich, dass die bestehende Studiengangsstruktur auch in anderer Hinsicht revisionsbedürftig ist. Mehrheitlich wurden Studiengänge geschaffen, die auf Praxisfunktionen zielen. An universitären pflegewissenschaftlichen Studiengängen und vor allem an promotions- und habilitationsvorbereitenden Studienmöglichkeiten wie auch solchen, die auf Vermittlung von Forschungsexpertise zielen, mangelt es noch. Mit anderen Worten, der dritte Baustein des dreistufigen Studiengangskonzepts fehlt bundesweit besehen bis jetzt weitgehend⁵. Damit mangelt es zugleich an den erforderlichen qualifikatorischen Voraussetzungen dafür, wissenschaftlichen Nachwuchs künftig aus eigenen Reihen und ohne Umweg über fachfremde Disziplinen

⁵ Zwar gibt es herkömmliche Doktorandenkollegs. Doch wird die Doktorandenausbildung an deutschen Universitäten seit langem als defizitär und nicht genügend effektiv kritisiert (Ewers et al. 1998; Schnitzer 1998). Gefordert werden daher an die angelsächsischen Erfahrungen anknüpfende promotionsvorbereitende Studiengänge und „Zentren für Doktorandenstudien“. Sie sind im Bereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft bislang rar. Erstmals wurde 2002 an der Universität Bielefeld ein gesundheitswissenschaftlich ausgerichteter Promotionsstudiengang genehmigt, in dem auch Pflegewissenschaftler die Möglichkeit zur Promotion haben.

(oder das Ausland) zu rekrutieren, wie auch dafür, die ausstehenden Aufgaben im Bereich der Methoden- und Forschungsentwicklung anzugehen.

Das Fehlen an Studienmöglichkeiten zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses und zur Ausbildung von Forschungsexpertise ist entscheidend darauf zurückzuführen, dass Pflegewissenschaft in Deutschland in erster Linie an Fachhochschulen etabliert wurde und immer noch offen ist, ob sie auch „einen gleichberechtigten Part im Konzert der Wissenschaften und ihren Fördersystemen spielen soll“ (Wolters 1998). Letzteres bedeutet *universitäre Verankerung* und diese zeichnet sich noch keineswegs hinreichend ab. Sogar gegenteilig, an dieser für den Aufbau von Pflegewissenschaft wichtigen Front sind wir in den letzten Jahren nicht einen Millimeter weiter gekommen. Bundesweit betrachtet ist erst an sechs Standorten (Berlin, Bremen, Halle, Osnabrück, Witten-Herdecke, Bielefeld) eine universitäre Verankerung gelungen und dies ist keineswegs genug.

Das ist um so nachhaltiger zu betonen, als auch die erst rudimentär erreichte universitäre Verankerung strukturell keineswegs durchgängig gesichert ist. Zur Illustration sei die Situation in Nordrhein-Westfalen angeführt. Hier gibt es immerhin zwei Universitäten, die sich auf dem Gebiet der Pflegewissenschaft engagieren und entsprechende Lehrstühle geschaffen haben. Nordrhein-Westfalen hatte damit bundesweit zunächst eine Spitzenposition inne. Doch fehlte es beiden universitären Standorten lange an „Normalisierung“. Der Lehrstuhl an der Universität Bielefeld ist dem finanziellen Engagement des nordrheinwestfälischen Gesundheitsministeriums zu verdanken und die an der Privaten Universität Witten Herdecke sind ebenfalls sonderfinanziert. Der Lehrstuhl an der Universität Bielefeld war zudem an der Universität angebunden, was sich vor allem bei der Absicherung der Nachwuchsförderung mehr als misslich auswirkt. Seit 2004 ist in Bielefeld nun eine Normalisierung gelungen und der Lehrstuhl wurde in die Universität integriert. Ein entsprechender Normalisierungsprozess steht an der Universität Witten-Herdecke nach wie vor aus.

Exemplarisch zeigt dies, dass nach wie vor Handlungsbedarf besteht, um zu einer „normalen“ Struktur zu gelangen, wie sie auch in anderen Wissenschaften üblich ist und damit die *Sondersituation* der Pflege, die sie historisch stets hatte, was ihre Ausbildungs- und Qualifikationssituation anbetrifft, zu normalisieren. Denn es war – historisch betrachtet – eben diese Sondersituation, die die Entwicklungspotenziale der Pflege stets begrenzt hat. Dies zu verändern, muss daher zu den prioritären Zielen gehören.

- Das bedeutet konkret, die bestehenden universitären Lehrstühle strukturell und finanziell abzusichern, heißt bundesweit den stagnierenden universitären Ausbau weiter voranzutreiben und vor allem, geeignete Studienbedingungen für die Ausbildung von Forschungsexpertise und die Förderung von wissenschaftlichem Nachwuchs zu schaffen.

Forschungsentwicklung

Fördermittel für Pflegeforschung

Wird die Situation der Pflegeforschung betrachtet, ist zunächst zu konstatieren, dass auch auf diesem Gebiet in den vergangenen Jahren sehr viel geschehen ist. War Pflegeforschung noch vor 10 Jahren auf Einzelunternehmen weniger Pionierinnen begrenzt (siehe dazu Bartholomeyczik/Müller 1997), so ist seither ein enormer Anstieg an Forschungsaktivitäten zu verzeichnen und wurde mit großem Tempo versucht, den internationalen Entwicklungsrückstand auf diesem Gebiet aufzuholen. Bei genauerer und auch kritischer Betrachtung der entstandenen Forschungslandschaft zeigt sich allerdings, dass es sich dabei in weiten Teilen noch um Qualifikationsforschung handelt, die zum Erwerb von Diplomen und Promotionen dient und damit ein nahezu „studentisches Unternehmen“ darstellt (Schaeffer 1998). Drittmittelforschung ist bundesweit betrachtet immer noch recht rar. Natürlich gibt es Ausnahmen, doch sie bestätigen die Regel. Maßgeblich ist dies der Tatsache geschuldet, dass sich noch weitaus zu wenige Förderinstanzen auf diesem Gebiet engagieren und es daher an finanziellen Ressourcen für Pflegeforschung fehlt. Umso begrüßenswerter ist die Absicht des BMBF, ab 2003 Fördermittel für Pflegeforschungsverbände bereitstellen zu wollen. Es bleibt zu hoffen, dass damit nicht nur der Anteil an Drittmittelforschung steigen, sondern von diesem Schritt auch Signalwirkung ausgehen wird.

- Dennoch wird auch künftig noch Engagement dafür erforderlich sein, um Förderinstanzen – seien es Stiftungen oder Ministerien – auf den Bedarf an Pflegeforschung und an Fördermitteln für dieses neue Gebiet aufmerksam zu machen. Denn ohne Bereitstellung von Fördermitteln – das sei der Wichtigkeit unterstrichen – werden *langfristig* keine substantiellen Ergebnisse zu erwarten sein. Zudem wird nicht möglich sein, eine forschungsangemessene Infrastruktur aufzubauen. Damit ist bereits ein weiterer Punkt angesprochen.

Unzureichende Strukturbedingungen für Pflegeforschung

Denn trotz der beachtlichen Forschungsaktivitäten fehlt es noch weitgehend an hinreichenden Strukturbedingungen für Pflegeforschung. Auch das ist Resultat dessen, dass der Ausbau von Pflegewissenschaft überwiegend an Fachhochschulen erfolgte, die nicht über die erforderlichen infrastrukturellen Voraussetzungen für Forschung verfügen und die universitäre Verankerung allenfalls rudimentär erreicht ist.

Zwar wird derzeit mit großer Kreativität versucht, diese defizitäre Situation zu kompensieren: so werden neuerlich vermehrt *An-Institute* in unterschiedlicher Trägerschaft gegründet mit der Aufgabe, Pflegeforschung durchzuführen. Dies deutet auf den großen Bedarf an Forschung und auch an Forschungsexpertise. Ob die An-Institute (von denen in Nordrhein-Westfalen allein 3 existieren) aber geeignet sind, die gegebene Problemsituation zu lösen, scheint fraglich. Denn ihr großer Nachteil besteht darin, dass erneut *Sonderwege* beschritten werden, von denen unklar ist, ob sie wirklich zur Normalisierung führen oder aber unbeabsichtigt eine neue Schiefelage herstellen.

Ein Blick auf die Geschichte der Gerontologie zeigt, dass diese Gefahr nicht unrealistisch ist. Dort wurden, als die universitäre Verankerung – trotz ebenfalls großen internationalen Entwicklungsrückstands – nicht voranschritt, zunächst Forschungsinstitute geschaffen. Retrospektiv betrachtet haben sie den universitären Ausbau der Gerontologie allerdings eher verzögert, weil durch sie der Handlungsdruck befriedigt worden war. Auch die Akzeptanz dieser seinerzeit ebenfalls neuen Wissenschaftstradition haben sie nicht gefördert, weil diese entscheidend von traditionellen wissenschaftlichen Statusmerkmalen abhängig ist.

- Dieses Beispiel, das sich durch andere ergänzen ließe, unterstreicht nochmals, dass die Herstellung einer anderen Wissenschaften vergleichbaren und forschungsförderlichen (Infra-) Struktur zu den dringlichen Herausforderungen gehört.

Thematische Engführung

Betrachten wir nun die inhaltliche Konturierung der bundesdeutschen Pflegeforschung. Auch hier ist zunächst positiv festzuhalten, dass die vergangenen Jahre einen großen Anstieg an Forschungsaktivitäten im Bereich der Forschung *in* der Pflege beschert und rein quantitativ die Forschung *über* Pflege abgelöst haben. Gleichwohl beschäftigen sich die meisten Vorhaben noch mit den Bedingungen des Pflegehandelns, sei es auf qualifikatorischer Ebene oder der des Managements. Das ist angesichts des großen Reform- und Innovationsdrucks in beiden Bereichen verständlich. Gleichwohl wird zukünftig vermehrt Pflegeforschung benötigt, die sich dem Kern der Pflege zuwendet und sich den *inhaltlichen Problemen* des Pflegehandelns selbst und vor allem den Problemen der Patienten widmet. Erforderlich ist also im weitesten Sinn *klinische und patientenorientierte Pflegeforschung*. Sie ist in Deutschland bislang erst im Entstehen begriffen. Zwar stimmt die seinerzeit geäußerte Befürchtung, es könne ähnlich wie in den USA auch bei uns 30-40 Jahre lang dauern, bis diese Forschungstradition entsteht, nicht. Dennoch stehen wir erst am Anfang der Entwicklung und werden die Forschungsaktivitäten in diesem Bereich zukünftig verstärken müssen. Denn allein, um der Frage der Evidenzbasierung näher zu kommen, sind patientenbezogene und klinische Studien unabdingbar.

Ein zweiter großer thematischer Bereich, der noch keineswegs hinreichend ausgebaut ist, stellt die *pflegerische Versorgungsforschung* (Health Services Research in Nursing) dar, also die Erforschung der Pflege als Teil des Systems der Gesundheitssicherung und ihre veränderte Rolle in der Gesundheitsversorgung. Angesichts der zahlreichen gesundheitspolitisch eingeleiteten und beabsichtigten Veränderungen – exemplarisch erwähnt seien Stichworte wie Diagnosed Related Groups (DRG's),

Integrierte Versorgung, Disease Management-Programme oder aber Reform der Pflegeversicherung – kommt der pflegerischen Versorgungsforschung ebenso große Bedeutung wie dem zuvor genannten zu. Und auch hier sollte patientenbezogene Forschung hohes Gewicht haben, also nicht nur gefragt werden, was es – um bei den DRG's zu bleiben – für die pflegerische Versorgung bedeutet, wenn die Patienten zukünftig rascher und kranker das Krankenhaus verlassen, sondern welche Probleme dies für die Patienten und ihre Angehörigen aufwirft und welcher Antworten sie seitens des Versorgungssystems bedürfen.

- Die Forschungsaktivitäten in diesen beiden Bereichen – der klinischen bzw. patientenorientierten Pflegeforschung und der pflegerischen Versorgungsforschung (Health Services Research in Nursing) zu verstärken, dürfte eine wichtige Aufgabe der Zukunft sein – auch um die vielfältigen Probleme in der Praxis zu bewältigen.

Wichtigkeit der Grundlagenforschung

Diesen Komplex abschließend sei kurz ein Problem angesprochen, das hier auf den ersten Blick nicht von Belang zu sein scheint, gleichwohl für das Verständnis der gegenwärtigen Situation in der Pflegeforschung wichtig ist. Bei zahlreichen, sich auf der Ebene der Pflegeforschung stellenden Herausforderungen ist *Neuland* zu betreten. Zwar kann an die Befunde aus Ländern mit langjährig gewachsener Tradition in der Pflegeforschung und teilweise auch aus anderen Wissenschaftsdisziplinen angeknüpft werden, aber eben auch nur angeknüpft werden. Denn viele der bereits vorliegenden Befunde sind nicht direkt übertragbar. Das gilt auch für die Instrumenten- und Methodenentwicklung. Die meisten Forschungsvorhaben erfordern daher viel Investition in Entwicklungsarbeit vor allem auf der Ebene der Instrumenten- und Methodenentwicklung. Anders formuliert:

- auch im Bereich Pflegewissenschaft ist *Grundlagenforschung* unverzichtbar und darf keinesfalls minderwertig werden.

Benötigte Typen an Forschung

Damit ist faktisch schon die nun zu thematisierende Frage angesprochen, welcher *Typus Forschung* in der Pflege benötigt wird. Nicht minder hoher Stellenwert wie der (a) Grundlagenforschung kommt (b) der anwendungsorientierten Forschung und ebenso (c) der Entwicklung/Evaluation zu.

Grundlagenforschung ist angesichts des Entwicklungsstands dieser in Deutschland noch neuen Wissenschaftsdisziplin unverzichtbar, um die wissenschaftliche Fundierung vorantreiben und einen eigenen „body of knowledge“ (Wissenskorpus) entwickeln zu können. *Anwendungsorientierte Forschung* wiederum bedient sich der Mittel der von außerwissenschaftlichen Zwecken unabhängigen (Grundlagen-) Forschung und zielt auf die Bewältigung von Praxisproblemen. Betrachtet man die entstandene bundesdeutsche Forschungslandschaft wird offenbar, dass bislang mehrheitlich anwendungsorientierte Pflegeforschung entstanden ist. Das ist angesichts der gesellschaftlichen Situation und der Problemfülle in der Pflege⁶ sinnvoll, gleichwohl darf die Grundlagenforschung – wie auch die internationalen Erfahrungen lehren – nicht vernachlässigt werden, um die wissenschaftliche Grundlegung der Pflege und die Theorieentwicklung befördern zu können.

Die zurückliegenden Erfahrungen zeigen außerdem, dass der als drittes angeführte Bereich der „*Entwicklung*“ – etwa von Instrumenten (Assessment-, Evaluationsinstrumenten etc.), von Pflegekonzepten, innovativen Pflegemodellen, von wissenschaftlich gestützten Interventionsstrategien etc. – nicht minder wichtig ist. Entwicklung gehört herkömmlicherweise zwar auch zur Forschung, stellt aber dennoch keine Forschung im klassischen Sinn dar. Entwicklung zielt auf die Erarbeitung von neuen Lö-

⁶ Angesichts der großen zeitlichen Verzögerung, mit der im Vergleich zu anderen Ländern in Deutschland mit dem Aufbau von Pflegeforschung begonnen wurde, und auch der zeitgleich in der Pflege angestoßenen Reformen, hat sich ein regelrechter Forschungsstau aufgetürmt. Er wird derzeit mit viel Engagement anzugehen versucht, wobei in Anbetracht der Fülle an zu bearbeitenden Themen nicht leicht ist, Prioritäten zu setzen. Empfehlenswert ist daher die Erarbeitung eines nationalen Forschungsprogramms und entsprechender Ziele – wie es etwa von amerikanischen Kollegen des NINRN in regelmäßigen Abständen vorgelegt wird – eine für Deutschland sicher ungewohnte Vorstellung. Dabei ist wichtig, sich neben den schon heute drängenden auf die künftig zur Lösung anstehenden Gesundheitsprobleme zu konzentrieren.

sungen für Praxisprobleme, deren Erprobung und *Evaluation*. Angesichts der Umbruchsituation der Pflege ist in diesem Bereich ein überaus großer Handlungsbedarf gegeben. Ähnliches gilt auch für den Bereich der *Evaluationsforschung* – verstanden als Überprüfung der Wirksamkeit, der Effektivität und Effizienz von professionellen Interventionen, Dienstleistungen und Versorgungsdiensten. Gerade im Bereich der Evaluationsforschung besteht ein großes Defizit und hoher Handlungsbedarf, was allerdings kein Spezifikum der Pflege ist, sondern für das gesamte Gesundheitswesen gilt (Badura/Siegrist 1999). Dennoch wird es zukünftig notwendig sein, intensiver auf den Bedarf an Evaluationsforschung in der Pflege zu reagieren – allein um beispielsweise die steigenden Anforderungen in der Qualitätsentwicklung zu bewältigen oder etwa, um den Sinn und Nutzen von eingeleiteten Innovationen überprüfen und belegen zu können etc.

Unbefriedigende Umsetzung gewonnener Erkenntnisse

Soweit die derzeit drängendsten Herausforderungen auf der Ebene der Pflegewissenschaft und -forschung. Sie könnten um etliches ergänzt werden, etwa um die Probleme, die daraus erwachsen, innerhalb des bestehenden Wissenschaftssystems, eine neue und nach wie vor mit Vorurteilen behaftete neue wissenschaftliche Disziplin aufzubauen oder die Theorieentwicklung voranzutreiben (siehe dazu Moers/Schaeffer 2000; Schaeffer 2004). Ohne diese Herausforderungen hier aufzugreifen soll stattdessen der Wichtigkeit halber die Frage der Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis bzw. der Umsetzung vorliegender Erkenntnisse thematisiert werden.

Wie allein die Literatur bezeugt, wurde trotz der auf dem Gebiet der Pflegeforschung noch zur Lösung anstehenden Probleme in den letzten Jahren eine Vielzahl an hochrelevanten Erkenntnissen erarbeitet (dazu u. a. Bartholomeyczik 2000). Betrachten wir jedoch die Umsetzung, fällt die Bilanz nicht unbedingt positiv aus. Viele der erarbeiteten Erkenntnisse und Forschungsbefunde bleiben ohne Resonanz, prallen stillschweigend wie an einem Ölpapier ab und stoßen auf Abwehr- und Meidungstendenzen – in der Politik wie auch in der Praxis. Damit stellt sich ein Problem, das auch aus anderen Bereichen hinreichend vertraut ist: bei der Bewältigung vieler Herausforderungen im Gesundheitswesen haben wir hierzulande kein Wissens-, sondern ein Umsetzungsproblem. Angesichts des Reformdrucks in der Pflege erweist sich dies jedoch als prekär, weil der weithin beklagte Reformstau sich sukzessiv weiter auf-, statt abbaut und weil außerdem die mit der Etablierung von Pflegewissenschaft verbundene Intention, zur Behebung des Modernisierungsrückstands beizutragen, an Grenzen stößt. Auch hier deutet sich also Stagnation an, die sich dergestalt zeigt, dass – trotz wechselseitiger intensiver Bemühungen um gute Kooperation – eine gewisse Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis zu verzeichnen ist.

Es wäre naiv zu glauben, diese Stagnation könne dadurch überwunden werden, dass angemahnt wird, die Wissenschaft müsse sich stärker in den Dienst an die Praxis stellen und normativ kontrolliert werden⁷ – eine Position, die hier in Nordrhein-Westfalen sehr häufig vertreten wird. Dies dürfte sich allein aufgrund des gegebenen Modernisierungsrückstands als Sackgasse erweisen. Pflegewissenschaft steht dann – zugespitzt formuliert – in Gefahr, anstatt sich auf die Gesundheitsprobleme von heute und morgen zu konzentrieren, mit viel Verve und Energie Lösungen für Probleme von gestern zu erarbeiten – Lösungen, die sich schon im Zuge der Erarbeitung als überholt erweisen. Dass diese Gefahr nicht unrealistisch ist, kann derzeit in etlichen Entwicklungsprojekten beobachtet werden.

Zugleich ist damit das eigentliche Problem unrichtig erfasst. Die unbefriedigende Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse, bzw. die zwischen Wissenschaft und Praxis zu verzeichnende Lücke ist entscheidend auf eine Besonderheit der gegenwärtigen Situation in der Pflege zurückzuführen. Wissenschaftliche Erkenntnisse – und so auch pflegewissenschaftliche Innovations- und Evidenzbasierungsansinnen – stoßen hierzulande auf eine darauf nicht vorbereitete Praxis (Schaeffer 2002). Dort sind Pflegenden tätig, die eine berufspraktische Ausbildung absolviert haben, in der *nicht* gelernt wird, mit Forschungsbefunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen umzugehen, ja, noch nicht einmal, sie zu rezipieren. Mit anderen Worten: In der Praxis fehlt es an entsprechender *Expertise zur Umsetzung*

⁷ Freilich ist die gegenteilige Position ebenfalls fragwürdig, weil sie übersieht, dass eine vorpreschende Wissenschaft in Gefahr steht, über die Praxis hinwegzugehen.

wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. richtiger: an entsprechenden „Mittlerpersonen“, die über eine solche Expertise verfügen.

Solche Mittlerpersonen müssen die Absolventen der Studiengänge sein. Sie sind oder sollten so ausgebildet sein, dass sie wissenschaftliche Expertise für die nunmehr zu lösenden Probleme mitbringen, neue innovative Konzepte erarbeiten und umsetzen können und als „change agents“ tätig werden können, die zur Innovation und Modernisierung der Pflege beitragen (Rosenbrock et al. 1993; Moers/Schaeffer 1993). Dies war die Grundidee der Studiengänge, die sich jedoch nur zögerlich realisiert. Und hier offenbart sich das eigentlich anzugehende Problem. Bislang finden die Absolventen nicht hinreichend Eingang in die Praxis bzw. treffen dort nicht auf entsprechende Wirkungsfelder. Das darf nicht verwundern, vielfach werden sie eher als Konkurrenz, denn als Chance wahrgenommen und zudem ging es bislang ja auch ohne wissenschaftliche Experten.

Zwar gibt es – wie eingangs erwähnt – erste inspirierende Beispiele, etwa die erwähnten Stabstellen im Krankenhaus oder dort neuerlich entstehende so genannte nursing development units etc. Solche Beispiele jedoch brauchen wir jedoch auch mehr als bislang auch in anderen Versorgungsbereichen und wir benötigen sie künftig in größerem Umfang, wenn Pflegewissenschaft nicht einzig ein von der „praktischen Pflege“ abgekoppeltes Projekt zur Statusaufwertung sein, sondern praktisch wirksam werden soll. Eine größere Öffnung für Absolventen ist ebenfalls vonnöten, um die Herausforderungen in der Forschung besser angehen zu können. Allein der Auf- und Ausbau klinischer Pflegeforschung ist undenkbar ohne Forschungsexpertise in der Praxis. Und auch das Ansinnen „Evidenzbasierung“ stößt an Grenzen, wenn in der Praxis niemand ist, der Evidenz herstellen und sichern kann.

- Dies zeigt, dass künftig vermehrt Engagement dafür nötig sein wird, Absolventen der Studiengänge zum Eingang in die Praxis zu verhelfen, um auf diese Weise die Lücke zwischen Wissenschaft und Praxis überwinden, den Wissenstransfer optimieren und auch, um Wissenschaft und Praxis (ähnlich wie in der Medizin) zu einem System verschmelzen zu können.

Allerdings fängt ein solcher Verschmelzungsprozess im Kopf an. Denn bislang tendieren wir in Deutschland – eher gegenteilig – dazu, einerseits „die Pflege“ zu betrachten, womit die praktische und damit die „eigentliche“ Pflege gemeint ist und ihr den neuerlich entstandenen Bereich der Pflegewissenschaft – meist einzig als Pflegeforschung verstanden – *gegenüber* zu stellen, wobei immer diffus bleibt, wofür der zweite Bereich überhaupt geschaffen wurde und wie er mit dem ersten verschränkt ist. Diese Betrachtung führt in die Irre, weil beide Bereiche als getrennte betrachtet werden und verbunden mit dieser (gedachten) Trennung zugleich Verknüpfungsprobleme konstruiert werden – ja mehr noch: dort unterstellt werden, wo sie nicht liegen und die eigentlichen Verknüpfungs- bzw. richtiger: Weiterentwicklungsherausforderungen nicht erkannt werden.

- Eine wichtige Herausforderung zur Sicherung des Wissenstransfers und Weiterentwicklung der Pflege besteht daher darin, die (gedachte) Trennung zwischen Pflege und Pflegewissenschaft zu überwinden und zu lernen, beide Bereiche als ein zusammengehöriges System zu betrachten. Nur so wird möglich, Evidenzbasierung realisieren zu können und die Weiterentwicklung der Pflege als Handlungsfeld voranzutreiben.

Schlussbemerkung

Mit ungeahnt großem Tempo wurde in den letzten 10 Jahren begonnen, ein in Deutschland neues wissenschaftliches Fachgebiet Pflegewissenschaft aufzubauen, die damit auf der Ebene der Wissenschaftsentwicklung (in der Lehre, der Forschung, der Theorie- und Methodenentwicklung etc) anstehenden Aufgaben anzugehen, den Anschluss an die internationale Entwicklung zu suchen und zugleich – wie intendiert – zur Innovation der Pflege beizutragen. Dabei sind enorme Fortschritte und unbestreitbare Erfolge erzielt worden. Dennoch harren noch etliche Probleme der Lösung und bedarf manche dabei unbeabsichtigt entstandene Schieflage der Korrektur. Die wichtigsten Herausforderungen bestehen darin,

- (1) die entstandene Studiengangsstruktur zu optimieren und ihr eine sinnvolle und international anschlussfähige Gesamtkontur zu verleihen,
- (2) den universitären Ausbau von Pflegewissenschaft nicht länger stiefkindlich zu behandeln, sondern ihn strukturell abzusichern und voranzutreiben, damit die Nachwuchsförderung und der Ausbau von Pflegeforschung auf eine gesicherte Basis gestellt werden kann.
- (3) Und schließlich ist dringend erforderlich, sich der mit der Etablierung von Pflegewissenschaft verbundenen Zielvorstellung zu erinnern und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Pflegewissenschaft auf breiterer Basis als bislang praktisch wirksam werden kann: Absolventen und pflegewissenschaftliche Erkenntnisse Eingang in die Praxis finden und innovativ genutzt werden können und damit der Umbau der Pflege hin zu einer modernen dienstleistungsorientierten Gesundheitsprofession forciert werden kann.

Gelingt es nicht, diese Herausforderungen mit zukunftstauglichen Lösungen zu bewältigen und die sich dabei stellenden Hürden zielkonform auszuräumen, entsteht die Gefahr, dass ein weiterer Beweis für die dem deutschen Gesundheitswesen (auch speziell im Umgang mit der Pflege) attestierte Reformunwilligkeit angetreten wird (Döhler 1997; Rosewitz/Webber 1990). Es bleibt zu hoffen, dass möglich sein wird, dies zu vermeiden und stattdessen die nun ausstehenden Schritte auf dem Weg zur Innovation der Pflege angehen zu können.

Literatur

Badura, B./Siegrist, J. (Hg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. München: Juventa

Bartholomeyczik, S. (2000): Gegenstand, Entwicklung und Fragestellungen pflegewissenschaftlicher Forschung. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa, 67-106

Bartholomeyczik, S./Müller, E. (1997): Pflegeforschung verstehen. München: Urban & Schwarzenberg.

Dekanekonferenz "Pflegewissenschaft" (2002): Qualitätsstandards für die Akkreditierung gestufter pflegewissenschaftlicher Studiengänge durch die AHPGS. Bochum

Döhler, M. (1997): Die Regulierung von Professionsgrenzen. Frankfurt am Main: Campus

Ewers, M./Schaeffer, D./Wlotzka, K./Wolters, P. (1998): Pflegewissenschaftliche Promotionsprogramme aus den USA, Kanada und Großbritannien. Eine synoptische Betrachtung. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P98-103. Bielefeld: IPW

Lerheim, K. (1990): Nursing research development in Norway. International Journal of Nursing Studies 27, Nr. 2, 139-168

Moers, M./Schaeffer, D. (2000): Pflege-theorien. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa, 35-66

Moers, M./Schaeffer, D. (1993): Pflegestudiengänge und Pflegewissenschaften. Erfahrungen aus den USA. Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe 6, Nr. 1, 52-64

Robert-Bosch-Stiftung (2000): Pflege braucht Eliten. Beiträge zur Gesundheitsökonomie 28. Denkschrift zur Hochschulausbildung für Lehr- und Führungskräfte in der Pflege. Gerlingen: Bleicher

Rosenbrock, R./Schaeffer, D./Moers, M. (1996): Pflege und Public Health. In: Walter, U./Paris, W. (Hg.): Public Health. Gesundheit im Mittelpunkt. Meran: Alfred & Söhne, 304-309

Rosenbrock, R./Noack, H./Moers, M. (1993): Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. Qualitative Abschätzung des Bedarfs an akademischen Fachkräften. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Rosewitz, B./Webber, D. (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt am Main: Campus

Schaeffer, D. (2004): Zum Verhältnis von Gerontopsychiatrie und Pflegewissenschaft. Zeitschrift für Gerontologie 37, Nr. 4, 307-315

Schaeffer, D. (2002): Pflegeforschung: aktuelle Entwicklungstendenzen und -herausforderungen. Pflege und Gesellschaft 7, Nr. 3, 73-79

Schaeffer, D. (1995): Pflegestudiengänge in den USA. Lernen für die Entwicklung im deutschsprachigen Raum. In: Heller, A./Schaeffer, D./Seidl, E. (Hg.): Akademisierung von Pflege und Public Health. Wien/München/Bern: Wilhelm Maudrich, 127-148

Schaeffer, D. (1998): Pflegewissenschaft in Deutschland. Zum Entwicklungsstand einer neuen wissenschaftlichen Disziplin. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P98-101. Bielefeld: IPW

Schnitzer, K. (1998): Bachelor- und Masterstudiengänge im Ausland. HIS Projektbericht. Hannover

Schwartz, F.W./Klein-Lange, M./Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (2002): Berufsfelder in der Versorgung. In: Schwartz, F.W./Badura, B./Leidl, R./Raspe, H./Siegrist, J. (Hg.): Das Public Health Buch. 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg, 213-244

Sinkkonen, S./Häkkinen, H. (1995): Studiengänge in Pflegewissenschaft. Gesundheitsmanagement und Gesundheitsökonomie an den finnischen Universitäten. In: Sinkkonen, S./Hornetz, K. J. (Hg.): Kranken- und Gesundheitspflege in Finnland und Deutschland. Frankfurt am Main: Mabuse, 141-148

Steppe, H. (1993): Entwicklung der Pflegewissenschaft – am Beispiel USA. In Fachhochschule Frankfurt am Main (Hg.): Pflege auf dem Weg zur Hochschule. Ein neuer Studiengang, Frankfurt: Fachhochschulverlag, 159-193

Wolters, P. (1998): Pflegewissenschaft: Gegenstände, Fragestellung, Methoden, Zukunftsperspektiven. Zur Einführung der Pflegewissenschaft in Deutschland. In: Gesellschaft zur Förderung der Pflegewissenschaft NRW e.V. (Hg.): Die Bedeutung der Pflegewissenschaft für die Professionalisierung der Pflege. Dokumentation einer Fachtagung. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft, P98-102, 55-70

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Institut für Pflegewissenschaft (IPW), Universität Bielefeld
Postfach 100131
33501 Bielefeld
Tel.: 0521 1066880
Email: ipw@uni-bielefeld.de

Evidenzbasierung als Bezugsrahmen für die Pflege- und Hebammenforschung

Prof. Dr. Johann Behrens

*Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd*

Gerade gemessen an dem Anspruch einer von den Pflegebedürftigen ausgehenden, nicht verrichtungsorientierten, sondern rehabilitativ aktivierenden Pflege werden noch Defizite der Pflegeforschung deutlich, auf deren Bewältigung wir uns konzentrieren:

- wenige multizentrische Studien
- Gefahr der Fokussierung auf externe Evidence für einzelne Verrichtungen
- wenig Reflexion der Beziehung interne-externe Evidence
- daher zwar Bezug zur **Verlaufsforschung**, aber nicht zur **patientenorientierten** Verlaufsforschung

Insbesondere die verkürzte Rezeption der Evidence-Basierung birgt Gefahren:

Ambivalenz der verkürzten Rezeption der Evidence-Basierung für die rehabilitativ aktivierende Pflege: die Aufgabe der Pflegeforschung

Denn zu dieser notwendigen Rekonzipierung steht die populäre Rezeption der »Evidence-basierung« durchaus in einem ambivalenten Verhältnis.⁸ Das Konzept der Evidence-basierung ist nämlich einerseits wegen seiner Orientierung an der »internen Evidenz« des einzigartigen individuellen Falls für die Professionalisierung der Pflege sehr geeignet. Andererseits birgt sie, wie im folgenden zu zeigen ist, auch die Gefahr, die verrichtungsorientierte gegenüber der sprechenden Pflege zu stärken, einfach weil sich externe Evidence für Einzelverrichtungen leichter prüfen lässt als für komplexe Interventionen in kommunikativ schwierigen Situationen (»kommunikativ schwierig« verstanden im Sinne von Watzlawick und Bateson & Ruesch, siehe unten). Daher haben sich zum Beispiel alle Projekte des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd die Entdeckung und Aufbereitung von Evidence gerade für komplexe Interventionen in kommunikativ schwierigen Situationen zur Aufgabe gestellt – und zwar sowohl für ältere als auch für jüngere Erwachsene und Kinder.⁹

⁸ vgl. Jennings, B. M. & Loan, L. A. (2001): Misconceptions among nurses about evidence-based practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2), 121–127;

Carnwell, R. (2000): Essential differences between research and evidence-based practice. *Nurse Researcher*, 8 (2), 55–68;

Behrens & Langer (2004): *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen*. Bern: Verlag Hans Huber;

Fawcett, J. (1999): *Spezifische Theorien der Pflege im Überblick*. Bern: Hans Huber;

Fawcett, J., Watson, J., Neuman, B., Walker, P. H. & Fitzpatrick, J. J. (2001): On nursing theories and evidence. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (2), 115–119;

Mühlum, A., Bartholomeyczik, S. & Göpel, E. (1997): *Sozialwissenschaft Pflegewissenschaft Gesundheitswissenschaft*. Freiburg i. Br.: Lambertus;

Remmers, H. (1999): Pflegewissenschaft und ihre Bezugswissenschaften. Fragen pflegewissenschaftlicher Zentrierung interdisziplinären Wissens. *Pflege*, 12 (6), 367–376

⁹ So beschäftigt sich Teilprojekt P₁ mit der komplexen Intervention eines Trainingsprogramms für Pflegende, dessen Wirkungen bei demenzkranken Heimbewohnern zu messen sind. Teilprojekt P₄ untersucht eine komplexe Pflegeintervention zu Übelkeit und Kommunikations-/Wissensdefizit von Chemotherapiepatienten im stationär-ambulanten Setting. Teilprojekt P₅ erforscht, ob durch die Schulung von Pflegeprofessionellen in einem komplexen Angehörigenberatungskonzept Verbesserungen in der familialen Pflege von Demenzkranken nachgewiesen werden können. Teilprojekt P₆ prüft, ob das Verbundkonzept auch akutchirurgisch relevant ist und untersucht die Reduzierung der Angst während und nach Aufenthalt auf der Intensivstation durch die komplexe Intervention eines strukturierten Informationsprogrammes.

Chancen und Missverständnisse der Evidence-basierung

Die zum Beispiel im Zwischenbericht 2005 und in Behrens & Langer¹⁰ ausführlich dargestellte Position zum Zusammenhang von Evidence-Basierung und komplexen Interventionen in kommunikativ schwierigen Situationen chronisch Kranker und Pflegebedürftiger lässt sich unter dem Ziel, zur Rekonzipierung der Pflege von verrichtungsorientierter zu »sprechender«, rehabilitativ aktivierender Pflege beizutragen, so zusammenfassen:

1. »Evidence-Basierung« ist eine nicht nur für chronische Erkrankungen angemessene, ethisch gut begründete Orientierung für die Pflegeforschungverbünde, weil sie
 - professionstypisch die Unterscheidung von externer und interner Evidence zur Grundlage macht,
 - die individuellen Klienten-Bedürfnisse und die Wirkungen für den einzelnen Klienten als Maßstab nimmt und
 - sich gegen die traditionelle »Eminenz«-Basierung richtet.
 - Allerdings geht von einer populären, aber unbegründeten Rezeption, die Evidence-Basierung um interne Evidenz verkürzt, die Gefahr aus, ein nur auf standardisierte Einzelverrichtungen orientiertes Pflegeverständnis zu stärken.
2. Das identitätsstiftende Ziel des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd ist daher, Evidence für komplexe kommunikative Interventionen zu erarbeiten.

Entscheidend an EBN ist die professionstypische Unterscheidung von externer Evidence aus den Erfahrungen Dritter (Wirkungsnachweise in Gruppen) und interner Evidenz, die nur in der Begegnung des Pflegenden mit dem je einzigartigen Klienten erarbeitet werden kann (vgl. Abbildung 1). Diese Anforderung eines individuellen Arbeitsbündnisses, in dem interne Evidenz erzeugt wird, gilt für einen sehr großen Teil der Wissenschaften, insbesondere der Naturwissenschaften, offensichtlich nicht. Deswegen ist es auch falsch, »evidence-basiert« einfach mit »wissenschaftsbasiert« gleichzusetzen. In einem großen Teil der Wissenschaften bedarf es keines individuellen Arbeitsbündnisses und keines Aufbaus gemeinsamer interner Evidenz mit den Objekten der Forschung. Statistisch ist der Schluss von einer Gruppenthäufigkeit auf den Einzelfall nicht möglich.

Auch für die im Rahmen der BMBF-Vorgabe zur »Strukturbildung« eingeworbenen assoziierten Projekte des Verbundes gilt dies. So fand das Konzept der aktivierenden Rehabilitation nach Schlaganfall die Anerkennung medizinischer und sozialwissenschaftlicher Gutachterinnen und Gutachter der DFG und – als vermutlich erstes pflegewissenschaftliches Projekt in Deutschland – Aufnahme in einen DFG-Sonderforschungsbereich. In einem international vergleichenden Projekt mit dem Institute for Psychiatry des Kings College London werden unter der Federführung von Bethel und Halle komplexe pflegerische Interventionen in der kommunikativ schwierigen Situation »mangelnde Adherence« in komplexen Medikamentenregimes untersucht, wobei »mangelnde Adherence« auch als Zeichen unzureichend in der Begegnung von Pflegenden und Patienten aufgebauter »interner Evidenz« analysiert wird. Alle diese Projekte sind jetzt (Ende 2005 zum Zeitpunkt dieses Bremer Vortrages) überwiegend noch nicht einmal in ihrer Halbzeit und ihr Ergebnis ist – sonst dürfte ja auch die Restlaufzeit nicht finanziert werden – durchaus offen. Sicher ist aber schon jetzt, dass solche komplexen Interventionen keinesfalls zum Gegenstand randomisierter kontrollierter Verlaufsstudien gewählt worden wären, ginge es lediglich um die möglichst stringente Überprüfung pflegerischer Einzelverrichtungen.

¹⁰ vgl. Behrens & Langer (2004): *Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der »Wissenschaft«*. Qualitative und quantitative Methoden bei täglichen Pflegeentscheidungen. Bern: Verlag Hans Huber

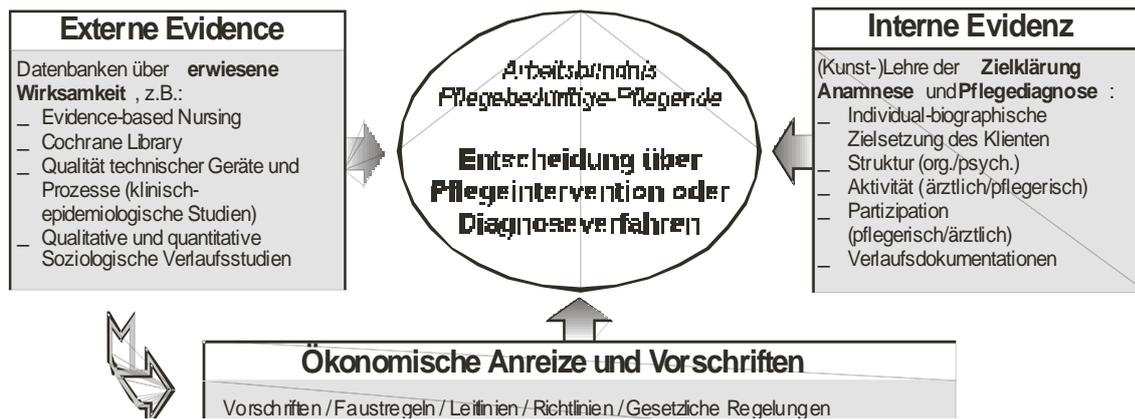


Abbildung 1: Evidence-basierte pflegerische professionelle Praxis: interne Evidenz und externe Evidence, moralische und ökonomische Anreize bei pflegerischen Entscheidungen

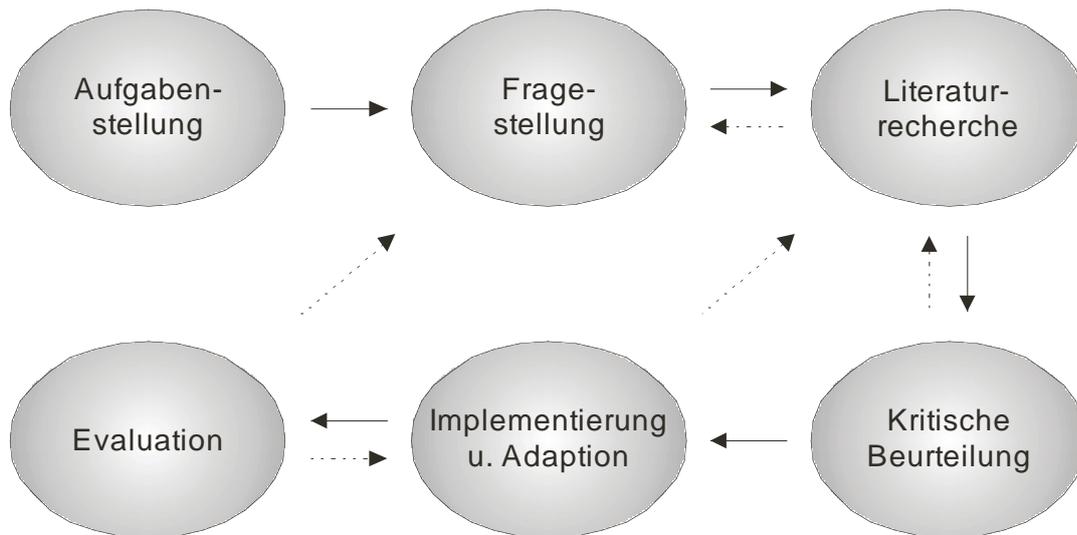
Der Gefahr, ein nur auf Einzelverrichtungen orientiertes Pflegeverständnis zu stärken, kann nur begegnet werden, wenn es gelingt, auch für komplexe Interventionen in kommunikativ schwierigen Situationen in Untersuchungen externe Evidence zu finden und aufzubereiten. Diese kommunikativ schwierigen Situationen treten besonders häufig, aber keineswegs ausschließlich bei chronischen Krankheiten und mit ihnen verbundenen Pflegebedürftigkeiten auf (wir benutzen den Begriff »chronisch« wie Anselm Strauss und Juliet Corbin im Sinne von *Chronic conditions*), weil Chronizität durch den »Sturz aus der Normalität«¹¹ gekennzeichnet ist. Er stellt die Betroffenen vor die Aufgabe der Renormalisierung oder Re-Habilitation, bei der sie pflegerisch aktivierende Unterstützung brauchen.

Evidence-Basierung: Aufbau interner Evidenz zur Nutzbarkeit von externer Evidence

Evidence-based Nursing ist eine Antwort auf ein bereits im 17. Jahrhundert diskutiertes Vermittlungsproblem: Wie lassen sich Erfahrungen Dritter mit der Wirksamkeit therapeutischer Interventionen (»externe Evidence«) für pflegerische Entscheidungen im einzigartigen, durch besondere biographische Begegnung, Erfahrungen und Relevanzen (»interne Evidenz«) geprägten Einzelfall überhaupt nutzen?

Die Frage ist aus vielen Gründen keineswegs trivial. Sie lässt sich für einfache Verrichtungen (wie zum Beispiel die Wirksamkeit einer Salbe) leichter beantworten als für komplexe, biographisch relevante Pflegehandlungen bei chronisch Kranken und Pflegebedürftigen in kommunikativ schwierigen Situationen. Hier ist die gemeinsame Erarbeitung interner Evidenz in der Begegnung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden Voraussetzung dafür, überhaupt Fragen an die vorhandene externe Evidence stellen zu können. Evidence-based Nursing fasst Vermittlungsschritte zusammen, die die externe Evidence (die derzeit besten wissenschaftlichen Belege für Nutzen und Wirksamkeit von pflegerischen Maßnahmen und Therapien) für die interne Evidenz nutzbar machen. Die Schritte des evidence-based nursing and caring gehen immer von der internen Evidenz aus und kehren zu ihr zurück. Deswegen ist der erste Schritt, die Auftragsklärung, der entscheidende, nicht die Literaturbewertung.

¹¹ vgl. als Überblick über die internationale Literatur Bury, M. (2002): Sociological Theory and Chronic Illness: Current Perspectives and Debates. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 27 (4)



Komplexe evidence-basierte Assessments als Basis einer evidence-basierten aktivierenden Pflege

Dass das Moment der »Aktivierung« bei der Langzeitpflege im Rahmen des SGB XI immer wieder betont wird zeigt, dass trotz gesetzlicher Vorgaben hier Probleme in der Routine entstehen. Deswegen ist vor allem über konsekutive Assessments und Re-Assessments der Versuch zu unternehmen, Klientenverläufe auch bei ungünstigen Ausgangsbedingungen durch aktivierende, rehabilitative Pflege zu verbessern oder mindestens zu stabilisieren. Dabei werden immer auch subjektive Faktoren erfasst, die auch die Berücksichtigung der internen Evidence ermöglichen.¹² Eine der Aufgaben von Z₁ ist in der kommenden Phase, einen Pool derartiger Assessmentinstrumente zusammenzustellen. Die Erfahrungen im Vorfeld und in der Diskussion der Sozialgesetzbücher V, IX (WHO-Klassifikation »ICF«) und XI können hier ebenso eingehen wie die Erfahrungen in den gemeinsamen Arbeitsgruppen aller vier Pflegeforschungsverbände. So evaluiert in Mitte- Süd zum Beispiel das Teilprojekt T₁ die »Implementierung eines Qualitäts- und Steuerungsinstrumente« als komplexe, aktivierende Intervention in der Langzeitpflege: Durch ein kontinuierliches und wiederholtes validiertes Assessment werden Schritte der Pflegeplanung und -durchführung ableitbar. Das Teilprojekt erlaubt den Anschluss an die pflegeökonomischen Auswertungen, die in der Weiterentwicklung des Verbundes angestrebt werden. Die Entwicklung und Evaluierung einer strukturierten Pflegeintervention zu Übelkeit und Kommunikations-/Wissensdefizit von Chemotherapie-Patienten, wie sie in Teilprojekt T₃ untersucht wird, ist der typische Fall einer komplexen Intervention in kommunikativ schwierigen Situationen. Der Beitrag des Teilprojekts T₄ zum Verbundthema besteht darin, dass das allgemeine Verbundthema auf seine Relevanz auch in der Akut Chirurgie, auf der Intensivstation und danach getestet wird, aber nicht schwerpunktmäßig bei chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Ein strukturiertes Informationsprogramm ist eine sehr komplexe Intervention in einer kommunikativ schwierigen Situation von Wissensmangel und Angst. Es ist wichtig, genau für solche Akut-Interventionen evidente Wirkungsevaluationen zu realisieren, sollen sie nicht als wenig pflegerelevant herausfallen. Die Unterstützung der Pflege zu Hause durch präventive Hausbesuche (Projekt T₅) ist eine komplexe Intervention in häufig kommunikativ schwierigen Situationen, deren evidente Wirkung schwerer zu prüfen ist als die von pflegerischen Einzelverrichtungen. Deswegen besteht immer die Gefahr, dass sie weniger zum Gegenstand von Studien wird als pflegerische Einzelverrichtungen. Es ist aber – wie beschrieben – gerade das Ziel des Verbundes, die Weiterentwicklung der Pflege von der verrichtungsorientierten zur rehabilitativ-aktivierenden Pflege zu fördern, und zwar gerade auch im ambulanten Bereich und auch ökonomisch sinnvoll analysierbar. Das Forschungsvorhaben T₆ leistet seinen entscheidenden Beitrag zum Gesamtverbund, indem sowohl verbale als auch nonverbale Kommunikation als Voraussetzung zur Gestaltung des Pflegeprozesses bei der Pflege demenzkranker Heimbewohner ermöglicht und unterstützt wird.

¹² vgl. Behrens, J. (2004): Die Verwechslung von Zielen und Mitteln und von interner und externer Evidence in: Forum DKG 4/2004, 19. Jg. S. 42-45

In dieser kurzen Darstellung konnten nur einige Beispiele für die Bewältigung der Gefahren genannt werden, die in Missverständnissen der Evidence-Basierung liegen. Für eine ausführlichere Darstellung verweise ich auf zwei Bücher, die aus dem Verbund Mitte Süd entstanden sind: Behrens/Langer 2004 und Behrens/Langer 2006, und die anderen Schriften des Verbundes.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Johann Behrens
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Magdeburger Str. 27
Tel.: 0345 5574450
Email: johann.behrens@medizin.uni-halle.de

Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd

»Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen«

im Netzwerk Nursing Research

der Hochschulen Berlin, Bremen, Essen, Freiburg, Gießen und Marburg, Halle-Wittenberg, Leipzig, Magdeburg, München und Tübingen

<i>Sprecher:</i>	Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, German Center for Evidence-based Nursing
<i>Stellvertretender Sprecher:</i>	Prof. Dr. med. Matthias C. Angermeyer Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig
<i>Vorstand:</i>	Prof. Dr. med. Matthias C. Angermeyer Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens Dipl.-KS Ingrid Horn Dr. rer. physiol. Thomas R. Neubert Dipl.-Theol. Markus Zimmermann
<i>Geschäftsstelle:</i>	Dipl.-Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer Dipl.-Pflege- u. Gesundheitswiss. Stephanie Hanns

Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen

Im Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd wird das Leitthema „Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen“ in dem multidisziplinären Rahmen bearbeitet, den die WHO mit dem Übergang von der ICDH über die ICDH2 zur ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“) entwickelt hat. Am multiprofessionellen Bezugsrahmen der WHO werden die zentralen Anforderungen deutlich, die die klinische Pflege im multiprofessionellen Team zu erfüllen hat.

Daher haben sich alle Projekte des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd die Entdeckung und Aufbereitung von Evidence gerade für komplexe Interventionen in kommunikativ schwierigen Situationen zur Aufgabe gestellt – und zwar sowohl für ältere als auch für jüngere Erwachsene und Kinder.

So beschäftigt sich Teilprojekt P₁ mit der komplexen Intervention eines Trainingsprogramms für Pflegenden, dessen Wirkungen bei demenzkranken Heimbewohnern zu messen sind. Teilprojekt P₄ untersucht eine komplexe Pflegeintervention zu Übelkeit und Kommunikations-/Wissensdefizit von Chemotherapiepatienten im stationär-ambulanten Setting. Teilprojekt P₅ erforscht, ob durch die Schulung von Pflegeprofessionellen in einem komplexen Angehörigenberatungskonzept Verbesserungen in der familialen Pflege von Demenzkranken nachgewiesen werden können. Teilprojekt P₆ prüft, ob das Verbundkonzept auch akut chirurgisch relevant ist und untersucht die Reduzierung der Angst während und nach Aufenthalt auf der Intensivstation durch die komplexe Intervention eines strukturierten Informationsprogrammes.

Weitere Informationen:

Gero Langer, Stephanie Hanns
Geschäftsstelle Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft
Magdeburger Straße 8, 06097 Halle (Saale)
Telefon: (0345) 557 - 4454
Telefax: (0345) 557 - 4471
E-Mail: pflegeforschungsverbund@medizin.uni-halle.de

Reduzierung der Angst während und nach Aufenthalt auf der Intensivstation durch ein strukturiertes Informationsprogramm: Methodische Aspekte der Studiendurchführung

Thomas R. Neubert, Michael Koller, Almuth Berg, Steffen Fleischer
Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg
Pflegedirektion, Stabsstelle Kooperationsstudien Pflegedienst / Ärztlicher Dienst
Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd

Hintergrund

Theoretischen Ansätzen und bisherigen Studienergebnissen zufolge ist die Vermittlung von Information geeignet, erlebte Ängste von Patienten zu reduzieren. Da gerade der Aufenthalt auf einer Intensivstation für die Patienten stark durch Ungewissheit, Verunsicherung und Ängstlichkeit geprägt ist, scheinen diesbezügliche Informationsangebote von besonders hoher klinischer Relevanz.

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Ziel ist die Evaluation der Wirksamkeit eines präoperativen Informationsprogramms, das kardio- und allgemeinchirurgische Patienten auf den Intensivstationsaufenthalt vorbereitet.

Studiendesign und Methoden

Die Untersuchung ist als eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe konzipiert (Kardiochirurgie: N=120; n=60 vs. n=60; Allgemeinchirurgie: N=20; n=10 vs. n=10). Die Interventionsgruppe erhält am Vortag der geplanten Operation ein standardisiertes, strukturiertes Programm mit Informationen zum Intensivstationsaufenthalt, die Kontrollgruppe erhält das zurzeit übliche Vorbereitungsverfahren durch den Operateur und den Anästhesisten.

Pretest:

Das Informationsprogramm wurde in der Implementierungsphase der Studie entwickelt und einem Pretest unterzogen.

Die Ergebnisse des Pretests hatten folgende Implikationen für die endgültige Studienkonzeption:

- Die Tendenz erfahrener Patienten, die Informationen subjektiv als überflüssig einzuschätzen, fand Berücksichtigung bei der Festlegung der Ein- und Ausschlusskriterien.
- Der Einfluss unterschiedlicher Modi der Informationsverarbeitung und individueller Bewältigungsstrategien auf den Effekt des Programms wurde in die Auswahl geeigneter Messinstrumente einbezogen (Differenzierung spezifischer Adressaten – Persönlichkeitsmerkmale Need-for-Cognition und hohe Trait-Angst).
- Einer Spezifizierung von Aspekten der Kommunikationsinhalte (Individualisierung) sowie den Dimensionen „Angemessenheit der Intervention aus Perspektive der Patienten“ und „Relevanz der Zielgröße“ wurde bei der Fertigstellung des Informationsprogramms Rechnung getragen.
- Da die Studienteilnehmer bereits eine Positivselektion darstellen, werden hinsichtlich einer Spezifizierung der Adressaten im Falle einer Studienverweigerung die Gründe differenziert erfasst (Effectiveness).
- Die zusätzliche Rekrutierung allgemeinchirurgischer Patienten soll erste Aufschlüsse über die Generalisierbarkeit möglicher Effekte erkennen lassen.

Methodische Prinzipien für die Hauptphase:

Die Gruppenzuteilung erfolgt mittels balancierter Blockrandomisierung mit einer festen und gegenüber den Untersuchern verblindeten Blockgröße. Dadurch wird einerseits eine ausgeglichene Verteilung der Studienarme im Studienverlauf erzielt, andererseits ein „Erraten“ der Gruppenzuteilung durch die Untersucher vermieden. Die Zuordnung zu den einzelnen Gruppen wird auf Kärtchen verzeichnet, die in konsekutiv durchnummerierte, blickdichte Briefumschläge verbracht und durch die Untersucher nach Einschluss beim Patienten geöffnet werden (concealed allocation).

Durch die Anwendung eines verdeckten zufallsbasierten Auswahlverfahrens aus der Grundgesamtheit mittels täglich vergebener Randomzahlen kann eine repräsentative Rekrutierung gewährleistet werden.

Sowohl die Patienten, als auch das ausführende Studienpersonal sind aufgrund des Interventionstyps nicht verblindet.

Die Datenanalyse erfolgt durch einen unabhängigen, nicht in die Datenerhebung involvierten Untersucher, wobei der Randomcode erst nach Auswertung der primären Endpunkte für die weiteren, internen Analysen offengelegt wird.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Als messbare Auswirkungen werden klinisch relevante Unterschiede in der Ausprägung von Angst in Zusammenhang mit dem Intensivstationsaufenthalt erwartet. Darüber hinaus sollen individuelle Faktoren identifiziert werden, die es ermöglichen, eine Informationsintervention differenziert zur Anwendung zu bringen.

Literaturhinweise

Berg A, Fleischer S, Neubert T & Koller M (2004). Entwicklung und Pretest eines Programms mit spezifischen

Informationen zum Intensivstationsaufenthalt. Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften,

3(3), 18-20

Neubert TR, Koller M & Bohrer T (2004). Wie erleben Patienten den Aufenthalt auf einer chirurgischen Intensivstation? Eine prospektive Beobachtungsstudie aus Sicht der Pflege. *Intensiv*, 12, 1-10.

Neubert TR (2004). Patients' Emotional Experiences of ICU. A Randomised Controlled Trial. Abstractbook. 12th Biennial Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers, 05.10.-08.10.2004, Lisbon / Portugal

Neubert TR (2003). How do Patients Experience the Surgical Intensive Care Unit? A Prospective Clinical Trial in the Nursing View. Abstractbook. Australian College of Critical Care Nurses, Annual Scientific Meeting, September 2003, Cairns / Australia

Bohrer T, Koller M, Neubert T, Moldzio A, Beaujean O, Hellinger A, Lorenz W & Rothmund M (2002). Wie erleben allgemeinchirurgische Patienten die Intensivstation? Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie. *Chirurg*, 73(5), 443-450

Weitere Informationen:

Dr. Thomas R. Neubert
Klinikum der Philipps-Universität Marburg
Pflegedirektion, Stabsstelle Kooperationsstudien Pflegedienst / Ärztlicher Dienst
Baldingerstraße, 35043 Marburg
Tel.: (06421) 28-63285
E-Mail: Neubertt@med.uni-marburg.de

Diagnostik des Belastungserlebens bei pflegenden Angehörigen

Prof. Dr. Gabriele Wilz:
Technische Universität Berlin
Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft
Fachgebiet Klinische und Gesundheitspsychologie
Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd

Hintergrund

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die diagnostische Erfassung des subjektiven Belastungserlebens von Angehörigen älterer chronisch Kranker. Eine zuverlässige diagnostische Erfassung des Belastungserlebens ist notwendig, um entlastende Interventionsmaßnahmen einleiten und in ihrer Wirksamkeit überprüfen zu können (z.B. therapeutische Angehörigengruppen). Statt der Verwendung globaler Belastungsmaße wird eine multidimensionale Erfassung des Belastungserlebens und der Belastungsverarbeitung mittels standardisierter Messinstrumente empfohlen (Wilz, Kalytta, Küssner, 2005). Es werden Ergebnisse hinsichtlich der Testgütekriterien und Belastungswerte dargestellt und die Anwendung von Interviews diskutiert.

Stand der Forschung und eigene Vorarbeiten

Fast die Hälfte der Personen, die einen kranken Angehörigen dauerhaft betreuen, fühlen sich durch diese Situation sehr belastet (Schneekloth & Müller, 2000). Detaillierte Erkenntnisse hierzu wurden in den letzten Jahren insbesondere zur Belastungssituation der Angehörigen von Demenzpatienten gewonnen. Dabei zeigt sich, dass äußere Stressoren wie spezifische pflegebezogene Aspekte (z.B. zu erbringende Pflegeleistungen, Art und Schweregrad der Krankheitssymptomatik) bei der Belastungsentstehung eine bedeutsame Rolle spielen.

Auch Angehörige von Schlaganfallpatienten zeigen ein geringeres Maß an psychischer und körperlicher Gesundheit als die Allgemeinbevölkerung (Tyman, 1994; Williams, 1993; Segal & Schall, 1996; Low, Payne & Roderick, 1999). Neben einer geringeren Lebenszufriedenheit kann im Vergleich zur Normalpopulation eine höhere Depressivität und Ängstlichkeit festgestellt werden, bei etwa einem Drittel der Angehörigen von Schlaganfallpatienten findet sich auch langfristig eine erhöhte Depressivität (Dennis et al., 1998; Kotila et al., 1998; Wilz & von Cramon, 2002; Berg et al., 2005). Aufgrund der hohen Prävalenzraten beider Erkrankungsformen (ca. 900.000 bis 1,2 Mio. Demenzpatienten und 1,5 Mio. Menschen mit schlaganfallbedingten Behinderungen) erhält vor dem Hintergrund des ausgeprägten Belastungserlebens die psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung von pflegenden Angehörigen aus gesundheitspsychologischer Sicht hohe Bedeutung (Visser-Meily et al., 2005; Sörensen, Pinquart & Duberstein, 2002; Wilz, Adler & Gunzelmann, 2001).

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Neben den Stressoren und anderen vermittelnden Faktoren (wie z.B. Persönlichkeitseigenschaften und sozialen Netzwerken) rückt diese Arbeit vor allem die Wirkung der Faktoren und damit das subjektive Belastungserleben und die Belastungsverarbeitung in das Blickfeld, denn pflegende Angehörige von Demenzkranken gelten als besonders bedeutende Risikogruppe für das Auftreten psychischer und physischer Beschwerden wie eigene Arbeiten zeigen (Wilz, Kalytta & Küssner, 2005; vgl. dazu auch Schulz & Martire, 2004; Pinquart & Sörensen, 2003).

Da das Wohlbefinden eines Menschen sowohl emotionales Erleben (positive bzw. negative Affektivität) als auch kognitive Bewertungen der Gesundheit und des körperlichen Erlebens, des psychischen

Erlebens oder sozialer Lebensbereiche umfasst (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2002), sind eine Vielzahl von Zielgrößen bzw. multiple Endpunkte von Bedeutung. Im Hinblick auf das Befinden und Erleben kann daher nicht ein einzelner primärer Endpunkt fokussiert werden. Vielmehr sollten die in der gesundheitspsychologischen Forschung als Standard geltenden Outcomevariablen (Indikatoren der psychischen Gesundheit der Angehörigen wie Depression) als Hauptzielkriterien betrachtet werden. Zu den am häufigsten verwendeten Outcome-Bereichen gehören nach Visser-Meily et al. (2005) dabei die Belastung, die Lebensqualität und der emotionale Status.

Studiendesign und Methoden

Um das Belastungserleben von pflegenden Angehörigen diagnostisch einordnen zu können, sollten Verfahren bevorzugt werden, zu denen auch Normwerte aus der Allgemeinbevölkerung sowie von klinischen Stichproben vorliegen. Im Rahmen eigener Projekte wurden entsprechende standardisierte psychometrische Messverfahren eingesetzt und hinsichtlich ihrer Eignung für die Diagnostik des Belastungserlebens pflegender Angehöriger erprobt. Die vorliegende Arbeit stellt Daten vor, die bei pflegenden Angehörigen von Demenzpatienten und Schlaganfallpatienten ermittelt wurden. Physische Beschwerden wurden dabei mit Hilfe des Gießener Beschwerdebogens GBB-24 (Brähler & Scheer, 1995), psychische Beschwerden mit Hilfe des Beck Depressions Inventars BDI (Hautzinger et al., 1994) und Aspekte der Lebensqualität mit Hilfe des SF-12 (Bullinger & Kirchberger, 1998) bzw. des WHOQOL-BREF (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000) erfasst. Ergänzend wurden zur Erfassung der individuellen Belastungssituation und Dynamik des Belastungserlebens halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Dadurch können die Ergebnisse zusätzlich validiert und Erkenntnisse über Adaptationsprozesse in Bezug auf die Verarbeitung chronischer Belastungen gewonnen werden.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Es wird gezeigt, dass mittels allgemein-klinischer Verfahren, die nicht auf die spezifische Gruppe pflegender Angehöriger bezogen sind, eine reliable Erfassung des Belastungserlebens möglich ist. Die erhobenen Daten können als Referenzwerte für das Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenz- und Schlaganfallpatienten auf der Ebene des physischen und psychischen Erlebens und der Lebensqualität gelten. Aufgrund der relativ geringen Stichproben sind diese Werte aber noch als vorläufig zu betrachten. Notwendig sind weitere Untersuchungen, die ergänzend zu den hier vorgelegten Ergebnissen prüfen, ob sich die hier verwendeten Verfahren als diagnostischer Standard zur multimodalen Erfassung des Belastungserlebens pflegender Angehöriger eignen oder u.U. alternative Verfahren mit gleichen Messbereichen noch besser geeignet sind. Darüber hinaus sollten die Verfahren auch hinsichtlich ihrer Eignung für die Erfassung des Belastungserlebens von Angehörigen anderer Patientengruppen geprüft werden. Wünschenswert wäre langfristig die Etablierung eines differenzierten, multimodalen und diagnostisch einheitlichen Vorgehens im Hinblick auf die Evaluation entlastender Angebote für pflegende Angehörige. Die hier verwendeten psychometrischen Messmethoden werden dabei als Vorschlag zur Diskussion gestellt, da aus eigenen Untersuchungen positive Erfahrungen vorliegen und die Verfahren in der Anwendung bei pflegenden Angehörigen eine gute Reliabilität aufweisen (Wilz, Kalytta, Küssner, 2005).

Die quantitativen Maße des Belastungserlebens sollten durch qualitative Maße ergänzt werden, die mittels halbstrukturierter Interviews erhoben werden können. Insbesondere für die Interventionsplanung und Bewertung spezifischer Interventionsstrategien stellen solche qualitativen Daten eine wichtige Ergänzung zu den quantitativen Belastungsmaßen dar.

Literaturhinweise

Monographien

Wilz, G. (2002). Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Eine Tagebuchstudie. Reihe: Psychosoziale Medizin. Göttingen: Hogrefe.

Wilz, G., Adler C. & Gunzelmann, T. (2001). Gruppenarbeit bei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Ein therapeutischer Leitfaden. Göttingen: Hogrefe.

Wilz, G. & Brähler, E. (1997). Tagebücher in Therapie und Forschung. Ein anwendungsorientierter Leitfaden. Göttingen: Hogrefe.

Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften

Wilz, G., Kalytta, T. & Küssner, C. (2005). Quantitative und qualitative Diagnostik von Belastungen und Belastungsverarbeitung bei pflegenden Angehörigen. Zeitschrift für Gerontopsychologie und –psychiatrie, 18 (4), 259-277.

Wilz, G., Angermeyer, M. C., Geister, C., Küssner, C. & Kalytta, T. (2005). Förderung und Unterstützung der familiären Pflege von Demenzkranken - Schulung professioneller Berater und Pflegekräfte in der Durchführung eines therapeutischen Angehörigenberatungskonzepts sowie die Evaluation der therapeutischen Effekte der Interventionen. Pflege und Gesellschaft, 10, 26-27.

Jungbauer, J. & Wilz, G. (2003). Information und Beratung für Ehepartner von Schlaganfallpatienten – ein Forschungsprojekt am Universitätsklinikum Leipzig. Schlaganfallmagazin, 1/2003, 38-39.

Jungbauer, J., von Cramon, D. Y. & Wilz, G. (2003). Langfristige Lebensveränderungen und Belastungsfolgen bei Ehepartnern von Schlaganfallpatienten. Nervenarzt, 74, 1110-1117.

Gründel, I. A., von Cramon, D. Y. & Wilz, G. (2003). „Ich hoffe, dass es wieder wird wie vorher ...“: Prospektive Annahmen von Patienten und Angehörigen über die Folgen des Schlaganfalls zu Beginn der Rehabilitation. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 62, 157-170.

Wilz, G. & Jungbauer, J. (2003). „Mein Leben ist jetzt anders“ – Bei einem Schlaganfall leiden oft auch die Angehörigen. Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.), Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Newsletter Thema Schlaganfall, 11-12.

Kitze, K., Gründel, I., Lehmann, A., von Cramon, D. Y. & Wilz, G. (2002). Psychische Belastungen bei Angehörigen von Schlaganfallpatienten. Die Rehabilitation, 6, 401-407.

Döhnert, M., Wilz, G., Adler, C., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2001). Zusammenhänge von Salivacortisol und Befindlichkeit – Eine quantitative Einzelfallanalyse an zwei pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 49, 140-165.

Gründel, I., Lehmann, A., von Cramon, D. Y. & Wilz, G. (2001). Der Unterstützungsbedarf von Angehörigen während der stationären Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 56, 280-288.

Wilz, G. (2000). Bewältigungsprozesse von pflegenden Angehörigen. Psychomed, 4, 217-223.

Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Teststatistische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzskaala. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie, 50, 472-482.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Gabriele Wilz
Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft
Fachgebiet Klinische und Gesundheitspsychologie
Technische Universität Berlin
Franklinstraße 28/29
10587 Berlin
Tel.: 030/31421013
Fax : 030/314-25274
Email: gabriele.wilz@gp.tu-berlin.de

Zentrale methodische Elemente einer prospektiven cluster-randomisierten kontrollierten Multicenterstudie (Studienprotokoll)

Dipl. Psych. Jörg Stukenkemper
Klinikum Rechts der Isar, Technische Universität München
Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd

Vorgestellt werden ausgewählte Aspekte des Studienprotokolls zur Studie P4 des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd (vgl. Kurzdarstellung). Nach einer kurzen Einführung in die Systematik und Aufbau von Studienprotokollen soll im Einzelnen auf folgende Punkte eingegangen werden:

- Studiendesign
- Randomisierung
- Erhebungsinstrumente
- Messzeitpunkte
- Fallzahlplanung
- Klinischer Pfad
- Qualitätsmanagement
- Rekrutierungsverlauf

Literatur:

Schäfer H, Berger J, Biebler KE, Feldmann U, Greiser E, Jöckel KH, Michaelis J, Neiss A, Raspe HH, Robra BP, Schumacher M, Trampisch HJ, Victor N, Windeler J: Empfehlungen für die Erstellung von Studienprotokollen (Studienplänen) für klinische Studien. *Informatik, Biometrie und Epidemiologie in Medizin und Biologie* 1999; 30: 141–154.

Weitere Informationen:

Dipl. Psych. Jörg Stukenkemper
Pflegedirektion
Klinikum Rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Str. 22
81675 München
Tel.: 089 41401
Email: J.Stukenkemper@lrz.tu-muenchen.de

Korrektter Umgang mit korrelierten Messungen in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Prof. Dr. Johannes Haerting; Dr. Oliver Kuß
Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd

Eine Reihe von Studienanlagen in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften liefert korrelierte Messwerte, z.B. wenn Patienten im Zeitverlauf an verschiedenen Zeitpunkten beobachtet werden, wenn pro Patient mehrere Zielgrößen gemessen werden, oder wenn ein Patient unter verschiedenen experimentellen Bedingungen beobachtet wird. Die meisten grundlegenden statistischen Verfahren verlangen jedoch unabhängige Beobachtungen und ein kritikloses Anwenden dieser Methoden bei korrelierten Messwerten kann unter Umständen zu falschen Schlüssen führen. Anhand eines einfachen Beispiels wird gezeigt, dass es sich (im Sinne eines Powergewinns) durchaus lohnen kann, korrelierte Daten tatsächlich auch mit Methoden für korrelierte Daten auszuwerten. Im Folgenden werden verschiedene Auswertungsmethoden (Reduktion auf eine einzige Beobachtung, ANOVA mit Messwiederholungen, MANOVA und gemischte Modelle) für korrelierte Daten dargestellt. Unter diesen sind die gemischten Modelle die Methode der Wahl, da diese eine sehr flexible Modellierung der Korrelationsstruktur der Beobachtungen erlauben und inzwischen auch mit Standardsoftware schätzbar sind.

Literaturhinweise

Kuß O, Watzke S. Korrektter Umgang mit korrelierten Daten in der Rehabilitationsforschung. Die Rehabilitation 2005;44(6):367-72.

Weitere Informationen:

Dr. Oliver Kuß, Prof. Dr. J. Haerting
Biometrisches Zentrum und Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik,
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,
Magdeburger Str. 27, 06097 Halle (Saale)
Tel.: 0345/557-3582
Fax: 0345/557-3580
Email: oliver.kuss@medizin.uni-halle.de

Pflegeforschungsverbund Nord

»Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente«

im Netzwerk Nursing Research

der Hochschulen Berlin, Bremen, Essen, Freiburg, Gießen und Marburg, Halle-Wittenberg, Leipzig, Magdeburg, München und Tübingen

Sprecher: Prof. Dr. Stefan Görres
Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abteilung 3: interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap)
Universität Bremen

*Beteiligte
Wissenschaftler
(Projektleiter)* Prof. Dr. Stefan Görres
Prof. Dr. Gabriele Meyer
Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser
Prof. Dr. Günther Roth
Prof. Dr. Heinz Rothgang

Geschäftsstelle: Cand. phil. Karl Reif (Dipl. Berufspäd. Pflegewiss.)

Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente

Der Pflegeforschungsverbund Nord widmet sich der „Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente“. Neue Steuerungsinstrumente sollen dazu beitragen, die Leistungsqualität zu steigern und eine inner- und zwischenorganisatorische Modernisierung herbeizuführen. In Erweiterung eines rational-technischen Steuerungsbegriffs bedeutet Steuerung auch die kommunikative Einwirkung eines sozialen Systems und darin Handelnder auf ein anderes System. Neue Steuerungsmodelle zielen darauf ab, die strategische Steuerungsfähigkeit der Pflege zu erhöhen. Die traditionelle Steuerung über Inputs (Regeln und Ressourcen) soll durch ziel- und ergebnisorientierte Steuerung ergänzt bzw. ersetzt werden.

Unter dem Verbundthema der Optimierung des Pflegeprozesses durch neue Steuerungsinstrumente verfolgt der Pflegeforschungsverbund Nord die Ziele:

- defizitäre pflegewissenschaftliche und interdisziplinäre Fragestellungen aufzugreifen und methodisch adäquat zu bearbeiten,
- die Ergebnisse der Untersuchungen in der Pflegepraxis bekannt zu machen und, sofern angemessen, auf einer breiten Basis zu implementieren,
- pflegerisches Handeln auf eine umfassendere wissenschaftliche Basis zu stellen.

Dem Projektbereich A „Defizitbereiche pflegerischen Handelns“ wurden Studien zugeordnet, die das Ziel verfolgen, die Relevanz pflegewissenschaftlich quantitativ bedeutsamer Risikokonstellationen zu untersuchen:

- Projekt A1: „Individuelle Pflegeverläufe älterer Menschen und ihre Determinanten“, Universität Bremen.
- Projekt A2: „Mobilitätsrestriktionen in Alten- und Pflegeheimen: eine multizentrische Beobachtungsstudie“, Universität Hamburg.

Die Studien des Projektbereichs B dienen der „Generierung und Erprobung von Steuerungsinstrumenten pflegerischen Handelns“.

- Projekt B1: „Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege“, Hochschule Bremen.
- Projekt B3: „Effizienz pflegerischer Einschätzung im Vergleich zu empfohlenen Testinstrumenten zur Vorhersage des Sturzrisikos in Alten- und Pflegeheimen“, Universität Hamburg.

Die wissenschaftliche Koordination wird von der Geschäftsstelle am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), Abt. 3: Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap) Universität Bremen (Institutsdirektion und Sprecher des PFV Nord: Prof. Dr. Stefan Görres) übernommen. Die methodische Beratung wird durch das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS), Abteilung Biometrie und EDV geleistet.

Weitere Informationen:

Karl Reif
Geschäftsstelle Pflegeforschungsverbund Nord
Institut für Public Health und Pflegewissenschaft IPP
Abt. 3: Interdisziplinäre Alterns- und Pflegeforschung (iap)
Grazer Str. 6, 28359 Bremen
Telefon: (0421) 218-9055
Telefax: (0421) 218-4973
E-Mail: pfvn@uni-bremen.de

Individuelle Pflegeverläufe älterer Menschen und ihre Determinanten

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Pflegeforschungsverbund Nord

Hintergrund

Für die Optimierung von Pflegeprozessen sind Kenntnisse über die typischen Pflegeverläufe und deren Determinanten unabdingbar. Erst vor diesem Hintergrund kann geprüft werden, inwieweit Pflegeverläufe durch Interventionen (etwa geriatrische Rehabilitationsmaßnahmen) nachhaltig verändert werden können und welche Effekte sich hieraus für die Pflegebedürftigen (Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung von Pflegebedürftigkeit) und die Kostenträger (Effektivität und Effizienz der Rehabilitationsmaßnahmen) ergeben.

Die Beschreibung der Situation dauerhaft Pflegebedürftiger in Deutschland beruht derzeit nahezu ausschließlich auf Querschnittinformationen sowie auf Studien zur Wahl bestimmter Pflegearrangements. Im Längsschnitt liegen dagegen lediglich - methodisch teilweise umstrittene - Befunde über die durchschnittliche Verweildauer in Pflegeheimen und die Auftrittswahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit im Lebenszyklus vor. Andere Längsschnittstudien sind hingegen so selektiv, dass größere Verallgemeinerungen fraglich bleiben. Informationen über die Dauer einer "Pflegekarriere" von der häuslichen Pflege bis zum Pflegeheim oder über Veränderungen in der Pflegestufe gibt es hingegen nicht. Auch Überlegungen zum Reformbedarf der Pflegeversicherung und Modellrechnungen etwa zur zukünftigen Finanzentwicklung der Pflegeversicherung beruhen - trotz bekannter methodischer Bedenken - auf Querschnittinformationen.

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Das Projekt verfolgt zwei zum Teil aufeinander aufbauende pflege-, sozial- und gesundheitswissenschaftliche Zielsetzungen: In einem ersten Arbeitspaket werden typische Pflegeverläufe rekonstruiert. Hierbei werden sowohl Aussagen über die Dynamik und Variabilität dieser Verläufe abgeleitet als auch deren Determinanten (insbesondere sozio-demographische Faktoren, medizinische Vorgeschichte und Interventionen) eingehend eruiert. Demgegenüber steht im zweiten Arbeitspaket die Analyse der Inanspruchnahme, Effektivität und Effizienz von Maßnahmen der geriatrischen Rehabilitation bei Pflegebedürftigen im Vordergrund.

Studiendesign und Methoden

Grundlage der Untersuchung bildet die Sekundäranalyse der Pflegekassendaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK). Der Datensatz umfasst derzeit den Zeitraum vom 1.1.1998 bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt und wird bis 2009 halbjährlich fortgeschrieben. Er beinhaltet zurzeit Angaben zu Art und Dauer des Leistungsbezugs und zur Pflegestufe von ca. 22.000 Pflegebedürftigen. Dieser Pflegedatensatz kann mit anderen individuenbezogenen Datensätzen der GEK verknüpft werden, z.B. mit dem ebenfalls vorliegenden Stammdatensatz, der sozio-demographische Informationen oder dem Krankenhausdatensatz, der u.a. Diagnosen (nach ICD-9 bzw. ICD-10) enthält. Damit erschließt die vorliegende Datenbasis Analysemöglichkeiten, die in Deutschland bisher nicht vorhanden waren. Bei der Auswertung soll insbesondere auf die Methoden der Ereignisdatenanalyse (non-parametrische und parametrische Verfahren) zurückgegriffen werden. So wird beispielsweise mit Survivorfunktionen dargestellt wie lange Personen in einer Situation (z.B. "keine Pflegebedürftigkeit" oder "Pflegestufe 2") verweilen und kumulierte Zustandsverteilungen geben Aufschluss über die Verteilung eines Merkmals (z.B. eine bestimmte Pflegeleistung) aller Untersuchungseinheiten im Lebensverlauf. Außerdem

kommen multivariate Übergangsratenmodelle zum Einsatz, mit denen schließlich kausale Erklärungen vorgenommen werden. Diese Modelle können neben zeitkonstanten auch zeitveränderliche Kovariaten berücksichtigen und schätzen die "Wahrscheinlichkeit" unter Berücksichtigung der Zeit, dass ein Ereignis (z.B. Pflegebedürftigkeit) eintritt. Daneben wird im zweiten Teil der Studie auf die gesundheitsökonomischen Methoden der Kosten-Nutzen-Analysen zurückgegriffen werden. Der Nutzen einer rehabilitativen Intervention für den Finanzierungsträger kann dabei als die Einsparungen aufgrund eines veränderten Pflegeverlaufs (insbesondere: Verhinderung/Verzögerung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit) konzipiert werden.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Als Ergebnis dieser Studie werden erstmals in Deutschland zielgruppenspezifische verlässliche Angaben über Pflegeverläufe, deren Determinanten und Beeinflussungsmöglichkeiten (Rehabilitation) zur Verfügung stehen. Dies und die Ergebnisse der gesundheitsökonomischen Evaluation der Effizienz von Reha-Maßnahmen sind von hohem Interesse für Finanzierungsträger und erheblicher Relevanz für die Diskussion über eine Weiterentwicklung der Kranken- und Pflegeversicherung.

Literaturhinweise

Heinz Rothgang, Lars Borchert & Kathrin Knorr (2005): Individuelle Pflegeverläufe älterer Menschen und ihre Determinanten. In: *Pflege und Gesellschaft* 10 (1): S. 34-37.

Heinz Rothgang & Lars Borchert (2005): Pflegeverläufe älterer Menschen – erste Ergebnisse einer Längsschnittanalyse. In: *ZeS-Report* 1: S. 17-19.

Heinz Rothgang & Lars Borchert (2006): Zur Dauer und Dynamik von Pflegeverläufen älterer Menschen – eine explorative Analyse im Längsschnitt. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (Einreichung geplant)

Heinz Rothgang & Lars Borchert (2006): Longitudinal care patterns in Germany 1998-2004. The dynamic of care careers of dependent elderly people (Einreichung geplant für *Social Science and Medicine*).

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen
Tel.: 0421/218-4132
Fax : 0421/218-7540
Email: rothgang@zes.uni-bremen.de

Effizienz pflegerischer Einschätzung im Vergleich zu empfohlenen Testinstrumenten zur Vorhersage des Sturzrisikos in Alten- und Pflegeheimen

Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser; Prof. Dr. phil. Gabriele Meyer; Sascha Köpke
Universität Hamburg, MIN-Fakultät, Fachwissenschaft Gesundheit
Pflegeforschungsverbund Nord

Hintergrund

Es liegt eine Vielzahl von Instrumenten zur Einschätzung der Sturzgefährdung in verschiedenen Settings vor. Nur drei dieser Instrumente wurden in Altenheimen validiert, der Tinetti-Test, der Mobility Interaction Fall Chart (MIF) und der Downton-Index. Sensitivität und Spezifität der Instrumente sind jedoch limitiert (z.B. besitzt der Downton-Index bei einer Sensitivität von 81% nur eine Spezifität von 40%). Der Tinetti-Test und der MIF sind außerdem aufwändig und kaum als pflegerisches Routine-Assessment einsetzbar. Die Projektleiterinnen haben durch eine im Juli 2001 erfolgreich abgeschlossene randomisiert-kontrollierte Studie zur Prävention von hüftgelenksnahen Frakturen und durch die laufende Studie zu Mobilitätsrestriktionen in Alten- und Pflegeheimen eine sehr gute Kooperationen mit ca. 70 Hamburger Alten- und Pflegeheimen etabliert.

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Die Differenzierung sturzgefährdeter Alten- und Pflegeheimbewohner von nicht sturzgefährdeten ist bedeutsam, da durch präventive Maßnahmen Stürze verhindert werden können. Demgegenüber sollen nicht Sturzgefährdete nicht durch unnötige Interventionen beeinträchtigt werden. Derzeit stellt die pflegerische Einschätzung der Sturzgefährdung die Basis für sturzpräventive Maßnahmen dar. Von geriatrischen Gremien hingegen werden spezielle Erhebungsinstrumente empfohlen. Die Instrumente sind jedoch in der Regel aufwändig, potentiell belastend und nicht beliebig oft wiederholbar. Nur wenige sind ausreichend validiert. Ob die Erhebungsinstrumente der pflegerischen Einschätzung in Genauigkeit und Effizienz überlegen sind, ist unklar und nicht ausreichend untersucht. Ein tatsächlicher Nutzen der Anwendung eines Instruments kann nur im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie erfolgen. Eine solche Untersuchung liegt für keines der Instrumente vor.

Studiendesign und Methoden

Forschungsdesign: Cluster-randomisiert-kontrollierte Studie (RCT)

Setting: 54 Alten- und Pflegeheimcluster in Hamburg

Einschlusskriterien: 70 Jahre und älter, gehfähig, seit mindestens 3 Monaten in der Einrichtung lebend

Endpunkterhebung: Wöchentliche Erhebung des Downton Index durch Pflegende. Dokumentation von Maßnahmen zur Sturzprävention, Dokumentation der gestürzten Personen und der Stürze über 12 Monate

Stichprobenkalkulation: Es sollen ca. 1080 Teilnehmer rekrutiert werden.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Es wird kein relevanter Unterschied bzgl. der Anzahl der Stürzer erwartet. Durch die Studie wird geklärt, ob Assessmentinstrumente sinnvoll zur Abschätzung des Sturzrisikos und nützlich zur Prävention von Stürzern sind und welche Auswirkungen (z.B. Maßnahmen zur Sturzprävention, Fixierungen) diese haben. Die Ergebnisse finden Eingang in die Versorgungsplanung von Alten- und Pflegeheimbewohnern und in die Planung zukünftiger Forschungsvorhaben.

Literaturhinweise

Meyer G, Köpke S, Bender R, Mühlhauser I: Study protocol. Predicting the Risk of Falling - Efficacy of a Risk Assessment Tool compared to Nurses' Judgement: a cluster-randomised controlled trial [ISRCTN37794278]. BMC Geriatrics 5: 14 (2005)

Meyer G, Köpke S, Bender R, Mühlhauser I: Predicting the Risk of Falling - Efficacy of a Risk Assessment Tool compared to Nurses' Judgement: a cluster-randomised controlled trial. <http://www.controlled-trials.com/isrctn/trial/37794278/0/37794278.html>

Meyer G, Steckelberg A: Analysis of patient information brochures on osteoporosis prevention and treatment. Abstract, 18th World Congress of the International Association of Gerontology. Juni 2005, Rio de Janeiro (Abstract in der Zeitschrift Gerontology noch nicht publiziert, laut Aussage des Karger Verlages ist die Publikation Kürze zu erwarten)

Köpke S, Lange H, Meyer G: Validity of instruments to predict the risk of falling in the elderly. Abstract, 18th World Congress of the International Association of Gerontology. Juni 2005, Rio de Janeiro (Abstract in der Zeitschrift Gerontology noch nicht publiziert, laut Aussage des Karger Verlages ist die Publikation Kürze zu erwarten)

Weitere Informationen:

Sascha Köpke
IGTW Gesundheit, Universität Hamburg
Martin-Luther-King-Platz 6
20146 Hamburg
Tel.: 040/42838-7224
Fax: 040/42838-3732
Email: sascha.koepke@uni-hamburg.de

Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege

Prof. Dr. Monika Habermann; Heidrun Biedermann
Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (ZePB), Hochschule Bremen
Pflegeforschungsverbund Nord

Hintergrund

Pflegevisiten als Instrument der Qualitätssicherung in der Pflege wurden zunächst im klinischen Kontext implementiert und diskutiert. Die Einführung von Pflegevisiten im spezifischen Kontext der stationären Altenpflege und der ambulanten Pflege ist erst in den letzten Jahren erkennbar geworden, wobei eine entsprechende Anregung des MDK in der Veröffentlichung seiner Prüfrichtlinien „MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach §80 SGB XI in der ambulanten Pflege“ wesentliche Impulse gab. Wenngleich Zielsetzungen, konkrete Inhalte und Umsetzungsformen von Pflegevisiten eine große Variationsbreite aufweisen, besteht Konsens darin, dass es als zentrales Instrument der pflegebezogenen Qualitätssicherung wirksam werden kann. Auch für die ambulante Pflege werden daher u.a. folgende qualitätssteigernde Effekte erwartet:

- Stärkung pflegefachlichen Wissens wie auch auf die Pflegequalität bezogene, kommunikative Kompetenzen
- Durch die Stärkung der Pflegefachlichkeit Steigerung der professionellen Selbstgewißheit und damit der Berufszufriedenheit
- Ermöglichung einer gezielten Personalentwicklung wie auch Wahrnehmung von Fachaufsicht durch die leitende Pflegefachkraft
- Stärkung der Vernetzung des Dienstleistungsangebotes wie auch eine Schnittstellenoptimierung.
- Steigerung der geforderten Partizipation und damit auch der Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen.
- Kostenkontrolle durch Überprüfung der gewährten Pflegeleistungen, Tourenplanung
- Überprüfung, Weiterentwicklung bestehender Qualitätssicherungsinstrumente wie Pflegestandards, Pflegekonzepte etc.

Der Diffusität in Begrifflichkeit und inhaltlicher Ausgestaltung der Pflegevisite und der Vielfalt der Erwartungen, die mit ihrer Einführung verknüpft sind, stehen wenige empirische Erkenntnisse gegenüber. Diese beziehen sich auf den stationären, klinischen Sektor für den eine Befragung zur Verbreitung und konkreten Umsetzungsformen durchgeführt wurde und die Ergebnisse einer kürzlich erstellten Studie, die Effekte auf die Befindlichkeit der Patienten zu klären suchte. Die mangelnde Verwertbarkeit der Ergebnisse wird hier u.a. mit einer unzureichend vorab erfolgten qualitativen Exploration der Pflegevisite begründet.

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Vor dem skizzierten Hintergrund sollen mit dem Forschungsprojekt folgende Zielsetzungen verbunden werden:

Formen der Implementierung der Pflegevisite, ihr organisationsbezogener Kontext wie auch konkrete Ausgestaltungen in der Umsetzung und die Einschätzung der Auswirkungen werden aus Sicht der Beteiligten in ambulanten Pflegediensten und anhand der bei der Pflegevisite verwendeten Dokumente exploriert. Die Bedingungsfaktoren, die ein Gelingen/Misslingen der Anpassung, Einführung und Routinisierung der Pflegevisite bewirken, werden in der Form von Hypothesen herausgearbeitet und Ansätze zur Überprüfung der qualitätsbezogenen Effekte entwickelt. Weiterhin zielt die Untersuchung

darauf ab, die Einbettung der Pflegevisite in die gesamte qualitätsbezogene Organisationsentwicklung der Einrichtungen zu erfassen.

Entsprechend werden folgende Fragestellungen verfolgt:

- (I) In welcher Form wurden/werden Pflegevisiten im ambulanten Bereich durchgeführt und welche Erfahrungen wurden/werden damit gemacht?
- (II) Welche Dokumente werden bei der Pflegevisite verwendet? Wie werden sie geführt?
- (III) Welche Implementierungsstrategien wurden genutzt?
- (IV) Wie stellt sich die Einbettung in den Gesamtkontext der Qualitätsentwicklung dar?
- (V) Welche Zielsetzungen, Inhalte und Ablaufgestaltungen können demnach als essentiell für die erfolgreiche Umsetzung von Pflegevisiten im ambulanten Bereich erachtet werden?

Studiendesign und Methoden

Es handelt sich um eine explorative Studie in der die strukturellen Voraussetzungen, die formale Umsetzung und die inhaltliche Gestaltung der Pflegevisite von Anbietern der ambulanten Pflege beschrieben und analysiert werden. Als Methode werden hierzu die Gruppendiskussion, das Einzelinterview und die Dokumentenanalyse verwandt.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Die in der ambulanten Pflege mit hohen Erwartungen versehene Pflegevisite als ein Instrument der Qualitätssicherung und ihre Verankerung in der gesamten Qualitätsentwicklung wird mit ihren Potentialen und Beschränkungen beschrieben. Es werden Vorschläge für deren effektive Einführung und Umsetzung gemacht. Mit den gewonnenen Daten wird die Grundlage für eine Studie zur quantitativen Erfassung von Qualitätspotentialen geschaffen.

Literaturhinweise

Habermann, M, Biedermann, H (2005): Die Pflegevisite als Instrument der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege. Pflege und Gesellschaft 10/1: 39-41

Habermann, M, Biedermann, H (2005): Die Pflegevisite im ambulanten Bereich: Pflege Aktuell, 59. Jg., Heft 9: 466-469.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Monica Habermann
Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (ZePB)
Hochschule Bremen
Neustadtswall 30
28199 Bremen
Tel.:0421 5905 3774
Fax : 0421 5905 3789
Email:haberman@fbsw.hs-bremen.de

Pflegeforschungsverbund NRW

»Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit«

im Netzwerk Nursing Research

der Hochschulen Berlin, Bremen, Essen, Freiburg, Gießen und Marburg, Halle-Wittenberg,
Leipzig, Magdeburg, München und Tübingen

<i>Sprecherin:</i>	Prof. Dr. Doris Schaeffer Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
<i>Stellvertretender Sprecher:</i>	Prof. Dr. Andreas Kruse Institut für Gerontologie, Universität Heidelberg
<i>Beteiligte Wissen- schaftler (Projektleitungen)</i>	Prof. Dr. Jörg Bergmann Prof. Dr. Michael Ewers Prof. Dr. Andreas Kruse Dr. Gabriele Müller-Mundt Prof. Dr. Gerhard Naegele Prof. Dr. Oliver Razum Dr. Susanna Re Prof. Dr. Doris Schaeffer Prof. em. Margot Sieger Prof. Dr. Wilfried Schnepf Dr. Klaus Wingenfeld
<i>Geschäftsstelle:</i>	Jörg Haslbeck, MScN

Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit

Der Pflegeforschungsverbund NRW steht unter dem Rahmenthema „Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“. Chronische Erkrankungen stellen die betroffenen Menschen und die Gesundheitsversorgung vor besondere Herausforderungen. Ihre Bedeutung lässt sich bereits daran bemessen, dass 20 Prozent der GKV-Versicherten chronisch krank sind. Sie verursachen dem Sachverständigenrat zufolge nahezu 80 Prozent der Kosten im Gesundheitswesen. – Zeit also, den seit langem kritisierten Versorgungsmängeln entgegen zu treten. Hierzu gehören allen voran die unzureichende Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit der Versorgung chronisch Kranker, die Fixierung auf somatische Probleme und die mangelnde Berücksichtigung ihrer lebensweltlichen, sozialen und psychischen Situation.

Erklärtes Ziel und Forschungsprogramm des Verbundes ist es daher, auf empirischer Basis wissenschaftlich begründete Konzepte für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung zu erarbeiten. Der Verbund widmet sich hierzu zwei aus (pflege-)wissenschaftlicher Sicht dringlichen Herausforderungen:

- **Patientenorientierung:** Es sollen evidenzbasierte, patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheiten (einschließlich der methodischen Instrumente) entwickelt werden, die dem Bedarf und den Bedürfnissen chronisch Kranker und ihrer Familien Rechnung tragen und ihnen ein Höchstmaß an Autonomie und Lebensqualität mit und trotz Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit ermöglichen.
- **Patientenaktivierung:** Ferner soll zu einer Erweiterung des Pflegehandelns und zu einer Konzentration auf solche klinische Aufgabestellungen beigetragen werden, die einen stärkeren Akzent auf Patientenaktivierung legen, bspw. in Form von Patientenedukation oder Ressourcenförderung.

Durch die Erarbeitung wissenschaftlicher Grundlagen für die Entwicklung „patientenorientierter Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit“ wollen die sechs inhaltlichen Teilprojekte des Verbundes dazu beitragen, Defizite der (pflegerischen) Versorgung chronisch kranker Patienten zu beheben und eine den Anforderungen im Gesundheitswesen gerechtwerdende Innovation der Pflege anzuregen.

In *Projekt A1* steht die Entwicklung eines Instruments zur Erfassung der Patientenperspektive von demenziell erkrankten Altenheimbewohnern als Grundlage für die Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten im Mittelpunkt der Forschungsarbeit. *Projekt A2* widmet sich dem (Pflege-) Phänomen des selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens bei psychisch veränderten Heimbewohnern. Es sucht den Kenntnisstand zu Ausprägung, Entwicklung und Bedingungsfaktoren zu verbessern und damit die Basis für die Entwicklung von Instrumenten und Konzepten bereitzustellen, die für eine präventiv ausgerichtete Pflege erforderlich sind. *Projekt A3* untersucht am Beispiel querschnittsgelähmter Menschen Gestaltungsmöglichkeiten pflegerischer Interventionen durch die Patienten. Ziel ist die Entwicklung eines handlungsleitenden Modells der Patienten-Pflege-Interaktion, das die Kompetenzförderung der Patienten in den Mittelpunkt rückt. *Projekt B2* widmet sich der Entwicklung eines pflegerischen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz chronisch erkrankter Patienten durch die ambulante Pflege. Den Ausgangspunkt bildet auch hier die Ergründung der Herausforderungen des Therapiemanagements im Alltag aus der Patientenperspektive. In *Projekt B3* steht die Entwicklung einer Methode zur Förderung der Lebensqualität demenzkranker Menschen durch Stimulierung positiver Emotionen im Mittelpunkt der Forschungsarbeit. *Projekt B5* befasst sich Kindern und Jugendlichen in der Rolle als pflegende Angehörige. Es sucht erstmals in Deutschland zu näheren Einsichten über ihre Situation zu gelangen, um darauf aufbauend ein bedarfs- und bedürfnisgerechtes Unterstützungskonzept für pflegende Kinder und Jugendliche zu entwickeln.

Weitere Informationen:

Jörg Haslbeck
Geschäftsstelle Pflegeforschungsverbund NRW
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universitätsstraße 25, 33615 Bielefeld
Telefon: (0521) 106-4816 – 4454, Telefax: (0521) 106 – 6437
E-Mail: pflge-nrw@uni-bielefeld.de
Homepage: <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/pflegenrw>

Selbstmanagement komplexer Medikamentenregime chronisch kranker Patienten

Prof. Dr. D. Schaeffer; Dr. G. Müller-Mundt; Jörg Haslbeck
AG6 Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Pflegeforschungsverbund NRW

Hintergrund

Ein Blick auf die aktuelle Situation in der deutschen Arzneimittelversorgung offenbart nicht nur erneut zweistellig-prozentuale Umsatzsteigerung in den GKV-Ausgaben. Wiederholt zeigt sich, dass ein Großteil der Aufwendungen für Medikamente auf einen kleinen Teil der Versicherten entfällt: Die Gruppe der älteren sowie chronisch kranken Menschen. Zwar schafft der GKV-Arzneimittelindex hinsichtlich der Verteilung von Kosten, Verordnungen und Verbrauch von Medikamenten national wie regional ein hohes Maß an Transparenz – die Datenlage zur Nutzerperspektive in der Arzneimittelversorgung ist hierzulande jedoch dünn. Trotz jahrzehntelanger Forschungsaktivitäten zur Arzneimitteladhärenz existieren kaum empirische Erkenntnisse über Alltagsprobleme chronisch kranker Menschen im Umgang mit komplexen Medikamentenregimen, die zur Entwicklung von Unterstützungskonzepten für diese Patientengruppe herangezogen werden könnten. Dabei konfrontiert das Arzneimittel-Selbstmanagement chronisch kranke Patienten im Alltag mit vielfältigen Problemen, bei der sie auf professionelle Unterstützung angewiesen sind. Zur Überwindung der akutmedizinischen Dominanz in der Gesundheitsversorgung erweisen sich patientenorientierte Unterstützungskonzepte als überfällig, die auf die Bedürfnisse und langfristige Begleitung chronisch kranker Menschen ausgerichtet sind.

Daher ist ein umfassenderes Verständnis des Selbstmanagements von Medikamentenregimen bei chronischer Krankheit notwendig, um mit innovativen und effektiven Versorgungskonzepten auf Problemlagen und Bedürfnisse chronisch kranker Patienten eingehen zu können.

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Das Hauptanliegen der Studie ist es, herauszufinden, a) wie chronisch kranke Patienten ihr Medikamentenregime im Alltag bewältigen und b) welche Probleme bzw. Herausforderungen sich ihnen im Zeitverlauf stellen. Primäres Ziel ist es, abgeleitet von den Patientenproblemen und -bedürfnissen den Bedarf sowie die Möglichkeiten professioneller Unterstützung im alltäglichen Umgang mit Medikamentenregimen zu ermitteln. Die gewonnenen Erkenntnisse werden zur Entwicklung eines Schulungskonzepts im Bereich der ambulanten pflegerischen Versorgung herangezogen, das in einer zweiten Projektphase erprobt werden wird.

Studiendesign und Methoden

Die Studie stützt sich auf ein qualitativ-mehrperspektivisches Design, mit dem die Sichtweise von 24 chronisch kranken Menschen (16 kardiologische und 8 HIV/AIDS-Patienten) im Zeitverlauf untersucht wird. Die Patientendaten werden mit leitfaden-gestützten Interviews erhoben und nach fünf bzw. zehn Monaten durch Folgeinterviews komplettiert. Zusätzlich erfolgen Gruppendiskussionen mit chronisch herzkranken Patienten. Richtungweisend für die themenbezogene Datenanalyse sind die empirischen Erhebungs- und Auswertungsstrategien der Grounded Theory. Des Weiteren werden 24 Experteninterviews mit professionellen Akteuren in der Gesundheitsversorgung durchgeführt, vorwiegend niedergelassenen Ärzten, ambulant tätigen Pflegekräften und Apothekern. Hier erfolgt die Datenauswertung mit qualitativ-inhaltsanalytischen Verfahren.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Erste Ergebnisse weisen auf Diskrepanzen zwischen der Patienten- und Expertensicht hin, was auf Defizite in der derzeitigen Arzneimittelversorgung schließen lässt. Auf Patientenseite spielen subjektive Deutungsmuster im alltäglichen Umgang mit Medikamenten eine tragende Rolle, die in individuellen und langwierigen Erfahrungsprozessen im Krankheitsverlauf entstehen. Unter anderem tragen wahrgenommene Symptome der Krankheit und der erfahrene Nutzen der Arzneimittel hierzu ebenso bei wie bedeutsame Ereignisse in der Krankheitskarriere. Resultate sind u. a. eine multidimensionale Bedeutung der Medikamente(n)therapie) und individuelle Einnahmeritualen. Diese Aspekte werden von den professionellen Akteuren bei der Therapiegestaltung oft kaum berücksichtigt. Mit Ausnahme der Pflege haben sie wenig Kenntnis von Alltagsproblemen im Umgang mit Arzneimittelregimen und ihr Medikamenten- bzw. Therapieverständnis konzentriert sich vorwiegend auf klinisch-objektive Parameter. Individuelle Patientenbedürfnisse und -belange werden wenig thematisiert, zumal diese in der Frühphase chronischer Krankheiten von Patienten oft nicht geäußert werden. Restriktive Rahmenbedingungen wie bspw. enge Zeitfenster in der Primärversorgung oder eingespielte Praxisroutinen kommen als weitere Hürde für eine Medikamentenbezogene Kommunikation erschwerend hinzu.

Kristallisationspunkt der Patientenproblematik im Medikamentenselbstmanagement ist daher ein unzureichend beantworteter Bedarf an patientenorientierter Kommunikation, Beratung und Begleitung zu Alltags Herausforderungen im Umgang mit Arzneimitteln. Bisherige Ergebnisse unterstreichen dabei das Potential der Pflege, diese Lücke schließen und chronisch kranken Patienten entsprechende Hilfestellungen geben zu können.

Literaturhinweise

Haslbeck J (2005): Mitverantwortung in existentiellen und krisenhaften Situationen – Erfahrungen Angehöriger in der häuslichen Sterbegleitung mit palliativen Versorgungsstrukturen. In: Schnell MW (Hg.): Ethik der Interpersonalität. Hannover: Schlütersche, 65-100

Kamche A, Haslbeck J (2004): Komplexe Medikamentenregime bewältigen – theoretische Betrachtung einer Herausforderung im Lebensalltag chronisch kranker Menschen. Pflege & Gesellschaft 9 (4), 147-153

Ludwig (Kamche) A (2005): Herausforderungen komplexer Medikamentenregime bei chronischen Erkrankungen – Eine Literaturanalyse der Compliance und Adhärenzdebatte. Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, P05-130. Bielefeld: IPW Download pdf >>

Müller-Mundt G, Schaeffer D (2004): Die Versorgung von Schmerzpatienten. Teil 1: Pflegen ambulant Teil 1: 15, Nr. 3, 26-30, Teil 2: Pflegen ambulant 15 (4), 21-23

Müller-Mundt G (2005): Chronischer Schmerz – Herausforderungen für die Versorgungsgestaltung und Patientenedukation. Bern: Huber

Müller-Mundt G, Schaeffer D (2005): Symptommanagement und Pflege. In: Pleschberger S, Heimerl K, Wild M (Hg.): Palliativpflege (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Wien: Facultas, 227-245

Schaeffer D (i. E.): Bewältigung chronischer Erkrankung – Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie.

Schaeffer D (2004): Optimierung der Bewältigung chronischer Krankheit. Journal of Public Health – Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 12 (6), 382-383

Schaeffer D, Ewers M, Haslbeck J, Kamche A, Müller-Mundt G (2005): Entwicklung eines pflegerischen Interventionskonzepts zur alltagsnahen Förderung des Selbstmanagements von chronisch kranken Patienten unter komplexem Medikamentenregime. Pflege & Gesellschaft 10 (1), 56-59

Schaeffer D, Müller-Mundt G (2005a): Alltagsnahe Förderung des Selbstmanagements und der Adhärenz von chronisch kranken und multimorbiden Patienten unter komplexen Medikamentenregimen. Zwischenbericht Projekt B2. In: Schaeffer D, Kruse A (Hg.): Pflegeforschungsverbund NRW: Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit. Zwischenbericht für den Zeitraum 01.05.2004 bis 30.04.2005. Bielefeld: Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, 38-44

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Institut für Pflegewissenschaft (IPW)
Postfach 100131
33501 Bielefeld
Tel.: 0521 1066880
Email: ipw@uni-bielefeld.de

DEMIAN – Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen: Entwicklung einer Methode zur Förderung der Lebensqualität durch Gestaltung positiver Anregungsmöglichkeiten

Prof. Dr. Andreas Kruse; Dr. Susanna Re; M. Böggemann
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
Pflegeforschungsverbund NRW

Hintergrund

Ausgangspunkt des Projekts DEMIAN ist die Annahme wesentlicher Ressourcen demenzkranker Menschen. Auch bei schwerer Demenz sind Betroffene sehr häufig in der Lage, in individuell bedeutsamen Situationen positive Emotionen und Wohlbefinden zu erleben. Darüber hinaus bleibt die Fähigkeit, Emotionen zumindest nonverbal auszudrücken, grundsätzlich sehr lange erhalten. Dieser Ressource kommt angesichts der Tatsache, dass das Verständnis von Verhaltensäußerungen Demenzkranker durch Einbußen im verbalen Bereich vielfach erschwert ist, im Rahmen individuenzentrierter Pflege besondere Bedeutung zu.

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Ziel des Projekts ist es, in Kooperation mit Pflegenden Methoden zu entwickeln, durch die gezielt Situationen geschaffen werden können, die der einzelne demenzkranke Mensch positiv erlebt. Es wird dabei davon ausgegangen, dass durch die Schaffung solcher Situationen ein Beitrag zur Förderung der psychischen Befindlichkeit des demenzkranken Menschen geleistet wird, die ihrerseits als bedeutende Komponente der Lebensqualität zu verstehen ist.

Es wird angenommen, dass sich durch die systematische Erfassung von Angaben des demenzkranken Menschen selbst, von Beobachtungen der Pflege- und Bezugspersonen sowie durch die Ermittlung relevanter biografischer Informationen emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Menschen identifizieren lassen. Diese eignen sich als Ausgangspunkt individuenzentrierter Pflegeplanung mit dem Ziel, positives Erleben im Alltag zu fördern. Durch eine kontinuierliche Realisierung der positiven Situationen über einen dreiwöchigen Zeitraum hinweg sollte sich das psychische Befinden demenzkranker Heimbewohner nachhaltig verbessern, schließlich sollte sich diese Interventionsstrategie hinsichtlich der Effekte in Bezug auf das Befinden einem Mehr an unspezifischer Zuwendung überlegen zeigen.

Studiendesign, Methoden und Erhebungsinstrumente

Das Projekt beinhaltet ein Interventionsprogramm zur Stimulierung positiver Emotionen, das von Pflegenden in verschiedenen stationären Alten- und Pflegeeinrichtungen bei insgesamt 90 demenzkranken Bewohnern durchgeführt wird. Bei der Suche nach Situationen, die von dem Teilnehmer positiv erlebt werden, wird sowohl die Perspektive der Erkrankten als auch die der Pflegenden und der unmittelbaren Bezugspersonen in Interviews erhoben. Weiterhin werden neben Beobachtungen in der aktuellen Lebenssituation biografische Aspekte berücksichtigt. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhalten im Anschluss ebenfalls das Treatment der Interventionsgruppe, daher erfolgt die Erhebung positiver Situationen bei allen Studienteilnehmern.

Auf dieser Grundlage werden im dreiwöchigen Interventionszeitraum gezielt Situationen im Prozess der Pflege und Betreuung herbeigeführt, die beim einzelnen demenzkranken Menschen positive Emotionen auszulösen vermögen. Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhalten in gleichem Umfang eine unspezifische Zuwendung in Form allgemeiner Gespräche. Vor Beginn der Intervention, direkt im An-

schluss daran sowie zwei Wochen nach Abschluss wird bei allen teilnehmenden Bewohnern das non-verbale Ausdrucksverhalten per Video erfasst. Gleichzeitig erfolgt eine Selbst- und Fremdeinschätzung zur jeweils aktuellen psychischen Grundstimmung der Teilnehmer.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Bis November 2005 konnten insgesamt 61 demenzkranke Heimbewohner in die Studie einbezogen werden. Bei 44 Teilnehmern – 35 Frauen und 9 Männern - war das Projekt bereits abgeschlossen. 29 dieser Teilnehmer gehören der Interventionsgruppe, die übrigen 15 gehören der Kontrollgruppe an. Die Designgruppenverteilung zeigte keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den kognitiven Status und die Pflegeabhängigkeit. Bei 9 Teilnehmern lag eine beginnende Demenz vor (GDS 2-3), 22 Teilnehmer wiesen eine mittelgradige Demenz (GDS 4-5) auf, bei den übrigen 9 Teilnehmer befand sich die Demenz in einem fortgeschrittenen Stadium (GDS 6-7).

Für jeden der Teilnehmer ließen sich positiv bedeutsame Alltagssituationen im Umfang zwischen 16 und 84 ($m = 38,91$, $std = 12,99$) ermitteln. Der größere Teil dieser Situationen wurde aktuell beobachtet, ein geringerer Teil bezog sich auf Situationen aus der Biografie der Teilnehmer. Vor Beginn der Intervention wurden jene Situationen ausgewählt, die ohne größeren Aufwand von den Pflegenden in den Alltag integriert werden konnten und die nachweislich positive Reaktionen hervorriefen. Insgesamt konnten zwischen 2 und 15 Situationen ($m = 7,18$, $std = 2,73$) in die Intervention einbezogen werden, dabei fand sich kein Zusammenhang zwischen der Anzahl dieser Interventionssituationen und dem Demenzschweregrad der Teilnehmer.

Thematisch lassen sich die Interventionssituationen insgesamt 32 Kategorien zuordnen. Dabei zeigen sich unterschiedliche Schwerpunkte bei unterschiedlich schwer demenzerkrankten Teilnehmern. Während beispielsweise bei den Teilnehmern mit beginnender Demenz Gespräche über ein bestimmtes, persönlich bedeutsames Thema sowie Spaziergänge nach draußen im Vordergrund stehen, dominieren bei den Teilnehmern mit fortgeschrittener Demenz die Kategorien Zuwendung durch körperliche Nähe und positive Gestaltung der Körperpflege. Insgesamt überwiegen unabhängig vom Demenzschweregrad solche Situationen, in denen die Kommunikation zwischen Mitarbeiter und Teilnehmer bzw. die persönliche Zuwendung durch den Mitarbeiter das auslösende Element positiver Emotionen bildet.

Literaturhinweise

Bär, M., Kruse, A., Re, S. (2003). Emotional bedeutsame Situationen im Alltag demenzkranker Heimbewohner. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 36, Heft 6, S. 454-462. Steinkopff-Verlag, Darmstadt.

Re, S. (2003). Erleben und Ausdruck von Emotionen bei schwerer Demenz. Hamburg: Dr. Kovac.

Re, S. (2003). Emotionales Ausdrucksverhalten bei schweren demenziellen Erkrankungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 36, 447-453.

Bär, M., Böggemann, M., Kruse, A. (2005). Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen, - Entwicklung einer Methode zur Förderung der Lebensqualität durch Stimulierung positiver Emotionen. Pflege & Gesellschaft, 1/05, S. 60-61. DV Pflegewissenschaft e.V., Duisburg.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Andreas Kruse
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg
Bergheimerstr.20
69115 Heidelberg
Tel.: 06221 548181
Email: andreas.kruse@urz.uni-heidelberg.de

Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern als Pflegeproblem

Klaus Wingefeld, Norbert Seidl
Institut für Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld
Pflegeforschungsverbund NRW

Problemhintergrund

Demenzen zählen inzwischen zu den häufigsten Erkrankungen von Personen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden. Ihre zunehmende Bedeutung führt zu wachsenden Anforderungen im Umgang mit Verhaltensweisen, die für die Erkrankten selbst und ihre soziale Umgebung eine Gefährdung oder Belastung darstellen. Sie umfassen ein breites Spektrum von Handlungen, das sich vom unsachgemäßen Umgang mit alltäglichen Gegenständen über die Herstellung von Gefahrensituationen beim ziellosen Umhergehen bis hin zu verschiedenen Formen der Aggression erstreckt. Vollstationäre Pflegeeinrichtungen erweisen sich dabei als Orte einer besonders ausgeprägten Problemkumulation. Schätzungen zur Verbreitung psychischer Störungen oder Erkrankungen unter den derzeit mehr als 650.000 Heimbewohnern bewegen sich, je nach Strenge der diagnostischen Kriterien, in einer Größenordnung von 50-80%.

Die internationale Forschung hat der Verhaltensproblematik von Heimbewohnern lange Zeit relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Das Interesse richtete sich hier vorrangig auf die für dementielle Erkrankungen charakteristischen kognitiven Einbußen und ihre Konsequenzen für den Lebens- und Versorgungsalltag. Erst ab Mitte der 1980er Jahre setzten verstärkt Forschungsbemühungen ein, die sich den sog. nicht-kognitiven Symptomen dementieller Erkrankungen zuwandten und eindringlich die Frage nach geeigneten Formen der auf Verhaltensweisen gerichteten Unterstützung aufwarfen. Inzwischen liegen zahlreiche Studien vor, die sich unterschiedlichen Aspekten der Thematik zuwenden. Ihre Ergebnisse lassen u.a. die Komplexität der Ursachen und Bedingungen selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens erkennen, die nicht unmittelbar auf die zugrunde liegende psychische Erkrankung, sondern auf die Wechselwirkung von Umwelteinflüssen, körperlichen Pflegeproblemen, mangelnden Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, kognitiven Einbußen und Kontrollverlust zurückzuführen sind. Dementsprechend werden komplexe Assessmentinstrumente und Interventionsstrategien und weniger singuläre, nur auf einzelne Verhaltensweisen bezogene Maßnahmen als zentraler Bestandteil einer problemangemessenen pflegerischen Versorgung eingestuft.

In Deutschland ist die Versorgungspraxis nach wie vor dadurch gekennzeichnet, dass auf selbst- und fremdgefährdendes Verhalten überwiegend mit Maßnahmen reagiert wird, die direkt auf potenzielle Risikosituationen und weniger auf Ursachen und Bedingungen des Verhaltens von Heimbewohnern abzielen. Sie sind in der Regel mit Einschränkungen von Handlungsmöglichkeiten verbunden, mindern damit die Lebensqualität der Betroffenen und beeinträchtigen zugleich die Chancen der Förderung und des Erhalts körperlicher und kognitiver Ressourcen.

Zielsetzung und Fragestellungen des Projekts

Das Forschungsvorhaben "Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern als Pflegeproblem" zielt darauf ab, nicht nur den Kenntnisstand zu Ausprägung, Entwicklung sowie Bedingungen selbst-/fremdgefährdenden Verhaltens zu verbessern, sondern auch Instrumente und Konzepte zu entwickeln, die für eine stärker präventiv ausgerichtete Pflege erforderlich sind. Das Vorhaben umfasst zwei Projektphasen. Im Mittelpunkt der ersten, auf rund drei Jahre angelegten Phase steht eine empirische Studie, mit der die Dimensionen und Ausprägungen des sich selbst oder andere gefährdenden Verhaltens von Heimbewohnern, ihre Entwicklung im Zeitverlauf und

Einflussfaktoren untersucht werden. Hiervon ausgehend soll ein pflegerisches Interventionskonzept entwickelt und ab dem Jahr 2007 in einer anschließenden zweiten Projektphase erprobt werden.

Ausgangspunkt des Projekts ist die Feststellung, dass problematische Verhaltensweisen psychisch kranker alter Menschen in hohem Maße auf *Wechselwirkungen* von Umwelteinflüssen, körperlichen Pflegeproblemen, mangelnden Möglichkeiten der Bedürfnisbefriedigung, kognitiven Einbußen und Kontrollverlust zurückzuführen sind. Im Mittelpunkt stehen folgende Fragestellungen:

1. In welchem Ausmaß und in welchen Formen tritt selbst- und fremdgefährdendes Verhalten auf?
2. Wie korreliert es mit körperlichen Pflegeproblemen, kognitiven Einbußen und Umgebungsbedingungen?
3. Wie verändern sich Ausprägungen des Verhaltens im Zeitverlauf?
4. Welcher Zusammenhang besteht zwischen diesen Veränderungen und Veränderungen der Lebensumwelt der Betroffenen, ihrer Versorgung, körperlichen Pflegeproblemen und kognitiven Einbußen?

Methodisches Vorgehen

Das Bielefelder Projekt umfasst in seiner ersten Phase eine prospektive, auf 12 Monate Beobachtungsdauer angelegte Studie, mit der Daten über insgesamt rund 300 Heimbewohner in sieben Pflegeeinrichtungen (jeweils komplette Wohnbereiche) erhoben werden. Für die Probanden erfolgt zu vier Messzeitpunkten (1) eine Einschätzung der Pflegeprobleme/-ressourcen (einschl. Dimensionen des selbst-/fremdgefährdenden Verhaltens, kommunikative und kognitive Fähigkeiten, Affektlage) und (2) eine Erhebung wesentlicher Merkmale der Versorgung und Umwelt der Pflegebedürftigen sowie ihrer Veränderungen.

Hierbei kommt ein standardisierter Erhebungsbogen zum Einsatz, dessen Items aus erprobten Assessmentinstrumenten entlehnt werden. Die Auswahl der Items orientiert sich am „Need-driven dementia-compromised behavior model“, das einen Versuch darstellt, Risikoverhalten im Kontext der Wechselwirkung zwischen psychischer Beeinträchtigung, allgemeinen Personenmerkmalen, elementaren Bedürfnissen, physischer und sozialer Umwelt zu konzeptualisieren. Zurückgegriffen wird u.a. auf das Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI - Cohen-Mansfield 1999), das 29 Verhaltensweisen unterscheidet und die Häufigkeit ihres Auftretens innerhalb eines definierten Zeitraumes erfasst, ferner auf die Mini-Mental State Examination und den Barthel-Index. Zur Erfassung von Versorgungsmerkmalen und Umgebungsbedingungen wurden eigene Instrumente entwickelt.

Erste Ergebnisse

Nach den bislang vorliegenden Ergebnissen sind verbale Verhaltensauffälligkeiten (einschl. verbaler Aggression) unter Heimbewohnern am stärksten vertreten. Bei etwas mehr als der Hälfte der erfassten Bewohner konnten entsprechende Verhaltensweisen mindestens einmal wöchentlich beobachtet werden. Fast ebenso häufig findet sich durch motorische Unruhe gekennzeichnetes Verhalten. Für physisch aggressives Verhalten gegen Personen und physisch aggressives Verhalten gegen Gegenstände ergaben sich jeweils Anteilswerte zwischen 15 und 20%. Insgesamt zeigten nahezu 80% der Bewohner mindestens einmal wöchentlich eine oder mehrere der angeführten Verhaltensweisen. Diese Zahlen können zwar nicht als repräsentativ für die gesamte Heimversorgung gelten, weil in die Untersuchung nur Wohnbereiche einbezogen wurden, in denen überwiegend Personen mit kognitiven Einbußen leben. Da jedoch inzwischen die Mehrheit der Heimbewohner von solchen Einbußen oder anderen psychischen Problemlagen betroffen ist, dürften die tatsächlichen Zahlen im Bundesdurchschnitt nur wenig niedriger liegen.

Die Erhebungsergebnisse zeigen des Weiteren Zusammenhänge mit Faktoren auf, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf bestimmte Verhaltensweisen förderlich auswirken. Bewohner mit physisch

aggressivem Verhalten gegen Personen etwa weisen deutlich stärkere Verluste der Kommunikationsfähigkeit auf als andere Bewohner. Sie sind auch häufiger von regelmäßigen nächtlichen Störungen aufgrund geplanter Pflegemaßnahmen betroffen (Lagerungen und Inkontinenzversorgung) und seltener als andere in Gruppenangebote eingebunden. Entgegen geläufiger Annahmen ließ sich im Vergleich zwischen Männern und Frauen kein signifikanter Unterschied feststellen.

Generell muss festgestellt werden, dass die Lebenssituation von Heimbewohnern eher günstige Voraussetzungen für die Entwicklung und Verstetigung von Verhaltensauffälligkeiten bietet. Viele Bewohner leiden unter sozialer Isolation. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass rund 50% der Bewohner innerhalb eines Zeitraums von zwei Wochen gar keinen oder lediglich ein einziges Mal Besuch von Angehörigen oder anderen nahestehenden Personen erhielten. Ebenfalls rund die Hälfte der Bewohner hatte – abgesehen von den Einrichtungsmitarbeitern – in ihrem sozialen Umfeld niemanden, den man als „wichtige Bezugsperson“ bezeichnen könnte, weder unter den Angehörigen noch unter Freunden/Bekannten oder den Mitbewohnern.

Eine differenzierte Auswertung der erhobenen Daten steht noch aus, die Erhebungen wurden erst im Juni 2006 abgeschlossen. Insbesondere mit Hilfe von Verlaufsanalysen werden die Zusammenhänge zwischen problematischen Verhaltensweisen und potenziell verhaltenswirksamen Faktoren, die sich bereits in ersten Auswertungen abzeichneten, noch einmal genauer untersucht. Es zeigt sich allerdings schon jetzt, dass es möglich ist, mit Hilfe der Untersuchungsergebnisse Risikoprofile zu definieren, die präventiv ausgerichteten Handlungsstrategien zugrunde gelegt werden können.

In diesem Sinne soll eine Interventionsstrategie entwickelt werden, die eine frühzeitige Risikoidentifizierung ermöglicht und somit darauf abzielt, die für problematische Verhaltensweisen maßgeblichen Bedingungen zu beeinflussen. Vorgesehen ist ein strukturiertes Interventionskonzept, das der Systematik des Pflegeprozessmodells folgt. Es umfasst u.a. ein Assessmentinstrument, eine Abklärungshilfe zur Erstellung eines individuellen Risikoprofils und gestufte Maßnahmenkataloge für die individuelle Unterstützung der betreffenden Bewohner. Mit Hilfe des Interventionskonzeptes, so der Anspruch des Vorhabens, soll ein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Verfügung gestellt werden, das eine wirksame Unterstützung der betroffenen Heimbewohner ermöglicht, unter weitgehendem Verzicht auf einschränkende, aktivitätsbegrenzende und damit wenig bedürfnisgerechte Maßnahmen.

Literaturhinweise:

Wingenfeld, K./Seidl, N. (2005): Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern als Pflegeproblem – Projekt A2. In: Schaeffer, D./Kruse, A. (Hg.): *Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit – Zwischenbericht des Pflegeforschungsverbundes*. Bielefeld: Pflegeforschungsverbund NRW, 28-32

Wingenfeld, K. (2005): Verhaltensauffälligkeiten psychisch kranker Heimbewohner. In: Abderhalden, C./Needham, I. (Hg.): *Psychiatrische Pflege – Verschiedene Settings, Partner, Populationen*. Unterostendorf: Ibicura, 88-97

Wingenfeld, K. (2005): Selbst- und fremdgefährdendes Verhalten bei psychisch veränderten Heimbewohnern als Pflegeproblem: Dimensionen, Assessment und Interventionskonzepte. *Pflege & Gesellschaft* 10, Nr. 1, 52-53

Wingenfeld, K. (2004): Pflegerische Versorgung psychisch kranker Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten: Zum Stellenwert psychiatrischer Pflege in der Heimversorgung. In: Krause, P./Schulz, M./Bauer, R. (Hg.): *Interventionen Psychiatrischer Pflege*. Unterostendorf: Ibicura, 44-51

Weitere Informationen:

Klaus Wingenfeld
Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
Universitätsstr. 25
33615 Bielefeld
Email: Klaus.Wingenfeld@uni-bielefeld.de

Verbund Hebammenforschung

»Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal«

Sprecherin: Prof. Dr. P.H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Fachhochschule Osnabrück, Studiengang Pflegewissenschaft

Kooperationspartner: Stiftung Fachhochschule Osnabrück,
Universität Osnabrück,
Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)

Beteiligte
Wissenschaftler
(Projektleitungen) Prof. Dr. Petra Kolip
Prof. Dr. P.H. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Prof. Dr. Beate Schücking

Geschäftsstelle: Sozialwissenschaftlerin (M.A.) Claudia Igney

Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess – Implementierung eines Modellprojektes Hebammenkreißsaal

In Deutschland finden 98% aller Geburten im Krankenhaus statt und weniger als 10% davon laufen heute ohne wesentliche medizinische Interventionen ab. Hier setzt das Verbundprojekt „Frauen- und familienorientierte geburtshilfliche Versorgungskonzepte: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“ an. Im Fokus steht das (in Deutschland) neue geburtshilfliche Konzept „Hebammenkreißsaal“, welches eine Alternative zur zunehmenden Medikalisierung und Pathologisierung normaler Geburten bietet. Die zentralen Forschungsfragen der vier miteinander verbundenen Projekte beschäftigen sich mit:

- den Kriterien des Hebammenbetreuungskonzepts
- der Betreuungskontinuität im Geburtsprozess
- dem Umfang der aktiven Mitgestaltung der Gebärenden im Geburtsprozess
- der möglichen Reduzierung von medizinisch-technischen Interventionen sowie
- den Entscheidungskriterien schwangerer Frauen bei der Wahl des Geburtsortes.

Weitere Informationen:

Stiftung Fachhochschule Osnabrück
- Verbund Hebammenforschung -
Verbundkoordination/ Geschäftsstelle
Postfach 1940
D-49009 Osnabrück
Tel. 0541/ 969-3665
Fax 0541/ 969-3765
E-Mail: hebammenforschung@wi.fh-osnabrueck.de
www.hebammenforschung.de

Konzeptentwicklung Hebammenkreißaal

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, A. Kehrbach
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Verbund Hebammenforschung

Hintergrund

Der Hebammenkreißaal als eine geburtshilfliche Abteilung, in der gesunde Gebärende mit geringem oder ohne Ausgangsrisiko ausschließlich von Hebammen betreut werden, stellt für die derzeit in deutschen Kliniken übliche Betreuung eine Innovation dar. Das neue Betreuungssetting ist nicht dem Risikokonzept der Geburtsmedizin unterstellt und intendiert, eine bedarfsgerechte und sichere Versorgung sicherzustellen, die auch das emotionale und psychische Wohlergehen von Mutter und Kind berücksichtigt.

In Deutschland - und diese Situation ist nicht mit Nachbarländern vergleichbar - finden sich keine Studien über die charakteristische Arbeit von Hebammen in klinischen Einrichtungen. Ein Großteil der internationalen Studien und hier vor allem randomisiert kontrollierte Studien, fokussierten Indikatoren des maternalen kindlichen outcomes. Die vorliegende Studie unterscheidet sich zu den bisher vorhandenen Forschungen dadurch, dass sie spezifische, charakteristische Merkmale eigenverantworteter Hebammenarbeit im klinischen Umfeld untersucht und daraus Empfehlungen und Eckpunkte für das Konzept Hebammenkreißaal ableitet. Somit steht im Projekt die Entwicklung von Konzepten im Vordergrund, welche eine Veränderung im Verständnis von Ausübung und Organisation des Berufes der Hebamme im Hebammenkreißaal nach sich ziehen werden.

Die Studie zur Konzeptentwicklung versteht sich als ein Beitrag, das Pflegehandeln bei der geburtshilflichen Versorgung schwangerer Frauen und Familien in ein systematisches und pflegewissenschaftlich gestütztes Handeln zu überführen.

Ziele der Untersuchung und Fragestellung

Die Implementierung eines neuen klinischen Betreuungsmodells durch Hebammen für gesunde Schwangere und Gebärende setzt eine Identifizierung und Entwicklung von Konzepten voraus, die den Anforderungen einer eigenverantwortlichen Arbeit der Hebamme gerecht werden. Im Vordergrund des wissenschaftlichen Erkenntnisinteresses stehen die Erfahrungen und Perspektiven - der an der klinischen Geburtshilfe maßgeblich mitwirkenden Personen: den Hebammen - und das subjektive Verständnis von ihren Kompetenzen, die sie einer Hebammengeburtshilfe beimessen. Es wird zudem die Frage nach der Grund- und Werthaltung bzw. dem Wesen der Hebammenarbeit, nach dem spezifischen Rollenverständnis, dem Menschen- bzw. Frauenbild, dem Stellenwert der Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung im Gebärdprozess fokussiert. In diesem Kontext ist es grundlegend von Bedeutung zu analysieren, welchen Einfluss das übliche medizinische Versorgungsmodell von Schwangerschaft und Geburt auf das Denken und Handeln von Hebammen hat und wie sich das Hebammenmodell vom medizinischen Modell unterscheidet. Ein weiterer Fokus der Studie liegt auf der Untersuchung der Fähigkeiten der Hebammen zur kritischen Reflektion ihrer Tätigkeit, ihrer Rolle, sowie auf ihrer Bereitschaft zu eigenverantwortlichem Handeln.

Studiendesign, Methoden und Erhebungsinstrumente

Zur Exploration des beruflichen Selbstverständnisses von Hebammen wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Ein qualitativer Ansatz ermöglicht es aufgrund seiner subjekt- und prozessorientierten Vorgehensweise, sowohl die Sicht der Teilnehmerinnen und den Ablauf sozialer Situatio-

nen (Arbeitsabläufe, Betreuung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett) als auch die auf eine Situation zutreffenden sozialen Regeln zu verstehen, in diesem Fall insbesondere die „Regeln“, die die professionelle Beziehung zwischen Hebammen und betreuter Frau/ Klientin konstituieren (Flick, 1996).

Das Projekt basierte auf einer gezielten Stichprobenauswahl von zwölf Hebammen, die sich aus denjenigen angestellten Hebammen der Referenzklinik zusammensetzte, die zum Zeitpunkt der Studie das Eignungskriterium einer zweijährigen Berufserfahrung im Kreißaal erfüllten. Zudem wurde eine weitere Stichprobe von zwölf externen Hebammen eines Teams in einer vergleichbaren Klinik herangezogen. Die Ergebnisse dieser Befragung dienten u.a. der Validierung der Daten (Ergebnisse). In der Auswahl der Stichprobe der Vergleichsklinik wurde sichergestellt, dass „theoretisch relevante Merkmalskombinationen“ im Sample vertreten waren (Kelle & Kluge, 1999). Vergleichskriterien waren die Anzahl der Geburten, die Anzahl der angestellten Hebammen, die Kaiserschnittrate sowie das Vorhalten einer Pädiatrie in der Einrichtung.

Für das vorliegende Forschungsinteresse wurde als Interviewform das problemzentrierte Interview als geeignet angesehen (Witzel 1982, 1989). Durch eine halbstrukturierte Befragungsform, die auf eine bestimmte Problemstellung konzentriert ist, aber keine Antwortmöglichkeiten vorgibt, wird eine möglichst unvoreingenommene Exploration individueller Handlungen und subjektiver Wahrnehmung ermöglicht (Witzel 1989). Grundlegend für die Leitfadententwicklung war der Pretest, der mit einer Probandin durchgeführt wurde.

Um zu erfassen, inwiefern sich das Verständnis der Teilnehmerinnen in Bezug auf ihr Verständnis zur Erfüllung und Einhaltung von Kompetenzen für eine eigenverantwortliche Geburtshilfe durch den Hebammenkreißaal ändert, wurde eine zweite Befragung an der Referenzklinik durchgeführt. Zudem eignete sich zur komplexen Exploration oben genannter Fragestellung und zur Validierung der Interviewauswertung, die Heranziehung einer weiteren Explorationsmethode. Es wurden fünf supervisoriell angelegte Fokusgruppengespräche mit dem Team geführt, in denen die Probandinnen die Prinzipien und Kompetenzen einer Hebammengeburtshilfe in einem geschützten Setting reflektierten (Lamnek, 1998). Ebenso wurde ein Gruppengespräch mit den Hebammen der Vergleichsklinik mit dem Ziel durchgeführt, die Ergebnisse der Interviews zu präsentieren und zu evaluieren. Als Validierungsinstrumente diente der Einsatz der kommunikativen Validierung, der Methoden-, Daten- und Forschertriangulation (Flick, 2003).

Ergebnisse und deren Relevanz

In der Datenanalyse wurden zwei Haupttätigkeitsbereiche von klinisch tätigen Hebammen identifiziert, die im Folgenden dargestellt werden.

1. Tätigkeitsbereich der Diagnostik im Hebammenhandeln

Aus den Untersuchungsdaten wurde ersichtlich, dass Hebammen eine spezifische Diagnostik innerhalb der Hebammenbetreuungsarbeit anwenden. In der Praxis arbeiten Hebammen in der Regel sowohl mit einer multimethodalen Diagnostik (Campbell & Fiske, 1959; Fahrenberg, 1987; Fiske 1971, 1987; Nay, 1979; Seidenstücker & Baumann, 1978, 1987) – sie kombinieren verschiedene Erhebungsmethoden – als auch mit einer multimodalen Diagnostik – die Ebenen der Daten werden kombiniert. Ebenso haben die Prozessdiagnostik und Verlaufsdagnostik als Verfahrenswege bei der Erkenntnisgewinnung große Relevanz. Sie dienen der Erfassung intra-individueller Veränderungen und umfassen beispielsweise auch die Ermittlungen der Veränderung der Statuserhebung der Gebärenden zwischen Status 1 zum Zeitpunkt 1 und Status 2 zum Zeitpunkt 2. Durch Verhaltensbeobachtung werden erkannte Geburtsphänomene oder Phänomengruppen in einen zeitlichen Verlauf eingeordnet als physiologisch oder pathologisch in ihrer zeitlichen Dimension bewertet und in den Kontext der individuellen Bedingung der Gebärenden gestellt.

2. Tätigkeitsbereich der Leitung der Geburt

Aus den Untersuchungsdaten wurde ersichtlich, dass unter geburtsleitendem Handeln sämtliche Formen professioneller Unterstützung verstanden werden, die durch Hebammen bei der Bewältigung von Schwangerschaft, Geburt, sowie der Versorgung und Pflege von Neugeborenem, Mutter oder einer anderen Bezugsperson gegeben werden. Sie richten sich vorwiegend auf körperliche und psychische, aber auch auf soziale Prozessbewältigungen. Der Ansatz des geburtsleitenden Hebammenhandelns dient vorrangig in den Bereichen der Gesundheitsförderung und primären Prävention. Bei der Entscheidung wann und welche geburtsleitenden Unterstützungsmaßnahmen eingesetzt werden, steht primär ein abwartendes Verhalten von Seiten der Hebamme im Vordergrund. Durch kontinuierliche Beobachtung des Prozesses, diagnostiziert und prognostiziert die Hebamme, ob ein abwartendes Verhalten zur Sicherstellung bzw. Aufrechterhaltung des physiologischen Verlaufes angezeigt ist, bzw. wann ein veränderter Betreuungsbedarf zur Unterstützung/Anleitung oder für eine geburtshilfliche Intervention erforderlich ist. Maßnahmen, die nachweislich den natürlichen Verlauf beeinträchtigen und das Aufkommen von Pathologie begünstigen, werden vermieden.

Ein weiteres Ziel ist es, Störungen im Prozessverlauf und das damit verbundene Auftreten von körperlichen wie psychischen Schädigungen und Erkrankungen zu verhindern, sowie den von Krankheiten und Störungen genesenden Müttern und Neugeborenen bei der Eingliederung in den Lebensprozess Hilfestellung zu geben (tertiäre Prävention). Ist eine Hebammenintervention angezeigt, arbeiten die Hebammen in der Regel sowohl mit einer multimethodalen Interventionsform – sie greifen mit mehreren Methoden gleichzeitig in den Geburtsverlauf ein – als auch mit der multimodalen Interventionsform – es werden Eingriffe gewählt, die auf mehreren Ebenen Auswirkungen haben.

Die vorher beschriebenen diagnostischen Verfahrenswege und Einsatzfelder des geburtsleitenden Handelns sind vernetzt und bedingen sich gegenseitig.

Ergebnisse zu den Veränderungen der Hebammenarbeit nach Implementierung des Hebammenkreißsaals

In folgendem Abschnitt werden die Ergebnisse der Studie zur Frage nach Veränderungen der Hebammenarbeit durch das neue Betreuungssetting beschrieben.

Prozessdiagnostik

Ergebnis der Studie ist die Betonung der Relevanz der Prozessbeobachtung (Prozessdiagnostik/Verlaufsdagnostik) innerhalb der Hebammenarbeit, in der es darum geht, die Geburtsphänomene oder Phänomengruppen, in einen zeitlichen Verlauf einzuordnen und als physiologisch oder pathologisch auch in ihrer zeitlichen Dimension zu bewerten. Herauszustreichen ist, dass das Bewusstmachen und der bewusste Einsatz der multimodalen/ -methodalen Diagnosemöglichkeiten zu einer Ausprägung der Berufskompetenz und zu einem weiteren Wissensspektrum führt, da Einzelerkenntnisse vernetzt werden und auf ein höheres Niveau gestellt werden können. Zentrales Instrument der Prozessdiagnostik ist die Verhaltensbeobachtung der Gebärenden. Durch Prozessdiagnostik können invasionsgewaltige Methoden wie z.B. die vaginale Untersuchung der Gebärenden ersetzt werden. Das Setting des Hebammenkreißsaals unterstützte die Entwicklung zum vermehrten Einsatz der Prozessbeobachtung als aktives diagnostisches Handeln im Bereich der Hebammenarbeit. Die Datenauswertung ergibt, dass es zu einer Ausreifung der Kompetenz im Bereich der Prozessbeobachtung kommt. Wichtigste Rahmenbedingung für die Kompetenzentwicklung der Prozessdiagnostik ist die kontinuierliche Prozessbegleitung, so wie sie im Hebammenkreißsaalsetting die Regel ist und bislang im üblichen Kreißsaal nicht praktiziert wurde. Betont wird, dass sich im Verhältnis zum herkömmlichen Kreißsaal deutlich der zeitliche Rahmen verändert, in dem die Hebammen direkt bei der Gebärenden anwesend sind.

Interaktionsdiagnostik und professionelle Beziehungsarbeit

Die Studie ergab, dass die Beziehungsherstellung zwischen Gebärender und Hebamme relevanten Einfluss auf die Qualität der Geburtsleitung hat. Die Berücksichtigung der Individualität der Gebärenden

steht hier im Zentrum, um die Betreuung entlang der Bedürfnisse der Frau gestalten zu können. Die Einstellung der Geburtshelferinnen muss auf die Individualität der Gebärenden und des von ihr zu gebärenden Kindes gerichtet sein, damit sich die Praxis der Geburtsbetreuung tatsächlich an den Ressourcen der Individuen orientiert, so eines der Ergebnisse der vorliegenden Studie. Im Rahmen der Hebammenkreißaalbetreuung entwickelte sich eine intensivere Beziehung zwischen Hebamme und Gebärender. Hierbei spielt es eine Rolle, dass die betreuten Frauen durch das dichtere Betreuungsangebot im Vorfeld der Geburt schon mit den Hebammen bekannt sind. Außerdem wird betont, dass sich im Hebammenkreißaalsetting die zur Entbindung Kommenden mehrheitlich schon vor der eigentlichen Geburt mit dem Kreißaal und ihren Betreuungswünschen auseinandersetzen haben. Ein Teil der sich bewusst für den Hebammenkreißaal entscheidenden Gebärenden wählen den Hebammenkreißaal, weil sie großen Wert auf eine intensive Beziehung zur Hebamme legen. Zu den Überlegungen des Zusammenhanges von Betreuungssetting und Beziehungsgestaltung vermuten die Forscherinnen darüber hinaus, dass die räumlich dichtere Anwesenheit auch aus dem verstärkten Sicherheitsgefühl resultiert, welches die direkte Beobachtung gegenüber der indirekten Kontrolle durch Technik vermittelt. Die Hebamme setzt in der Interaktionsdiagnostik sowie der Beziehungsherstellung ihre Person als zentrales Instrument ein, deshalb ist die Entwicklung intrapersoneller Kompetenzen wie Empathie, Kongruenz und Offenheit sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, ihr eigenes Handeln professionell zu reflektieren (Supervision), für eine Tätigkeit im Hebammenkreißaal notwendig. Für einen professionellen Kontaktaufbau benötigt die Hebamme im Hebammenkreißaal komplexe kommunikative Fähigkeiten.

Entscheidungsfindung durch Information und Aufklärung

Aus der Studie ergab sich eine deutliche Relevanz für eine professionell geführte Beratung, Aufklärung und Information der Gebärenden, um die Entscheidungsfindung im Gebärprozess transparent und partizipativ gestalten zu können. Die Forscherinnen gehen davon aus, dass das Eingehen einer Betreuungsbeziehung einer vertraglichen Vereinbarung gleichkommt, die zunächst auf einer gleichberechtigten Stufe zwischen der Hebamme und der Gebärenden stattfindet, sofern der Vertragsabschluss zeitlich unabhängig – also vorgelagert – von der eigentlichen Akutsituation stattfindet. Im Vertrag sind die gegenseitige Wahrung von Rechten und die gegenseitigen Verpflichtungen zu vereinbaren. Hierbei wird dem Konzept des „*informed consent*“, einer informierten Entscheidung der Frau, Vorrang gegeben.

Geburtsleitung durch Anleitung

Die Studie ergab, dass das geburtsleitende Anleiten durch die Hebamme als Interventionsstrategie zur personenzentrierten Gesundheitsförderung fungiert. Die Förderung der selbstbestimmten Handlung und Förderung der Kompetenz der Gebärenden und des Partners stehen im Zentrum. Die Untersuchung legt den Schluss nahe, dass es in allen Bereichen der Anleitung d.h. zur Geburtsarbeit, zum Handling mit dem Kind und zum Bonding zwischen Mutter und Kind im Hebammenkreißaal zu Veränderungen kommt. Die Hebammen stellen mehr Zeit und Raum zur Verfügung. Dass mehr Zeit für das professionelle Anleiten zur Verfügung steht, wird darauf zurückgeführt, dass weniger Druck von außen die Abläufe bestimmt. Ärztliche Routinen determinieren im üblichen Kreißaal die Handlungsabläufe. In einer hebammenverantworteten Geburtshilfe liegt es allein in der Entscheidung der Hebamme, festzulegen, welche Tätigkeiten zu welchem Zeitpunkt vorgenommen werden. Die Hebammen sammeln während ihrer Geburtsbetreuung mehr Erfahrungen zur Spannbreite des ungestört verlaufenden Prozesses, welche sie in nachfolgende Beobachtungssituationen als Parameter für Normalverläufe einbringen können. Der Erfahrungsschatz wird auf diese Weise bereichert.

Geburtshilfliche Interventionen

Die Studie ergab, dass die Entscheidung zu einer geburtshilflichen Intervention bzw. der Handlungsbedarf aus den Beobachtungen der Hebamme innerhalb des multimethodalen/ -modalen Diagnoseverfahrens abgeleitet wird. Abwartendes Verhalten bzw. der Interventionseinsatz der Hebamme orientiert sich an einer von ihr antizipierten medizinischen Norm und ihren Erfahrungswerten bezüglich gebärfördernden Verhaltens. Die Haltung des abwartenden Verhaltens, zur Verminderung des Einsatzes von geburtshilflichen Interventionen, findet sich im Hebammenkreißaal deutlicher ausgeprägt. So

wird eine stärkere Zurückhaltung bei der vaginalen Untersuchung, bei der Anlage einer Amniotomie, bei der Gabe von Analgetika, eine höhere Bereitschaft zu Mobilität und vertikalen Geburtshaltungen sowie ein restriktiver Umgang mit dem Anlegen von Episiotomien beschrieben.

Die Relevanz des Vorhaltens einer interventionsarmen Geburtshilfe bei der Leitung physiologischer Geburten im Hebammenkreißaal wurde von den Probandinnen betont. Die Geburt wird hierbei als physiologischer Prozess verstanden, den die Frau und das Ungeborene aus eigener Kompetenz und Kraft bewältigen können, ohne Schaden zu nehmen, sofern der Prozess in einem sie schützenden, respektierenden und unterstützenden Rahmen stattfindet und sich keine Komplikationen einstellen.

Zusammenfassung

Die Gesamtergebnisse weisen auf zwei Ebenen darauf hin, dass Aspekte der Gesundheitsförderung bzw. Primärprävention im Hebammenkreißaal stärker ausgeprägt sind. Erstens wird Gesundheitsförderung durch veränderte Rahmenbedingungen, sog. „Verhältnisbezogener Ansatz“, erfüllt. Spezifische veränderte Rahmenbedingungen, das „Setting“ im Hebammenkreißaals fördert, dass sich die Handlungsabläufe weitgehend an den individuellen Bedürfnissen der Gebärenden und deren Familien orientiert. Zweitens wird Gesundheitsförderung durch verändertes Verhalten, „Verhaltensbezogener Ansatz“, erfüllt, d.h. Verhaltensänderung und Einstellungsänderungen von Hebamme und Gebärenden führen zu einer individuenbezogenen Gesundheitsförderung, welche die personalen Kompetenzen erhöhen.

Literatur

- Campbell D.T., Fiske D.W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56: 81-105.
- Fahrenberg, J. (1987). Multimethodale Diagnostik - eine Einleitung. *Diagnostica* 33: 185 - 187.
- Fiske, D.W. (1971): *Measuring the concept of personality*. Chicago: Aldine.
- Fiske, D. W. (1987). On understanding our methods and their effects. *Diagnostica* 33, 188 - 194.
- Flick U. (1996). *Qualitative Forschung. Theorien, Methoden und Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. 2. Auflage. Reinbek: Rowohlt.
- Flick U., Kardoff E., Steinke I. (Hrsg.) (2003). *Qualitative Forschung. ein Handbuch*. 2. Auflage, Hamburg: Rowohlt.
- Kelle U., Kluge S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der Qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske Budrich.
- Lamnek S. (1998). *Gruppendiskussion. Theorie und Praxis*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim.
- Mayring P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 7.Auflage. Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Nay, W. R. (1979). *Multimethod clinical assessment*. New York: Gardner Press.
- Seidenstücker, G., Baumann U., (1987). Multimodale Diagnostik als Standart in der klinischen Psychologie. *Diagnostica* 33. 243 - 258.
- Seidenstücker, G., Baumann U., (1978):. Multimethodale Diagnostik. In: Baumgarten, U., Berbalk, H., Seidenstücker G. (Hrsg.): *Klinische Psychologie - Trends in Forschung und Praxis (Band 1)*. Verlag Hans Huber, Bern: 134 - 182.
- Witzel A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*, 66-120.
- Witzel A. (1989). *Das problemzentrierte Interview*. In: Jüttemann G. (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder (S. 227-245)*. 2. Auflage. Heidelberg: Asanger.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 1940
49009 Osnabrück
Tel.: 0541 9692024
Fax: 0541 9692071
Email: fwittgen@uos.de

Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein

*Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Verbund Hebammenforschung*

Hintergrund

Das Verbundprojekt fokussiert die Entwicklung und Umsetzung des in Deutschland neuen klinischen geburtshilflichen Betreuungskonzeptes: den Hebammenkreißsaal. Der Hebammenkreißsaal ist ein geburtshilfliches Versorgungskonzept, das parallel zum üblichen (ärztlich geleiteten) Kreißsaal Frauen ohne bzw. mit wenig Risiken (no-risk bzw. low-risk) eine Geburt mit ausschließlicher Betreuung durch Hebammen ermöglicht.

Das Klinikum Bremerhaven Reinkenheide hat als erste Klinik in Deutschland am 1. Juni 2003 einen Kreißsaal mit eigenverantwortlicher hebammengeleiteter Geburtshilfe in Deutschland eingerichtet, der no-risk bzw. low-risk Frauen eine Geburtsalternative zum üblich ärztlichen Kreißsaal im klinischen Setting ermöglicht. Die Hebammen betreuen die Schwangeren bzw. Gebärenden vor, während und nach der Geburt selbstständig und eigenverantwortlich. Der Hebammenkreißsaal und der üblich ärztliche Kreißsaal arbeiten in enger Kooperation miteinander, so dass die unverzügliche Hinzuziehung einer Ärztin/eines Arztes bei Bedarf gewährleistet ist.

Dieses im internationalen Raum (Großbritannien, Schweden, Dänemark, Österreich, Schweiz) breit erprobte, in Deutschland aber neue geburtshilfliche Versorgungsmodell wird durch den Verbund Hebammenforschung konzeptionell entwickelt und evaluiert.

Ziele der Untersuchung und Fragestellungen

Das Projekt „Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal“ basiert auf einem prospektiven, randomisierten kontrollierten Studiendesign. Ziel des Projekts ist es, erstmalig in Deutschland Aufschluss über die Auswirkungen des Versorgungskonzeptes „Hebammenkreißsaal“ (Hebammengeburtshilfe im Vergleich zur üblichen ärztlich geleiteten Geburtshilfe) in Bezug auf das maternale und kindliche Outcome zu geben.

Der Hauptfokus dieses Teilprojektes ist die Geburt und das Geburtsgeschehen, darüber hinaus ist die Sicht der betroffenen Frauen (Nutzerinnen) der zweite - sehr wichtige - Schwerpunkt.

Endpunkte der Studie sind in Bezug:

- auf das maternale Outcome
 - Morbidität (Dammverletzung bzw. Episiotomie, Blutverlust, Länge des stationären Aufenthaltes),
 - Geburtsmodus,
 - medizinische Interventionen während der Geburt (Schmerzmittelverbrauch, Episiotomie, CTG),
- auf das kindliche Outcome
 - Gewicht und Länge,
 - APGAR-Wert nach 1, 5 und 10 Minuten,
 - Nabelschnur-pH-Wert,
 - gegebenenfalls Verlegungsgrund in die Kinderklinik,
- die Einstellung der Frauen zur Beziehungsarbeit mit der betreuenden Hebamme (Informiertheit, Einbeziehung in Entscheidungen, Mit- und Selbstbestimmung, partnerschaftliche Betreuung, Kontinuität der Betreuungspersonen, Bonding),

- sowie das Stillverhalten der Frauen zum Zeitpunkt der Entlassung in das häusliche Umfeld und acht Wochen nach der Geburt.

Studiendesign, Methoden und Erhebungsinstrumente

Der Studie liegt ein randomisiertes, prospektives Studiendesign zu Grunde. 626 Frauen, die in der Schwangerschaft kein bzw. ein niedriges anamnestisches Risiko (no-risk bzw. low-risk) aufweisen und bei denen ein normaler Geburtsverlauf zu erwarten ist, werden zum Zeitpunkt der Geburt bei Aufnahme in den Kreißaal entweder der Interventionsgruppe (Hebammenkreißaal) oder der Kontrollgruppe (üblicher ärztlich geleiteter Kreißaal) zufällig zugeteilt nachdem sie ihr Einverständnis gegeben haben.

Die Datenerhebung erfolgt mittels einer Dokumentation unter der Geburt sowie anhand einer schriftlichen Befragung der Studienteilnehmerinnen acht Wochen nach der Geburt. Während und nach der Geburt wird von der betreuenden Hebamme ein Dokumentationsbogen ausgefüllt, der Daten zum Geburtsverlauf und -modus und zum maternalen und kindlichen Outcome abfragt. Der Dokumentationsbogen ähnelt den in Deutschland gebräuchlichen klinischen und außerklinischen Perinatalerhebungsbögen. Darüber hinaus ist der ökonomische Aspekt der beiden Kreißaalmodelle von Bedeutung. Hierzu dokumentiert die Hebamme auf einer standardisierten Materialliste die während der Geburt verwendeten Materialien und Medikamente. Die Studienteilnehmerinnen erhalten circa acht bis zwölf Wochen nach der Geburt einen Fragebogen per Post nach Hause gesandt. Die Frauen werden gebeten, Fragen zu verschiedenen Aspekten ihrer Geburt und der Betreuung zu beantworten. Auch die Zeit nach der Geburt ist von Bedeutung: In diesem Zusammenhang interessiert das Stillverhalten, die Beziehung zum Baby sowie das körperliche und psychische Wohlbefinden der Frau.

Bisher standen im deutschsprachigen Raum in randomisiert, kontrollierten Studien eher ausgewählte medizinische Interventionen wie z.B. das Vorgehen nach vorzeitigem Blasensprung am Geburtstermin oder der Einsatz von Akupunktur vor und während der Geburt im Mittelpunkt des Interesses. Der Vergleich der Auswirkungen zweier Betreuungsmodelle ist bislang noch nicht durch ein derartiges Studiendesign überprüft worden. Aus der internationalen Literatur waren unterschiedliche Herausforderungen hinsichtlich randomisierter Studien im Bereich der Geburtshilfe bekannt. Unsere bisherigen Erfahrungen zeigen, dass die Durchführung der Randomisierung in diesem Fall schwierig ist, da ein Großteil der Frauen entweder erst zum Zeitpunkt der Geburt den Kreißaal aufsucht und/oder sich zu diesem Zeitpunkt bereits für eines der beiden geburtshilflichen Modelle entschieden hat. Aus diesen Gründen wurde schon vor Beginn der Rekrutierungsphase eine Erweiterung des Studiendesigns entwickelt.

Das erweiterte Studiendesign beinhaltet folgende Möglichkeiten:

- Die Studienteilnehmerin gibt ihr Einverständnis zur Randomisierung, zur Datenerhebung während der Geburt und zur postalischen Befragung acht Wochen nach der Geburt.
- Die Studienteilnehmerin hat sich schon für eines der beiden Betreuungsmodelle entschieden, gibt aber ihr Einverständnis zur Datenerhebung während der Geburt und zur postalischen Befragung acht Wochen nach der Geburt.
- Parallel zu diesen beiden Möglichkeiten wird eine ergänzende retrospektive Analyse aller no-risk- und low-risk-Geburten der Referenzklinik für den Rekrutierungszeitraum durchgeführt. Dieses Vorgehen ermöglicht eine Vollerhebung zu ausgewählten Zielgrößen für die Zielgruppe der no-risk- bzw. low-risk-Frauen.

Erste Ergebnisse bzw. zu erwartende Ergebnisse und deren Relevanz

Es können noch keine dezidierten Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen dargestellt werden, da zum jetzigen Zeitpunkt die Datenerhebung noch nicht abgeschlossen ist.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen aber ein großes Interesse der Frauen an der Studie teilzunehmen, die meisten Frauen möchten sich aber nicht randomisieren (zufällig zuteilen) lassen. Deutlich wird das Interesse zudem an der beachtlichen Rücklaufquote von 84,9 % der Fragebögen (Stand 31.12.2005). Positiv anzumerken ist die Eröffnung von zwei weiteren Hebammenkreißsälen in Deutschland sowie ein großes Interesse an der Einführung des neuen Betreuungsmodells von Kliniken bundesweit.

Literaturhinweise

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Bauer, N. (2006). Besonderheiten eines randomisiert, kontrollierten Studiendesigns im geburtshilflichen Kontext in Deutschland. *Die Hebamme*, 19 (2), 107-109

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Kolip, P., Schücking, B., Bauer, N., Ellerbrock, B., Kehrbach, A., von Rahden, O., Siebe, A. (2005). Der Verbund Hebammenforschung: Gesundheitsförderung im Geburtsprozess. *Pflege & Gesellschaft*, 10 (1): 3-16.

Bauer, N., Sayn-Wittgenstein, F. zu (2005). „Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“ - Der Verbund Hebammenforschung. *Deutsche Hebammenzeitschrift* 8: 55-58.

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Bauer, N. „Besonderheiten eines randomisiert, kontrollierten Studiendesigns im geburtshilflichen Kontext in Deutschland“. Vortrag im Rahmen des 16. Forschungs-Workshops für Hebammen in Fulda, 29.10.2005

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Bauer, N., Schäfers, R. (2005). Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal. *Zeitschrift für Geburtshilfe & Neonatologie*, S2, Band 209, Dezember 2005, S106.

Sayn-Wittgenstein, F. zu, Bauer, N. „Gesundheitsförderung im Geburtsprozess - Interventionsstudie Versorgungskonzept Hebammenkreißsaal“. Posterpräsentation im Rahmen des 22. Deutschen Kongresses für Perinatale Medizin in Berlin, 02.12.2005

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 1940
49009 Osnabrück
Tel.: 0541 9692024
Fax: 0541 9692071
Email: fwittgen@uos.de

Herausforderungen der Randomisierung im Kontext der Geburtshilfe

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein, Dipl. Pflegewirtin (FH) Nicola Bauer
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Verbund Hebammenforschung

Der Hebammenkreißsaal ist ein neues geburtshilfliches Versorgungskonzept in Deutschland, das parallel zum üblichen (ärztlich geleiteten) Kreißsaal Frauen ohne Risiken (No risk bzw. Low risk) eine Geburt mit ausschließlicher Betreuung durch Hebammen ermöglicht.

Im Rahmen des Forschungsprojektes „Gesundheitsförderung im Geburtsprozess“ werden die zwei sich ergänzenden geburtshilflichen Betreuungskonzepte - der Hebammenkreißsaal und der übliche ärztliche Kreißsaal - im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide untersucht.

Der Studie „Betreuung während der Geburt“ liegt ein randomisiertes, prospektives Studiendesign zu Grunde. Die Studienteilnehmerinnen, No risk- bzw. Low risk-Schwangere, werden entweder der Interventionsgruppe (Hebammenkreißsaal) oder der Kontrollgruppe (übliches Kreißsaalmodell) zugeteilt. Die angestrebte Stichprobengröße besteht aus n = 313 Frauen in jeder Gruppe. Zielgrößen der Studie sind die Indikatoren des mütterlichen und kindlichen Outcomes sowie das Stillverhalten.

Die Datenerhebung erfolgt mittels einer Dokumentation unter der Geburt sowie anhand einer schriftlichen Befragung der Studienteilnehmerinnen acht Wochen nach der Geburt zu Aspekten der Betreuung während der Geburt.

Das Forschungsdesign stellt im Setting der klinischen Geburtshilfe in Deutschland eine Neuerung dar.

Weitere Informationen:

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
Postfach 1940
49009 Osnabrück
Tel.: 0541 9692024
Fax: 0541 9692071
Email: fwittgen@uos.de

Autorenliste

Prof. Dr. Johann Behrens
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. Monica Habermann
Zentrum für Pflegeforschung und Beratung (ZePB)
Hochschule Bremen

Jörg Haslbeck
Geschäftsstelle Pflegeforschungsverbund NRW
Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften

Sascha Köpke
IGTW Gesundheit, Universität Hamburg

Prof. Dr. Andreas Kruse
Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Dr. Oliver Kuß, Prof. Dr. J. Haerting
Biometrisches Zentrum und Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg,

Gero Langer, Stephanie Hanns
Geschäftsstelle Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft

Dr. Thomas R. Neubert
Klinikum der Philipps-Universität Marburg
Pflegedirektion, Stabsstelle Kooperationsstudien Pflegedienst / Ärztlicher Dienst

Karl Reif
Geschäftsstelle Pflegeforschungsverbund Nord
Institut für Public Health und Pflegewissenschaft IPP
Abt. 3: Interdisziplinäre Alters- und Pflegeforschung (iap)

Prof. Dr. Heinz Rothgang
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen

Prof. Dr. Friederike zu Sayn-Wittgenstein
Stiftung Fachhochschule Osnabrück
Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften

Prof. Dr. Doris Schaeffer
Institut für Pflegewissenschaft (IPW)
Universität Bielefeld

Claudia Igney, Sozialwissenschaftlerin (M.A.)
Stiftung Fachhochschule Osnabrück
- Verbund Hebammenforschung -
Verbundkoordination/ Geschäftsstelle

Dipl. Psych. Jörg Stukenkemper
Pflegedirektion
Klinikum Rechts der Isar
Technische Universität München

Prof. Dr. Gabriele Wilz
Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft
Fachgebiet Klinische und Gesundheitspsychologie
Technische Universität Berlin

Klaus Wingenfeld
Institut für Pflegewissenschaft
Universität Bielefeld



**Institut für Public Health
und Pflegeforschung**

Fachbereich 11
Grazer Straße 2
28359 Bremen

Telefon 0421 218-3059
Fax 0421 218-8150
E-Mail health@uni-bremen.de
www public-health.uni-bremen.de

ipp-Schriften, Ausgabe 01
Pflegeforschung in Deutschland
Bestelladresse: health@uni-bremen.de