

Eine Kooperation der Hochschulen:  
Evangelische Hochschule Nürnberg  
Hochschule München  
Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

# KONFERENZBAND

# 2. ANP-Konferenz



ADVANCED NURSING PRACTICE  
ADVANCED PRACTICE NURSING

## Begrüßung der Herausgeberinnen

### Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 2. ANP-Konferenz,

bereits zum zweiten Mal wird nun eine ANP-Konferenz in Federführung der bayerischen ANP-Studiengänge stattfinden. Nach dem Erfolg der 1. ANP-Konferenz an der Hochschule München im Frühjahr 2019, dürfen wir Sie 2020 nun an der Evangelischen Hochschule Nürnberg herzlich begrüßen!

Als Lehrende sehen wir uns aktuell mit vielen Fragen konfrontiert:

Welche Rolle nehmen Hochschulen allgemein im Wissenstransfer ein? Welchen Beitrag können sie leisten, damit die Professionalisierung der Pflege vorangetrieben wird? Wie kann die Anschlussfähigkeit pflegewissenschaftlicher Forschung für die Praxis sichergestellt werden?

Gerade in diesen herausfordernden Zeiten sehen wir es als unsere dringende Aufgabe an, den Blick nachhaltig auf die vielfältigen Facetten und Möglichkeiten einer qualitativ professionellen Pflege zu lenken.

Mit dieser 2. ANP-Konferenz verfolgen wir erneut das Ziel, ein breites Spektrum an pflegefachlich relevanten Themen aufzuzeigen. Ein Beitrag von Frau Dr. Feuchtinger aus dem Universitätsklinikum Freiburg zeigt Chancen aber auch Herausforderungen einer Advanced Nursing Practice aus pflegewissenschaftlicher und managementbezogener Sicht auf. Darüber hinaus präsentieren ANP-Studierende und Absolventen/-innen ein breites Spektrum an klinisch-fachspezifischen Themen aus eigenen ANP-Praxisprojekten und ANP-Abschlussarbeiten.

Die in diesem Konferenzband zusammengefassten Beiträge sollen fachliche Impulse für die pflegerische Versorgungspraxis geben und zeigen auf, wie Pflegeforschung und Theorie-Praxis-Zirkulation, durch die sich zunehmend etablierenden Rollen der Pflegeexperten APN, möglich werden.

Die diesjährige Konferenz gestaltet sich in einem dafür neuartigen Format. Mit diesem Konferenzband möchten wir Ihnen die Möglichkeit geben, sich in die einzelnen Fachbeiträge einzulesen. Ergänzend möchten wir, im Rahmen einer virtuellen Veranstaltung am 4.12.2020, miteinander in den Austausch treten. Dort sollen und dürfen Sie Ihre Fragen stellen, Diskussionen anregen und eigene Überlegungen einbringen.

Unser ganz herzlicher Dank geht an dieser Stelle an alle Beteiligten für Ihren Beitrag und Ihre spontane Bereitschaft mit uns in dieses veränderte Konferenzformat zu gehen.

Wir wünschen Ihnen beim Lesen dieses Konferenzbandes viel Freude, spannende Eindrücke und Inspiration.

Es grüßen Sie herzlich die Organisatorinnen der 2. ANP-Konferenz



Prof. Dr. Christine Boldt  
Hochschule München



Prof. Dr. Susanne Schuster  
EVH Nürnberg



Prof. Dr. Annette Meussling-Sentapli  
OTH Regensburg

# Inhalt

Begrüßung der Herausgeberinnen .....	1
ANP studiert und doch ganz nah an der Praxis – ein Modell für ganz Deutschland? .....	5
<b>Masterarbeiten</b>	
Wie erleben wache Patienten und Patientinnen eine ECMO-Behandlung? Welche Bedürfnisse und Wünsche haben sie während dieser Zeit? .....	10
Erstellung eines Praxisanleiter/-innenkonzepts für das kbo IAK-KMO .....	15
Informations- und Beratungswünsche von Betroffenen mit CED .....	21
Patienten/-innenzentrierte Verlegungen innerhalb eines Akutkrankenhauses als Teil eines umfassenden Delirmanagements – eine evidenzbasierte Handlungsempfehlung .....	25
Veränderungserleben von Bedürfnissen: Angehörige von Patienten und Patientinnen der Phase B in der neurologischen Frührehabilitation .....	30
<b>Praxisprojekte</b>	
Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit Herzinsuffizienz .....	37
Deeskalierende Kommunikation - die Entwicklung eines Best-Practice-Konzepts konform zu Safewards und ProDeMa .....	41
Vorteile von chlorhexidinhaltigen Verbänden bei hämatologischen Patientinnen und Patienten .....	48
<b>Die Veranstalter im Portrait</b>	
Evangelische Hochschule Nürnberg – Master ANP .....	52
Hochschule München – Master ANP .....	53
OTH Regensburg – Master ANP .....	54
<b>Die Sponsoren im Portrait</b>	
Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V. ....	55
Akademische Fachgesellschaft APN Regionalgruppe Süd .....	56
Impressum .....	57

# ANP studiert und doch ganz nah an der Praxis – ein Modell für ganz Deutschland?

Dr. Johanna Feuchtinger  
Universitätsklinikum Freiburg

## Zusammenfassung

Der Einsatz hochschulisch ausgebildeter Pflegenden in der Gesundheitsversorgung ist weltweit Alltag. Deutschland hängt dieser Entwicklung hinterher. Im Internationalen Modell der Advanced Nursing Practice ist die direkte Patienten/innenversorgung die zentrale Kompetenz dieser Pflegenden. Ihre wissenschaftliche Kompetenz kommt den Betroffenen unmittelbar zugute. Die spezifischen Gesundheits- und Versorgungsprobleme mit immer mehr Möglichkeiten in der medizinischen Diagnostik und Therapie, fordern Wissen und Können von Pflegenden, die Patienten und Patientinnen sicher auf ihrem Weg zu begleiten. Die Organisation eines Krankenhauses ist für Patienten und Patientinnen eine Herausforderung. Hier sind Pflegeexperten/-innen APN mit ihrer erweiterten und vertieften Pflegepraxis eine effektive und effiziente Unterstützung. International gibt es deutliche Hinweise auf bessere Patienten/-innenergebnisse bei höherer Qualifizierung der Pflegenden. Hinzu kommt der Aspekt der Vorbildfunktion von Pflegeexperten/-innen APN für Interessierte am Pflegeberuf, Auszubildende/Studierende und Kolleginnen und Kollegen.

## 1. Einleitung

Während der Einsatz hochschulisch ausgebildeter Pflegenden in der Gesundheitsversorgung weltweit bereits Alltag ist, stehen wir in Deutschland an den Anfängen (Tannen, Feuchtinger, Strohbücker & Kocks, 2017; Zander, Köppen & Busse, 2017; Maier, 2018). Der Deutsche Wissenschaftsrat hat bereits 2012 die Empfehlung ausgesprochen, 20% der Absolventen/-innen eines jeden Ausbildungsgangs in den Gesundheitsfachberufen hochschulisch zu qualifizieren (Wissenschaftsrat, 2012). Das aktuelle Pflegeberufegesetz regelt, in einem ersten Ansatz, auch die hochschulische Pflegeausbildung (BMJ, 2017). Der Einsatz hochschulisch qualifizierter Pflegenden hat zum Ziel, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu sichern und weiterzuentwickeln. Der Zusammenhang zwischen der Qualifizierung, dem Skill- und Grade-Mix des Teams eines Bereichs, und die Auswirkung auf die Patienten/-innenergebnisse wie z. B. Verweildauer, Dekubitus, Failure-to-rescue, Pneumonie, Mortalität, sind vielfach belegt (Aiken et al., 2014; Cho et al., 2015; Twigg, Kutzer, Jacob & Seaman, 2019).

Im Internationalen Modell der Advanced Nursing Practice ist die universitäre Pflegeausbildung eine Bedingung, die direkte Patienten/-innenversorgung die zentrale Kompetenz dieser Pflegenden (Tracy & O'Grady, 2018). Ihre wissenschaftliche Kompetenz kommt den Betroffenen, aufgrund der Fähigkeit der Realisierung einer evidenzbasierten Pflege, unmittelbar zugute. Die medizinische Diagnostik und Therapie ermöglichen uns heute, auch mit chronischen Krankheiten bis ins hohe Alter leben zu können. Es erfordert ein spezifisches Wissen und Können von Pflegenden, die Patientinnen und Patienten informiert und sicher auf ihrem Weg der Gesundheit und Krankheit zu begleiten, um Gesundheits- und Versorgungsprobleme aufzufangen oder gar nicht erst entstehen zu lassen.

## 2. Das Universitätsklinikum Freiburg

Das Universitätsklinikum Freiburg (UKF) schaut auf 25 Jahre Einsatz von Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN (DBFK, SBK, ÖGKV 2013) zurück. Entsprechend den internationalen Anforderungen sind heute Pflegenden mit wissenschaftlichem Abschluss wie z. B. Master of Science in Pflegewissenschaft u. ä. eingesetzt. In den ersten zehn Jahren wurden zunächst flächendeckend für jeden klinischen Bereich Pflegeexperten/-innen APN gesucht und sukzessive eingeführt. Es war kein leichtes Unterfangen, da in den Anfängen der Akademisierung das Studium von den Pflegenden häufig als Sprungbrett für patientenferne Aufgaben genutzt wurde. Der lange Atem zahlte sich für Patienten/-innen, die Mitarbeitenden und die Organisation aus. Mendel und Feuchtinger (2009) untersuchten die Ist- und Sollsituation zu den Aufgabengebieten klinisch tätiger Pflegeexperten und -expertinnen in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice am Beispiel des UKF. Es zeigte sich, dass zum Untersuchungszeitpunkt die Aufgabengebiete der Pflegeexperten/-innen im UKF bereits

der Internationalen Advanced Nursing Practice zugeordnet werden konnten. Heute hat sich der Einsatz der Pflegeexperten/-innen APN weiterentwickelt.

Entsprechend der Festlegungen der Kompetenzlevel nach dem Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR 2011) sind die Anforderungen an die Pflegeexperten/-innen APN im UKF auf dem Niveau 7 definiert:

*„Die/der PflegeexpertIn APN verfügt über umfassendes, detailliertes und spezialisiertes Wissen auf dem neuesten Erkenntnisstand in der (Pflege-)Wissenschaft und/oder über umfassendes berufliches Wissen in ihrem/seinem beruflichen Tätigkeitsfeld. Zudem verfügt sie/er über erweitertes Wissen in angrenzenden Bereichen.*

*Sie/er verfügt über spezialisierte fachliche oder konzeptionelle Fertigkeiten zur Lösung auch strategischer Probleme in der (Pflege)wissenschaft und/oder in ihrem/seinem beruflichen Tätigkeitsfeld. Sie/er wägt auch bei unvollständiger Information Alternativen ab und entwickelt neue Ideen oder Verfahren, wendet diese an und bewertet sie unter Berücksichtigung unterschiedlicher Beurteilungsmaßstäbe.*

*Sie/er leitet Gruppen oder Organisationen im Rahmen komplexer Aufgabenstellungen verantwortlich und vertritt ihre Arbeitsergebnisse. Sie/er fördert die fachliche Entwicklung anderer gezielt, und führt bereichsspezifische und -übergreifende Diskussionen.*

*Die/der PflegeexpertIn APN definiert für neue anwendungs- oder forschungsorientierte Aufgaben Ziele unter Reflexion der möglichen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Auswirkungen, setzt geeignete Mittel ein und erschließt hierfür Wissen eigenständig.“*

Die Organisation eines Krankenhauses ist für Patientinnen und Patienten eine Herausforderung. Hier sind Pflegeexperten/-innen APN mit ihrer erweiterten und vertieften Pflegepraxis eine effektive und effiziente Unterstützung.

Die Kernkompetenzen der Pflegeexperten/-innen APN (Tracy & O'Grady, 2018)

- Direct Clinical Practice (Exzellente Fähigkeiten in der direkten und indirekten Pflege),
- Guidance & Coaching (Coaching, Schulung und Beratung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen),
- Consultation (Kollegiale Beratung von Kollegen/-innen und anderen Berufsgruppen),
- Evidence-Based-Practice (Vertieftes Verständnis und konsequente Umsetzung aller Schritte von Evidence-Based-Practice in die Pflegepraxis bei individueller klinischer Entscheidungsfindung auf Patienten/-innenebene, bei Änderungsprozessen in der klinischen Praxis und zur Evaluation der Praxis),
- Leadership (pflegefachliche Führungsfähigkeiten auf klinischer, professionsbezogener, systemischer Ebene und in der Gesundheitspolitik),
- Collaboration (Zusammenarbeit mit Individuen (Patienten/-innen, Familien, Kollegen/-innen) oder Teams auf organisatorischer und politischer Ebene, lokal wie global) und
- Ethical Decision Making (Ethische Entscheidungsfindung)

werden zunehmend in der Eigenverantwortung von Schritten im Prozess des/r Patienten/-in übernommen. Dazu gehören z. B. die eigenständige Betreuung von onkologisch erkrankten Patienten/-innen in der Ambulanz, die Durchführung von Knochenmarkspunktionen durch die für die/den Patientin/-en verantwortliche/-n Pflegeexpertin/-en APN oder die Begleitung von Eltern neonatologischer Kinder und dem Frühgeborenen auf dem Weg nach Hause.

### 3. APN International und in Deutschland

International sind Funktionen von Advanced Practice Nurses, wie z.B. der Nurse Practitioner, oder der Nurse Anesthetist, in definierten Bereichen autonom agierende Pflegenden in der Patienten/-innenversorgung. Pflegegeleitete Ambulanzen und Kliniken, z.B. in der Urologie (Lane & Minns, 2010), für HIV-Betroffene (Hamlyn et al., 2007) oder für Menschen mit Arthritis (El Miedany, Palmer & El Gaafary, 2006), um nur einige Beispiele zu nennen, sind seit Jahrzehnten implementiert. Die Evaluationen zeigen positive Ergebnisse für die Patienten/innen, Familien, die Pflegenden selbst und die Organisationen. Deutschland hat hier noch einen langen Weg vor sich. Wir in der Pflege brauchen einen langen Atem um das Ziel, dem effektiven und effizienten Einsatz der hochschulisch ausgebildeten Pflegenden für eine Weiterentwicklung der Patienten/-innenversorgung konsequent zu verfolgen. Aktuell werden im Projekt „360 Grad Pflege – Qualifikationsmix für den Patienten“ (Robert Bosch Stiftung, 2018) Leuchtturmprojekte zur Integration von hochschulisch ausgebildeten Pflegenden in Einrichtungen der Akutpflege, der Langzeitpflege, der Rehabilitationspflege und der häuslichen Pflege gefördert.

In Deutschland kommt dem Aspekt der Vorbildfunktion von Pflegeexperten/-innen APN für Interessierte am Pflegeberuf, Auszubildende, Studierende und Kollegen/-innen eine besondere Bedeutung zu. Das Lernen am Vorbild bietet die Möglichkeit, eigene Visionen über die berufliche Zukunft zu entwickeln. Fehlen diese Vorbilder, bildet sich ein Vakuum für Interessierte, welche sich in der Tätigkeit in der direkten Patienten/-innenversorgung weiterentwickeln wollen. Ein Wechsel in die Pädagogik oder in das Management geben hier für manche Pflegenden eine klarere Perspektive.

### 4. Fazit

ANP studiert und doch ganz nah an der Praxis – ein Modell für ganz Deutschland? Die Frage kann, nach der im Text dargelegten Argumentation, mit einem eindeutigen Ja beantwortet werden. Die bestehenden Möglichkeiten der medizinischen Diagnostik und Therapie sowie die heutigen Möglichkeiten der allgemeinen Gesunderhaltung, ermöglichen uns auch bei chronischen Krankheiten bis ins hohe Alter ein Leben mit hoher Lebensqualität. Pflegeexperten und Pflegeexpertinnen APN leisten für die Erreichung dieses Ziels einen wesentlichen Beitrag.

#### Literatur

- Aiken, L.H., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, 383(9931), 1824-30.
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2017). Gesetz über die Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG). *Bundesgesetzblatt I*, S. 2581. Verfügbar unter <https://www.gesetze-im-internet.de/pflbg/> (31.10.2020).
- Cho, E., et al. (2015). Effects of nurse staffing, work environments, and education on patient mortality: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 535-542.
- DBfK, ÖGKV, SBK (2013). *Advanced Nursing Practice in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Positionierung von DBfK, ÖGKV und SBK*. Verfügbar unter [https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj6st-Ynr7rA-hUOGuwKHaS6BTIQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.dbfk.de%2Fmedia%2Fdocs%2Fdownload%2FDBfK-Positionen%2FANP-DBfK-OeGKV-SBK\\_2013.pdf&usq=AOV-Vaw0xf7\\_UKdj76azfjkgvsl](https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj6st-Ynr7rA-hUOGuwKHaS6BTIQFjAAegQIARAB&url=https%3A%2F%2Fwww.dbfk.de%2Fmedia%2Fdocs%2Fdownload%2FDBfK-Positionen%2FANP-DBfK-OeGKV-SBK_2013.pdf&usq=AOV-Vaw0xf7_UKdj76azfjkgvsl) (31.10.2020).

Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (AK DQR) (2011). *Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen*. Verfügbar unter <https://www.dqr.de/> (31.10.2020).

- El Miedany, Y., Palmer, D., & El Gaafary, M. (2006). Diagnosis of early arthritis: outcomes of a nurse-led clinic. *Br J Nurs*, 15(7), 394-9.
- Hamlyn, E., Barrett, S., Kelsey, J., Lockyer, S., Welz, T. & Poulton, M. (2007). Improvement in screening for sexually transmitted infections in HIV-positive patients following implementation of a nurse-led clinic. *Int J STD AIDS*, 18(6), 424-6. doi: 10.1258/095646207781024720.
- Lane, L. & Minns, S. (2010). Empowering advanced practitioners to set up nurse led clinics for improved outpatient care. *Nurs Times*, 106(13), 14-15.
- Maier, C.B., Köppen, J., Busse, R. et al. (2018). Task shifting between physicians and nurses in acute care hospitals: cross-sectional study in nine countries. *Hum Resour Health*, 16, 24. <https://doi.org/10.1186/s12960-018-0285-9>
- Mendel, S. & Feuchtinger, J. (2009). Aufgabengebiete klinisch tätiger Pflegeexperten in Deutschland und deren Verortung in der internationalen Advanced Nursing Practice. *Pflege*, 22(3), 208-216. Verfügbar unter <http://dx.doi.org/10.1024/1012-5302.22.3.208> (31.10.2020).

Robert Bosch Stiftung (2018). 360° Pflege - Qualifikationsmix für den Patienten. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung GmbH.

Tannen, A., Feuchtinger, J., Strohbücker, B. & Kocks, A. (2017). Survey zur Einbindung von Pflegefachpersonen mit Hochschulabschlüssen an deutschen Universitätskliniken - Stand 2015. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes, 120, 39-46.

Tracy, M.F. & O'Grady, E. (2018). Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. St. Louis Missouri: Saunders.

Twigg, D.E., Kutzer, Y., Jacob, E. & Seaman, K. (2019). A quantitative systematic review of the association between nurse skill mix and nursing-sensitive patient outcomes in the acute care setting. J Adv Nurs, 75 (12), 3404-3423.

Wissenschaftsrat (2012). Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen. Verfügbar unter <https://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2411-12.html> (31.10.2020).

Zander, B., Köppen, J. & Busse, R. (2017). Personalsituation in deutschen Krankenhäusern in internationaler Perspektive. In Klauber, J. et al. (Hrsg.) Krankenhausreport 2017, Schwerpunkt Zukunft gestalten (S. 61-78). Stuttgart: Schattauer.

### Vorstellung der Autorin

Dr. Johanna Feuchtinger ist im Universitätsklinikum Freiburg zuständig für Qualitäts- und Entwicklungsprojekte in der Pflege. Dazu gehören im Schwerpunkt die Moderation der Pflegeexperten/-innen APN sowie die Begleitung der Studierenden in ihren Praxisentwicklungsprojekten und Bachelor-/Masterarbeiten.

# Wie erleben wache Patienten und Patientinnen eine ECMO-Behandlung? Welche Bedürfnisse und Wünsche haben sie während dieser Zeit?

Birgit Heinze, M.Sc. ANP

PD Dr. med. Maximilian Malfertheiner

Betreuende Hochschule: Evangelische Hochschule Nürnberg

## Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden Studie war herauszufinden, wie wache Patienten und Patientinnen eine ECMO-Behandlung erleben und welche psychischen und physischen Bedürfnisse sie haben. Für die qualitative Datenerhebung wurden retrospektiv semi-strukturierte Leitfadeninterviews mit ehemaligen ECMO-Patienten geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Viele der Patienten/-innen gaben psychische Probleme in Form von Ängsten an, die hauptsächlich auf mangelnde Aufklärung über die Behandlung und das System zurückzuführen waren. Ebenso gaben die Patienten/-innen häufig physische Probleme, in Form von Schmerzen oder auch Haltungsschäden nach der ECMO Behandlung an. Fast alle der Patienten/-innen empfanden die Unterstützung durch Ihre Angehörigen als einen sehr positiven Beitrag in ihrem Genesungsprozess. Viele der Patienten/-innen hätten sich gewünscht, auch nach der Behandlung bzgl. der ECMO-Behandlung weiterbetreut zu werden. Die Ergebnisse bieten einen ausführlichen Einblick in die Gefühls- und Bedürfniswelt von ECMO-Patienten/-innen und liefern wichtige Erkenntnisse für die tägliche klinische Arbeit mit dieser speziellen Gruppe von Patientinnen und Patienten.

## 1 . Einleitung/theoretische Hinführung

Am ECMO-Zentrum des Universitätsklinikums Regensburg (UKR) werden pro Jahr ca. 200 Patientinnen und Patienten mit extrakorporaler Membranoxygenierung (ECMO) behandelt (vgl. UKR, 2019). In den letzten 10 Jahren ist die Anzahl dieser Patienten/-innengruppe stark angestiegen, und die Fallzahlen sind tendenziell weiter steigend. Etwa ein Drittel der Patienten/-innen, welche eine extrakorporale Therapie erhalten, werden mit einem Verfahren zur respiratorischen Unterstützung mit veno-venöser Kanülierung versorgt. Einige der Patienten/-innen erleben die Therapie von Beginn an im wachen Zustand, die meisten von ihnen werden jedoch im Verlauf ihres Intensivaufenthaltes analgosediert, woraus sie stufenweise erwachen. „Besonders unter der Anwendung extrakorporaler Herz- und Lungenersatzverfahren soll ein zielgesteuerter Wachheitsgrad durch regelmäßiges klinisches Monitoring und kontinuierliche Dosisanpassung an den Sedierungsbedarf erreicht werden.“ (S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement, DAS, 2015:3f). Weiterhin sollte der DAS-Leitlinie zu Folge ein intensivmedizinisch behandelter Patient „... wach, aufmerksam, schmerz-, angst- und delirfrei sein, um an seiner Behandlung und Genesung

aktiv teilnehmen zu können“ (DAS-Leitlinie, 2015: 129). Die Patienten/-innen erleben den restlichen Verlauf der Therapie bis zum Entfernen der ECMO im wachen Zustand. Da die Betroffenen häufig noch über einen Tubus oder eine Trachealkanüle beatmet werden müssen, ist die Kommunikation mit den Pflegenden und Ärzten/-innen bzw. mit allen in die Behandlung und Versorgung eingeschlossenen Disziplinen und den Angehörigen oft stark eingeschränkt. Man kann oft nur mutmaßen bzw. erraten, was der Patient oder die Patientin benötigt und wie er oder sie sich fühlt. „ECMO is used in life-threatening scenarios of acute lung or heart failure. The patient's experience with ECMO treatment and the psychological distress are unknown“ (Tramm et al., 2016). Aus diesem Grund wurden Patientinnen und Patienten retrospektiv zu ihren Wünschen, Gefühlen und Bedürfnissen während der ECMO-Therapie befragt und daraus resultiert auch die Fragestellung „Wie erleben wache Patienten und Patientinnen eine ECMO-Behandlung und welche Bedürfnisse haben sie?“

## 2. Methode/Vorgehen/ Projektorganisation

Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht die Perspektive der Patienten/-innen, die wach eine ECMO-Behandlung erleben. Dadurch soll ein Einblick gegeben werden, welche Wünsche und Bedürfnisse Patienten/-innen während dieser hochkomplexen intensivmedizinischen Behandlung aufweisen, vor allem bezüglich der Themen Aufklärung, Schmerzen, Mobilisation, Angehörige, psychische Unterstützung und weitere individuelle Bedürfnisse.

Die Forschungsmethodik der Wahl ist hierfür ein qualitativer Ansatz mit einem explorierenden Charakter. Der Fokus der qualitativen Sozialforschung liegt weniger beim „Erklären“, als vielmehr beim „Verstehen“. Im Vergleich zur quantitativen Forschung ermöglicht diese Vorgehensweise eine größere Nähe zum Forschungsgegenstand, ohne allerdings deren

Stichprobengröße zu erreichen. (vgl. Mayring, 2010: 19) „Der qualitativ – verstehende Ansatz „verstehet“ sich dabei immer dahingehend, Gegenstände, Zusammenhänge und Prozesse nicht analysieren zu können, sondern sich in sie hineinzuversetzen, sie nachzuerleben oder sie zumindest nacherlebend sich vorzustellen“ (Mayring 2010: 19). Die Gütekriterien jeglicher wissenschaftlicher Forschung – die Reliabilität, die Validität und die Objektivität (vgl. Lamnek & Krell, 2016: 168) wurden eingehalten.

34 ehemalige Patienten und Patientinnen, die wach (RASS 0/+1) eine ECMO-Behandlung erlebt haben, wurden durch die ECMO-Datenbank des UKR ermittelt und im Vorfeld schriftlich um eine Teilnahme an der Studie gebeten. 17 davon haben sich bereit erklärt, an der Studie mitzuwirken. Sie wurden mittels semistrukturierter Leitfadeninterviews befragt und diese wurden im Anschluss mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring computergestützt ausgewertet.

Das Projekt wurde mittels eines Projektplans strukturiert. Der vorgegebene Zeitrahmen zur Erstellung der Masterarbeit konnte dadurch eingehalten werden. Die Phasen des qualitativen Forschungsprozesses (vgl. Bischoff et al., 2014) wurden dabei genau eingehalten.

Dadurch, dass es sich um Forschung mit Menschen handelt, wurde im Vorfeld der Studie ein positives Ethikvotum beim Ethikkomitee am UKR eingeholt.

## 3. Ergebnisse

Die Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews wurden durch die computergestützte Inhaltsanalyse in Ergebniskategorien eingeteilt. Die erste Kategorie bezieht sich auf das Thema „Aufklärung über die ECMO-Behandlung“. Fast alle der Teilnehmenden gaben an, dass sie zu wenig bzw. größtenteils sogar gar nicht über die Behandlung selbst oder auch über das ECMO-System aufgeklärt waren. Diese fehlende Aufklärung hatte bei den Patienten/innen zum Teil große Ängste bis hin zu Todesängsten und psychische Probleme zur Folge.

Fast alle der Teilnehmenden gaben an, dass auch Ihre Angehörigen nicht aufgeklärt wurden, weder über das System, noch über die Behandlung, die damit durchgeführt wird. Auch bei den Angehörigen sind dadurch massive Ängste entstanden, die sie dann wiederum auf die Patienten/-innen übertragen haben. Wie bereits in der ersten Kategorie erwähnt, hatten viele der Befragten mit massiven psychischen Problemen und Ängsten zu kämpfen, wie es auch in der Ergebnisdarstellung in Kategorie zwei ersichtlich ist. Viele der Befragten gaben an, dass sie zwar wenig über die ECMO-Behandlung wussten, ihnen jedoch durchaus bewusst war, dass sie sich in einer lebensbedrohlichen Situation befanden und ihr Leben von der Maschine abhängt. Das und auch die Gedanken der Befragten, über das Leben nach der Behandlung, führte laut den Angaben vieler der Befragten zu Ängsten und psychischen Problemen.

Eine weitere Kategorie bezieht sich auf „Schmerzen bedingt durch die ECMO“. Hier nannten einige der Patienten/-innen, dass Sie Schmerzen an den Einstichstellen hatten. Fast alle Patienten/-innen gaben massive Nackenschmerzen durch Kanülen in der V.jugularis an und dadurch entstandene Fehlhaltungen bzw. Haltungsschäden. Viele der Befragten hätten sich aufgrund von Ganzkörperschmerzen mehr physiotherapeutische Interventionen gewünscht.

Die dritte Ergebniskategorie bezieht sich auf die „Angehörigensituation während der ECMO-Behandlung“. Fast alle der Befragten gaben an, dass ihre Angehörigen einen wesentlichen Beitrag zu ihrem Genesungsprozess geleistet haben. Viele hätten sich gewünscht, dass Ihre Angehörigen intensiver angeleitet worden wären und mehr in die Behandlung einbezogen worden wären, z.B. Hilfestellung bei der Mobilisation.

In der Ergebniskategorie „sonstige Bedürfnisse während der ECMO-Behandlung“ wurde noch eine Vielzahl unterschiedlicher Bedürfnisse genannt. Viele der Patienten/-innen gaben

an, ein massives Kältegefühl während der ECMO-Behandlung gehabt zu haben, trotz dessen, dass eine Heizung an die ECMO angeschlossen war und der Monitor Normaltemperatur anzeigte. Weiterhin gaben einige Patienten und Patientinnen an, dass sie sich mehr Privatsphäre während ihrer, teilweise sehr langwierigen ECMO-Behandlung, gewünscht hätten, da sie oftmals in Mehrbettzimmern untergebracht waren. Sie gaben an, dass sie, dadurch, dass sie selbst in einer lebensbedrohlichen Situation waren, es als höchst negativ empfunden haben, andere schwerkranke Patienten/-innen zu sehen bzw. deren Verlauf mitzubekommen.

## 4. Diskussion/Grenzen/ Schlussfolgerungen und Transfer

In der zukünftigen Behandlung wacher ECMO Patienten/-innen sollte mehr Wert auf ausreichende und detaillierte Aufklärung gelegt werden, sowie dem Patienten oder der Patientin mehr Zeit für Gespräche eingeräumt werden. Dies könnte, neben der ärztlichen Aufklärung, z.B. durch eine/-n Pflegeexpertin/-en APN umgesetzt werden. Ziel davon ist es, Ängsten und psychischen Problemen vorzubeugen. Ebenso sollte darauf geachtet werden, dass Patienten/-innen mit ECMO mehr bzw. anders gelagert und mobilisiert werden, um Schmerzen und Folgeschäden entgegenzuwirken. Weiterhin sollten Angehörige mehr in die Behandlung wacher ECMO-Patienten/-innen eingebunden werden, da diese einen sehr positiven Effekt auf den Genesungsprozess der Patientinnen und Patienten haben.

## 5. Fazit/Ausblick

Mit den Ergebnissen der Datenauswertung können Handlungsempfehlungen zum Umgang mit wachen ECMO-Patienten und Patientinnen gegeben werden, um einen besseren Einblick in die Gefühls- und Erlebenswelt dieser speziellen Patientengruppe zu erhalten und in der täglichen klinischen

Praxis gezielter agieren zu können. Einzelergebnisse sollten in kleineren Studien nachverfolgt werden. Ausblick: die Studie wird mit einer größeren Zahl an Patienten/-innen über mehrere Jahre prospektiv weitergeführt, um die sehr praxisrelevanten Ergebnisse zu verifizieren.

## Literatur

- Abrams, D., Javidfar, J., Farrand, E., Mongero, L.B., Agerstrand, C.L., Ryan, P., Zimmel, D., Galuskin, K., Morrone, T.M., Boerem, P., Bacchetta, M., Brodie, D. (2014). Early mobilisation of patients receiving extracorporeal membrane oxygenation: a retrospective cohort study. In *Critical Care*, 2014; 18(1): R38. Amsterdam: Elsevier Publishing
- Burholt, V. (2010). Angehörige auf der Intensivstation. Welche Bedürfnisse haben sie? in *intensiv* 2010; 18(4): 198-203, Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Daly, K., Camporota, L., Barrett, N.A. (2016). An international survey: the role of specialist nurses in adult respiratory extracorporeal membrane oxygenation. *Journal of Nursing in Critical Care*, Vol. 22 Iss 5, Wiley Online Library. [Online] Available at: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nicc.12265> [Zugriff am 11.09.2019, 22:45]
- Döring, N., Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag
- European Life Support Organization (ELSO) (2017). *ELSO Guidelines for Cardiopulmonary Extracorporeal Life Support*. Version 1.4, Ann Arbor, MI, USA, [Online] Available at: [https://www.else.org/Portals/0/ELSOGuidelinesForAdultRespiratoryFailure1\\_4.pdf](https://www.else.org/Portals/0/ELSOGuidelinesForAdultRespiratoryFailure1_4.pdf) [Zugriff am 19.09.2019, 21:21]
- Flick, U. (2017). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Rowohlt's Enzyklopädie, Bd. 55694, 8. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt's Enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Helferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien
- Kang-Hua, C., Da Feng-Chun, T., Chien-Sung, T., Shu-Ling, Y., Li-Chueh W, Da Li-Chyun Y., (2015). Problems and health needs of adult extracorporeal membrane oxygenation patients following hospital discharge: A qualitative study. in *Heart & Lung*, Volume 45, Issue 2, March–April 2016, Pages 147-153, Amsterdam: Elsevier Publishing
- Kukartz, U. (2005). *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten – Lehrbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage, Weinheim: Beltz-Juventa.
- Lamnek, S., Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag
- Mayring, P. (2015). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, 5. Auflage. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.
- Mossadegh, C., Combes, A. (2017). *Nursing Care and ECMO*. Bern: Springer International Publishing
- Müller T., Bein T., Philipp A., Graf B., Schmid C., Riegger G. (2013). Extrakorporale Lungenunterstützung bei schwerem Lungenversagen des Erwachsenen Wiederentdeckung eines Therapieverfahrens. *Extracorporeal pulmonary support in severe pulmonary failure in adults—a treatment rediscovered*. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(10): 159–66. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0159
- Panfil, E.-M. (2018) in Brandenburg, H., Panfil, E.-M., Mayer, H., Schrems, B. (2018). *Pflegewissenschaft II. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe Verlag
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. International edition. 9th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health
- Tramm, R., Ilic, D., Murphy, K., Sheldrake, J., Pellegrino, V. & Hodgson, C. (2016). A qualitative exploration of acute care and psychological distress experiences of ECMO survivors. *Heart & lung : the journal of critical care*, 45 (3), 220–226. [Online] Available at: <https://doi.org/10.1016/j.hrting.2016.01.010> [Zugriff am 18.12.2019, 20:35]
- Tramm, R., Dragan, I., Murphy, K., Sheldrake, J., Pellegrino, V., Hodgson, C. (2016). Experience and needs of family members of patients treated with extracorporeal membrane oxygenation. *Journal of Clinical Nursing*, Volume 26, Issue 11-12, pp 1657-1668, Hoboken, N.J.: Wiley Publishing
- Universitätsklinikum Regensburg, ECMO Fallzahlen UKR, 2019, [www.ukr.de](http://www.ukr.de) [Online] Available at: [https://www.ukr.de/zentren/ECMO\\_Zentrum/index.php](https://www.ukr.de/zentren/ECMO_Zentrum/index.php) [Zugriff am 11.11.2019, 20:23]

## Vorstellung der Autorin

Birgit Heinze, M.Sc. ANP, B.Sc. arbeitet seit 2009 auf einer Intensivstation am Uniklinikum Regensburg (UKR). Seit Ende 2019 arbeitet sie als Pflegeexpertin APN ECMO am UKR und 2020 hat sie ihr Masterstudium ANP an der Evangelischen Hochschule Nürnberg abgeschlossen. Seit diesem Jahr hat sie einen Lehrauftrag für Pflegewissenschaften an der THD.

PD Dr. med. Maximilian Malfertheiner arbeitet als Oberarzt in der Abteilung für Pneumologie in der Klinik für Innere Medizin II des Universitätsklinikums Regensburg. Ein großer Teil seiner Forschungstätigkeit findet im Bereich ECMO/ECLS statt. Dr. med. Maximilian Malfertheiner ist Sprecher der Arbeitsgruppe „Innovation in ECMO and ECLS“ der EuroELSO.

# Erstellung eines Praxisanleiter/-innenkonzepts für das kbo IAK-KMO

Anna Kaiser, cand. M.Sc. ANP  
 Betreuende Hochschule: Hochschule München

## Zusammenfassung

Durch das Inkrafttreten des neuen Pflegeberufgesetzes (PflBG) wurde die pflegerische Ausbildung in Deutschland reformiert. Dieser Sachverhalt stellt alle an der Ausbildung beteiligten Akteure und Akteurinnen im Gesundheitswesen vor große Veränderungen. Das kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost (kbo IAK-KMO) beschäftigt sich als eines der größten psychiatrischen Fachkrankenhäuser in Deutschland damit, wie die neuen gesetzlichen Vorgaben eingehalten und umgesetzt werden können. Die praktische pflegerische Ausbildung im Klinikum soll sich über die gesetzlichen Rahmenbedingungen hinaus stetig weiterentwickeln und mittels eines Praxisanleiter/-innenkonzepts abgebildet werden. Die relevanten Kriterien für das Konzept wurden mithilfe einer Literaturanalyse, einer Stakeholderanalyse sowie einer qualitativen Befragung der an der Ausbildung im kbo IAK-KMO beteiligten Schnittstellen generiert. Das Ergebnis ist ein Konzeptentwurf, welcher in der Praxis ausgearbeitet und kontinuierlich weiterentwickelt werden kann.

## 1. Einleitung

Seit dem 01.01.2020 ist in Deutschland das neue PflBG in Kraft getreten. Das Gesetz vereint die beruflichen Ausbildungen Gesundheits- und Krankenpflege, Gesundheits- und Kinder-krankenpflege und Altenpflege zu einer generalistisch ausgerichteten Ausbildung (Kälble & Pundt, 2016). Für die praktische Ausbildung sind vorwiegend Praxisanleiter/-innen zuständig. Diese pädagogisch weiterqualifizierten Pflegefachkräfte nehmen eine Schlüsselrolle ein, damit die Auszubildenden ihre berufliche Handlungskompetenz und ihre berufliche Identität entwickeln können (Steffan & Knoch, 2015). Dieser Schlüsselrolle stehen die derzeit mangelhafte Personalausstattung in deutschen Pflegeeinrichtungen sowie die schlechten Rahmenbedingungen pflegerischer Arbeit entgegen (Wagner & Fuchs 2018). Die daraus resultierenden negativen Auswirkungen auf die praktische Ausbildung sind nicht zu vernachlässigen (ver.di, 2015). Auch das kbo IAK-KMO beschäftigt sich als eines der größten psychiatrischen Fachkrankenhäuser Deutschlands und großer Ausbildungsbetrieb mit diesen Themen. Ziele sind die Weiterentwicklung der praktischen Pflegeausbildung und die Einhaltung neuer rechtlicher Grundlagen. Dies soll über ein Praxisanleiter/-

innenkonzept abgebildet werden. Daraus ergibt sich die Forschungsfrage: Welche Kriterien können, unter Einbezug von internen sowie externen Perspektiven, für die Erstellung eines Praxisanleiter/-innenkonzepts im kbo IAK-KMO identifiziert werden?

Arbeit steht der fünfstufige Wandlungsprozess nach Krüger (2014) und dessen erste zwei Phasen Initialisierung und Konzipierung. Ziel ist es, auch über die Masterthesis hinaus, bereits die nächsten Meilensteine in der Konzepterstellung festzulegen. Die Fragestellung, die Unterfragen und die Projektziele sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen.

## 2. Theoretischer Hintergrund

Die Konzepterstellung kann als Projekt eingeordnet werden, weshalb im Verlauf der Masterthesis Aspekte aus dem Projektmanagement hinzugezogen wurden. Im Zentrum der

Unterfrage	Projektziel
<b>Externe Situation - unveränderbare Rahmenbedingungen</b>	
Welche rechtlich verpflichtenden Vorgaben sind im Rahmen des neuen PflBG in Bezug auf Praxisanleitung für das Kbo IAK-KMO relevant?	Die rechtlich verpflichtenden Vorgaben für das kbo IAK-KMO in Bezug auf die Praxisanleitung sind aus dem PflBG herausgearbeitet.
Welche Kriterien müssen anhand der Literatur in einem Praxisanleiter/-innenkonzept erhalten sein?	Die relevanten Kriterien für ein Praxisanleiter/-innenkonzept anhand der Literatur sind herausgearbeitet.
<b>Interne Situation - Rahmenbedingungen</b>	
Wie gestaltet sich die praktische Pflegeausbildung im kbo IAK-KMO und welche Problemlagen können identifiziert werden?	Die praktische Pflegeausbildung im kbo IAK-KMO ist beschrieben und Problemlagen sind identifiziert.
Wer sind die relevanten, an der praktischen Pflegeausbildung beteiligten Personen und Personengruppen im kbo IAK-KMO?	Die relevanten, an der praktischen Pflegeausbildung beteiligten Personen und Personengruppen im kbo IAK-KMO sind ausfindig gemacht.
<b>Interne Situation - Befragung</b>	
Welche Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Gefahren für die Entwicklung und Etablierung eines Praxisanleiter/-innenkonzepts benennen die relevanten Stakeholder?	Die relevanten Stakeholder haben Stärken, Schwächen, Möglichkeiten und Gefahren für die Entwicklung und Etablierung eines Praxisanleiter/-innenkonzepts benannt.
Welche für sie wichtigen Kriterien leiten die relevanten Stakeholder für ein Praxisanleiter/-innenkonzept ab?	Die relevanten Stakeholder haben für sie wichtige Kriterien für ein Praxisanleiter/-innenkonzept abgeleitet.

Tabelle 1: Unterfragen und Projektziele

Die dreigliedrige berufliche Ausbildung in Deutschland wurde auf Grund zahlreicher Faktoren reformiert. Neben demografischen Veränderungen und der Zunahme an Pflegebedürftigkeit sind im Bereich der Ausbildung vor allem die Tendenz zu höheren Bildungsabschlüssen und Veränderungen in der Lernkultur zu nennen (DBR, 2017). Weitere Gründe sind laut dem Bundesministerium für Gesundheit (2017) das Erreichen einer hochwertigen und zeitgemäßen Ausbildung sowie breitere berufliche Einsatzmöglichkeiten für professionell Pflegende, um diesen Herausforderungen zu begegnen. Das bislang bestehende duale Pflegestudium wurde ebenfalls zu einem primärqualifizierenden Studium reformiert (Kälble & Pundt, 2016).

Die wichtigsten Neuerungen in Bezug auf Praxisanleitung sind nachfolgend aufgeführt. Wegweisend dafür ist die Pflegeberufe-Ausbildungs- und –Prüfungsverordnung (PflAPrV).

- Grundlage der Praxisanleitung sind die im Gesetz beschriebenen Kompetenzen und Ziele der generalistischen und hochschulischen Pflegeausbildung (PflAPrV Anlage 2 und 5).
- Die pädagogische Zusatzqualifikation zur Praxisanleitung wurde von 200 auf 300 Stunden angehoben (PflAPrV § 4 Abs. 2 & 3).
- Die Praxisanleitung von Studierenden muss durch akademisch qualifizierte Praxisanleiter/-innen erfolgen. Die Übergangsfrist erstreckt sich bis zum 31.12.2029 (PflAPrV § 31 Abs. 1).
- Pro Jahr müssen sich Praxisanleiter/-innen 24 Stunden pädagogisch/ didaktisch pflichtfortbilden (PflAPrV § 4 Abs. 3).
- Die Praktische Ausbildung muss anhand eines Ausbildungsplans erfolgen (PflBG § 6 Abs. 3).
- Die Anleitungszeit von 10% pro Einsatz muss zwingend erbracht werden (PflAPrV § 4 Abs. 1).

- Anleiten dürfen nur Praxisanleiter/-innen, die sich regelmäßig pflichtfortbilden und bei der zuständigen Behörde registriert sind (PflAPrV § 4 Abs. 3).

Praxisanleitende nehmen fachliche, organisatorische und erzieherische Aufgaben wahr (Mamerow, 2018). Für die Ausübung dieser Aufgaben müssen durch die Träger/-innen der praktischen Ausbildung die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen werden (Quernheim, 2017). Die Funktion von Praxisanleitenden in der Pflege ist kaum konzeptionell untermauert. „[...] [S]olange Stellenbeschreibungen fehlen oder unklar sind, solange Anforderungen und Aufgaben nicht einheitlich oder gar nicht beschrieben sind, lässt sich das Arbeitsfeld Praxisanleitung nicht [...] abgrenzen [...]“ (Mamerow 2018, S. 13). Um diese Abgrenzung im kbo IAK-KMO zu erzielen, wurde zunächst die interne Situation der Praxisanleitung analysiert und Problemlagen identifiziert. Anschließend wurde eine Stakeholderanalyse durchgeführt, welche Aufschluss darüber gibt, welche Personen und Personengruppen an der praktischen Ausbildung beteiligt sind. Daraus ergeben sich Maßnahmen, wie die einzelnen Stakeholder in das Projekt einzubeziehen sind. Zur Ableitung von konkreten Kriterien für das Konzept wurde ein Mixed-Method-Design gewählt.

### 3. Methodik

Es wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, um bereits existierende Kriterien für Praxisanleiter/-innenkonzepte in der Literatur ausfindig zu machen. Diese Suche ergab jedoch keine Treffer. Somit wurden bereits veröffentlichte Konzepte gesichtet und die auftretenden Themenbereiche herausgearbeitet. Daraus entstanden die vier Themenbereiche: Organisation von Praxisanleitung, Setting für Praxisanleitung, Qualitätssicherung und Entwicklung von Praxisanleitung sowie Kooperation und Vernetzung von Pra-

xisanleitung. Zu diesen vier Themenbereichen wurde mittels dem SPSS-Prinzip nach Lamnek & Krell (2016) ein Fragebogen entwickelt, welcher in einem Pretest von zwei Personen getestet und anschließend angepasst wurde. Zusätzlich wurde eine SWOT Analyse für die Implementierung des Konzepts eingefügt. Der daraus entstandene Fragebogen bildete die Grundlage einer qualitativen schriftlichen Befragung der relevanten Stakeholder. Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurde die qualitative Befragung schriftlich durchgeführt, in Anlehnung an das E-Mail-Interview (Flick, 2019). Die Auswertung erfolgte in Excel mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

### 4. Ergebnisse

Befragt wurden sieben Stakeholder in einem Zeitraum von vier Wochen. Auf Grund der Covid-19 Pandemie und der angespannten Situation im Gesundheitswesen wurde eine längere Spanne für die Beantwortung angesetzt. Die Fragebögen wurden mittels E-Mail versendet und die Forscherin stand für Rückfragen telefonisch und per E-Mail zur Verfügung. Die sieben Stakeholder waren zwei Praxisanleiter/-innen (zentral und stationär), zwei Lernende (duales Studium und dreijährige Ausbildung), die das Examen bereits absolviert hatten, ein/e Vertreter/-in einer Hochschule, ein/e Vertreter/-in einer Berufsfachschule und eine Stationsleitung.

Zu den vier Themenbereichen werden exemplarisch jeweils zwei Kategorien aufgezählt und kurz erläutert. Für die Organisation von Praxisanleitung wurde zum einen eine Vertreter/-innenregelung befürwortet. Diese dient dazu, bei Ausfällen Anleitungen kompensieren zu können. Weiter wurde der Wunsch nach einem übergreifenden Anleitungsangebot/ Anleitungssharing deutlich, damit Lernende ihr Anleitungsspektrum erweitern können.

Für ein gelungenes Setting von Praxisanleitung wurden zahlreiche Vorschläge herausgearbeitet. Die Terminabsprache von Anleitungen und Bearbeitungszeiträumen mit der Stationsleitung und dem Team können zu ungestörteren Anleitungen und einer besseren Lernerfahrung beitragen. Zudem wurde eine visuelle Unterstützung befürwortet, wie beispielsweise Nicht-Stören-Schilder oder eine anders farbige Kleidung an Anleitungstagen.

Zum Thema Qualitätssicherung und -entwicklung wurde ein Einarbeitungskonzept für neue Praxisanleiter/-innen genannt, welches einen roten Faden darstellen und eine gelingende Einmündung in die Thematik zur Folge haben soll. Weiter wurden Hospitationen und Shadowing von Praxisanleiter/-innen untereinander zur Qualitätssicherung sowie ein zentraler Feedbackbogen am Ende von Einsätzen gewünscht.

Bezüglich der Kooperation und Vernetzung wurde deutlich, dass Kooperationstreffen und Meetings auf unterschiedlichen Ebenen mit einer klaren Besprechungsmatrix (Häufigkeit der Treffen, wichtige Tagesordnungspunkte und Protokollieren) nötig sind, um einen kontinuierlichen Informationsfluss zu gewährleisten. Auch ein Austausch mittels eines E-Mail-Newsletters und auf der Intranet-Plattform wurden positiv hervorgehoben.

## 5. Diskussion, Grenzen, Schlussfolgerungen

Die Einordnung der Ergebnisse muss vor dem Hintergrund betrachtet werden, dass nur einzelne Vertreter/-innen der Stakeholder befragt wurden. Die Ergebnisse geben einen wichtigen ersten Einblick, stellen jedoch nicht die Gesamtheit aller am Ausbildungsprozess Beteiligten dar. Durch die identifizierte Literatur wurden durch die Forscherin Themenbereiche vorgegeben, was zu einer Verzerrung führen kann. Aufgrund der Abänderung der Methodik zu einer schriftlichen Befragung und die starke Strukturierung durch den Fragebogen wurde das Prinzip der Offenheit und Flexibilität eingeschränkt (Lamnek & Krell, 2016). Da die Fragebögen schriftlich beantwortet wurden, entstanden keine Transkripte, was den Schritt des Paraphrasierens erschwerte.

Trotz der veränderten Gegebenheiten konnte durch die Forschung und die Analyse ein wichtiger Beitrag zur Konzepterstellung generiert werden. Dieser gibt Aufschluss darüber, welche rechtlichen Grundlagen die Basis der Arbeit von Praxisanleitern/-innen bilden. Weiter wird durch die Stakeholderanalyse deutlich, wie komplex die Schnittstellen der praktischen Ausbildung im kbo IAK-KMO zusammenhängen. Anhand der qualitativen Befragung können die individuellen Sichtweisen dieser Interessensgruppen dargestellt und berücksichtigt werden.

## 6. Fazit

Anhand der Analyse der internen und externen Perspektiven wurde deutlich, welchen Stellenwert die konzeptionelle Arbeit im Bereich der praktischen Pflegeausbildung hat. Die Ergebnisse der Befragung zeigen die besondere Komplexität der Thematik auf. Mit Hilfe des entstandenen Konzeptentwurfs können weitere Schritte für die Ausgestaltung geplant werden. Rechtliche Grundlagen sowie die Erkenntnisse aus der Literatur fließen in das Konzept mit ein und bilden einen umfänglichen Rahmen für die praktische Ausbildung im kbo IAK-KMO.

### Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2017). Fragen und Antworten zum Pflegeberufegesetz. Verfügbar über: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeberufegesetz/faq-pflegeberufegesetz.html> (Letzter Zugriff: 27.10.2020).
- DBR (Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe) (Hrsg.). (2017). Pflegeausbildung vernetzend gestalten – ein Garant für Versorgungsqualität. Verfügbar unter <http://bildungsratpflege.de/wp-content/uploads/2014/10/broschuere-Pflegeausbildung-vernetzend-gestalten.pdf> [27.10.2020].
- Flick, U. (2019). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 9. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Kälble, K. & Pundt, J. (2016). Pflege und Pflegebildung im Wandel – der Pflegeberuf zwischen generalistischer Ausbildung und Akademisierung. In: Jacobs, K.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauber, J. & Schwinger, A. (Hrsg.). Pflege-Report 2016. „Die Pflegenden im Fokus“. Stuttgart: Schattauer.

- Krüger, W. (2014). Das 3W-Modell: Bezugsrahmen für das Wandlungsmanagement. In: Krüger, W. & Bach, N. (2014). Excellence in Change. Wege zur strategischen Erneuerung. 5. Aufl. Wiesbaden: SpringerGabler.
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung. 6. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mamerow, R. (2018). Praxisanleitung in der Pflege. 6. Aufl. Berlin Heidelberg: Springer.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. überarb. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz.
- Quernheim, G. (2017). Spielend anleiten und beraten. Hilfe zur praktischen Pflegeausbildung. 5. Aufl. München: Elsevier.
- Steffan, S. & Knoch, T. (2015). Anleitung im Erleben der Studierenden. Praxisanleitungen für dual bzw. ausbildungsbegleitend Studierende. In: PADUA; 10 (4) S. 1-7.
- ver.di: Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.). (2015). Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015. Verfügbar unter <https://www.google.de/l/?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ah-UKEwiivKGmNfYAhXSKFAKHcBX-COKQFggnMAA&url=http%3A%2F%2Fjugend.dgb.de%2F%2B%2Bco%2B%2B25e23860-f717-11e5-a09b-525400808b5c%2FAusbildungsreport-Pflegeberufe-2015-der-verdi-Jugend.pdf&usg=AOvVaw37CTz-jpx6pUyOv9F9C6JJg> [27.10.2020].

### Vorstellung der Autorin

Anna Kaiser, cand. M.Sc. ANP, B.Sc. ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, Tutorin für Pflegewissenschaft und Studierende im Masterstudiengang ANP an der Hochschule München. In ihrer beruflichen Praxis arbeitet sie als Teamleiterin der Zentralen Praxisanleitung am kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost. Ziele ihrer Arbeit sind die Umsetzung des Pflegeberufgesetzes und die Weiterentwicklung der praktischen Pflegeausbildung am Klinikum.

# Informations- und Beratungswünsche von Betroffenen mit CED

Johanna Loibl, M.Sc. ANP

Betreuende Hochschule: Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

## Zusammenfassung

In vorliegender Forschungsarbeit wurden die Informations- und Beratungswünsche von Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) am Universitätsklinikum Regensburg ermittelt, um auf deren Grundlage eine Anpassung des Informations- und Beratungsangebots in der CED-Sprechstunde vornehmen zu können.

Im Rahmen der Mixed-Methods Studie konnten 14 verschiedene Themen ermittelt werden, zu denen Betroffene (weitere) Information oder Beratung wünschen. Dabei wurde die persönliche Sprechstunde als bevorzugte Form für edukative Maßnahmen ausgemacht. Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass aufgrund der knappen personellen und zeitlichen Ressourcen eine Umstrukturierung und Erweiterung der CED-Sprechstunde erfolgen muss, um den ermittelten Informations- und Beratungswünschen der CED-Erkrankten in der Praxis entsprechen zu können.

## 1. Theoretische Hinführung

Patientinnen und Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen erleben vielfältige körperliche und psychische Beeinträchtigungen (Hardt et al. 2010, S. 381). Individuelle Information und Beratung im Hinblick auf ihre Erkrankung können den Betroffenen jedoch dabei helfen, Gesundheits- und Selbstmanagementkompetenzen zu erwerben, die zur Stärkung der Handlungsfähigkeit, Verbesserung der Krankheits- und Alltagsbewältigung sowie zum Erhalt oder zur Steigerung der Lebensqualität beitragen können (Schaeffer 2006, S. 198). Vor diesem Hintergrund und mit dem Ziel, Betroffene dahingehend zu unterstützen, sollte vorliegende Forschungsarbeit an der CED-Ambulanz des Universitätsklinikums Regensburg durchgeführt werden. Neben inhaltlichen Wünschen war auch die bevorzugte Form der Patienten/-innenedukation Gegenstand der Arbeit. Zudem wurde die aktuelle Behandlungssituation in der Sprechstunde analysiert und so eine Ausgangslage ermittelt, auf deren Basis eine Praxisveränderung stattfinden kann.

## 2. Methode

Um zum einen die aktuelle Behandlungssituation erfassen und zum anderen die Informations- und Beratungswünsche von Betroffenen mit CED ermitteln zu können, wurde ein explorativer Mixed-Methods Ansatz angewendet (Lüdders 2017, S. 118–119; Schreier und Echterhoff 2013, S. 305).

Im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung (n=30) wurde mit Hilfe eines standardisierten Beobachtungsbogens die aktuelle IST-Situation in der CED-Sprechstunde, sprich welche Themen aktuell abgedeckt werden und wie diese gewichtet sind, erfasst. Gleichzeitig wurden durch ein offenes, unstandardisiertes Vorgehen im Rahmen der Sprechstunde auch erste potenzielle Informations- und Beratungswünsche ermittelt (Gehrau und Schulze 2013, S. 330–331; Mayring 2016, S. 80-83; Flick 2017, S. 281; Lamnek 2005, S. 564-565). Mit-

tels leitfadengestützter Interviews mit ausgewählten Patientinnen und Patienten (n=5) wurden weitere Informations- und Beratungswünsche erhoben (Flick 2002, S. 203–208, 2017, S. 194; Gläser und Laudel 2009, S. 111). Die Auswertung der Beobachtung erfolgte per Apriori Kategorienbildung in Microsoft Excel (Lamnek 2005, S. 599; Lüdders 2017, S. 92; Mayring 2016, S. 82; Kuckartz 2018, S. 64–72). Für die Auswertung der Interviews wurde eine qualitative Inhaltsanalyse mit MAXQDA durchgeführt (Gläser und Laudel 2009, S. 153–177; Mayring 2016, S. 89-121).

Die Ergebnisse des qualitativen, explorativen Vorgehens wurden anschließend im Zuge einer quantitativen Befragung per Fragebogen (n=65) überprüft und näher beschrieben (Klößner und Friedrichs 2014, S. 675; Porst, S. 12). Dazu wurde eine deskriptivstatistische Auswertung in SPSS vorgenommen (Raab-Steiner und Benesch 2018, S. 88).

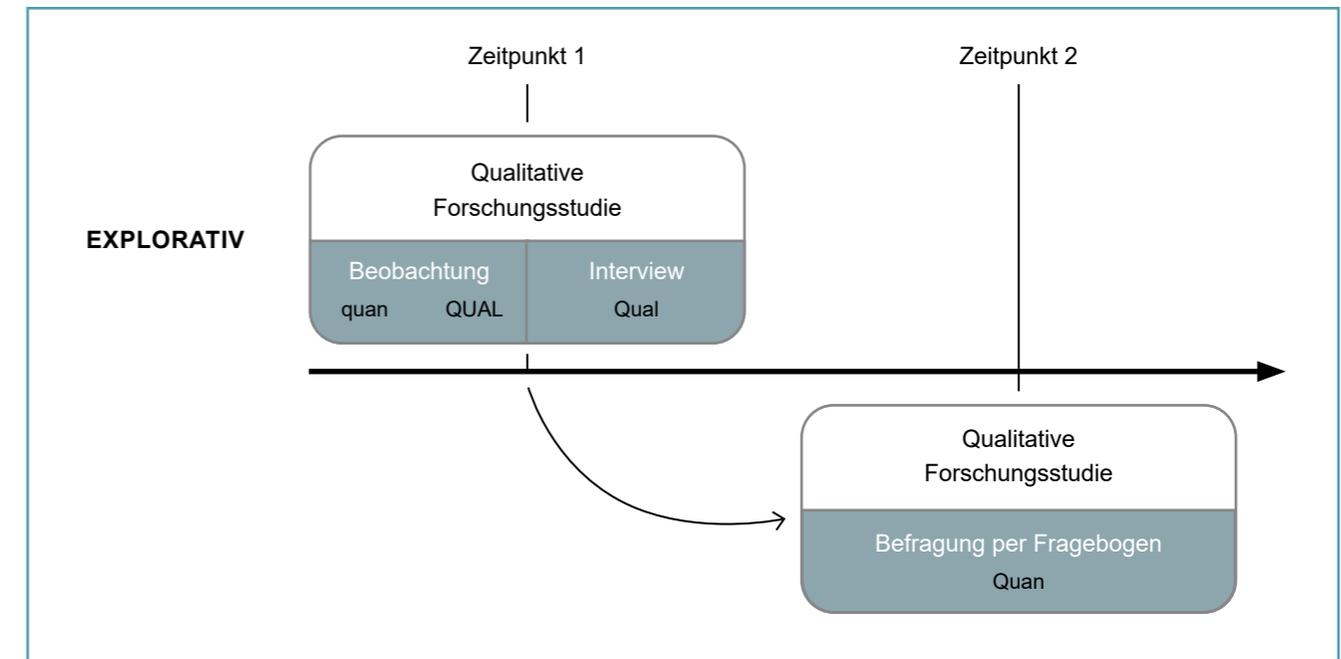


Abbildung 1: Mixed-Methods Design der CED-Studie

### 3. Ergebnisse und Diskussion

Insgesamt konnten durch das qualitative, explorative Vorgehen 14 thematische Informations- und Beratungswünsche ermittelt werden, die im Zuge der quantitativen Befragung per Fragebogen alle bestätigt wurden. Nachfolgende Auflistung zeigt die ermittelten Themen sowie den prozentualen Anteil derjenigen Patientinnen und Patienten, die sich dazu (mehr) Information oder Beratung wünschen.

- Sozialrechtliches (72,3%)
- Ernährung (69,2%)
- Prävention und Vorsorge (64,6%)
- komplementärmedizinische Verfahren (61,5%)
- Sport (52,3%)
- Medikamentenmanagement (47,7%),
- Reisen (46,2%),
- Inkontinenz und Kontinenzförderung (46,2%),
- Berufstätigkeit, Ausbildung und Studium (44,6%)
- Hautpflege (40,0%),
- Stressbewältigung (36,9%)
- Verhütung, Sexualität und Fertilität (23,1%),
- Familienplanung und Schwangerschaft (20,0%)
- Selbsthilfegruppen (13,8%)

Einige Themen wurden typischerweise von Personen bestimmter Altersgruppen nachgefragt. Während CED-Erkrankte, die sich Information und Beratung zu den Themen „Reisen“, „Familienplanung und Schwangerschaft“, „Verhütung, Sexualität und Fertilität“, „Berufstätigkeit, Ausbildung und Studium“ wünschen, im Durchschnitt fünf Jahre jünger als der Altersdurchschnitt der Befragten sind, waren die Patientinnen und Patienten, die sich die Themen „Hautpflege“, „Medikamentenmanagement“ und „Inkontinenz und Kontinenzförderung“ wünschen, fünf Jahre älter als der Durchschnitt.

Generell kann man von der Häufigkeit, mit der Themen gewünscht wurden, ableiten, mit welcher Priorität bestimmte Informationen angeboten werden sollten. Auch die Verteilung der Beratungswünsche auf die verschiedenen Altersgruppen bietet dahingehend eine gewisse Orientierung. Bei der deskriptivstatistischen Auswertung wurde aber auch deutlich, dass selten gewünschte Themen für manche Befragten hohe Priorität haben und alterstypische Themen vereinzelt auch von Personen in jeweils anderen Altersstufen nachgefragt wurden. Deswegen ist es für die Praxis unabdingbar, zum einen ein breit gefächertes und umfangreiches Informations- und Beratungsangebot zu allen Themen vorzuhalten und zum anderen die Information und Beratung nicht zu generalisieren, sondern immer auf den Einzelfall abzustimmen.

Im Durchschnitt wünschen die Befragten zur Hälfte der 14 aufgelisteten Themen (mehr) Information oder Beratung. Aufgrund der knappen zeitlichen und personellen Ressourcen in der CED-Sprechstunde scheint eine Berücksichtigung dieser Patientenwünsche aktuell jedoch noch nicht umsetzbar, da schon jetzt Sprechzeiten überschritten werden und die Sprechstunde aktuell nur durch eine einzelne Person des ärztlichen Diensts abgedeckt wird.

### 4. Fazit

Den ermittelten Informations- und Beratungswünschen der Patientinnen und Patienten mit CED an der Universitätsambulanz Regensburg kann nur entsprochen werden, wenn eine Erweiterung und Umstrukturierung der aktuellen Versorgung erfolgt. Eine Ergänzung der jetzt rein ärztlichen Sprechstunde durch spezialisierte, pflegerische Expertise erscheint dabei sinnvoll und notwendig, zumal diese Form der Versorgungsgestaltung bereits in vielen europäischen Ländern etabliert und positiv evaluiert wurde.

### Literatur

- Flick, U. (2002): Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In: D. Schaeffer (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Unter Mitarbeit von G. Müller-Mundt. Bern: Hans Huber Verlag, S. 203–220.
- Flick, U. (2017): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gehrau, V.; Schulze, A. (2013): Quantitative Beobachtung. Grundprinzipien und Anwendungen. In: W. Möhring und D. Schlütz (Hg.): Handbuch standardisierte Erhebungsverfahren in der Kommunikationswissenschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 329–346.
- Gläser, J.; Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hardt, J.; Muche-Borowski, C.; Conrad, S.; Balzer, K.; Bokemeyer, B.; Raspe, H. (2010): Chronisch entzündliche Darmerkrankungen als multifokale Erkrankungen: körperliche und psychosoziale Probleme von Patienten mit CED. Ergebnisse eines Fragebogen-Surveys. In: Zeitschrift für Gastroenterologie 48 (3), S. 381–391.
- Klößner, J.; Friedrichs, J. (2014): Gesamtgestaltung des Fragebogens. In: N. Baur und J. Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 675–685.
- Kuckartz, U. (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.
- Lamnek, S. (2005): Qualitative Sozialforschung. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.
- Lüdders, L. (2017): Qualitative Methoden und Methodenmix. Ein Handbuch für Studium und Berufspraxis. 1. Auflage. Bremen: Apollon University Press (Methodenbücher, 4).

- Mayring, P. (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.
- Forst, R.: Im Vorfeld der Befragung: Planung, Fragebogenentwicklung, Pretesting. ZUMA-Arbeitsbericht. Hg. v. ZUMA - Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen. Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Mannheim. Online verfügbar unter <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/20048>, zuletzt geprüft am 02.04.2020.
- Raab-Steiner, E.; Benesch, M. (2018): Der Fragebogen - Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung. 5., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Wien: Facultas Verlag (UTB).
- Schaeffer, D. (2006): Bewältigung chronischer Erkrankung: Konsequenzen für die Versorgungsgestaltung und die Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39 (3), S. 192–201.
- Schreier, M.; Echterhoff, G. (2013): Mixed-Methods-Designs. In: W. Hussy, M. Schreier und G. Echterhoff (Hg.): Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 298–31.

### Vorstellung der Autorin

Johanna Loibl, M.Sc. ANP, B.Sc. hat den Kooperationsstudiengang „Advanced Nursing Practice“ (Schwerpunkt Akutpflege) der OTH Regensburg und EVH Nürnberg im Herbst 2020 abgeschlossen und ist auf der gastroenterologischen Intensivstation am Universitätsklinikum Regensburg tätig.

# Patienten/-innenzentrierte Verlegungen innerhalb eines Akutkrankenhauses als Teil eines umfassenden Delirmanagements – eine evidenzbasierte Handlungsempfehlung

Isabella Thordsen, M.Sc. ANP  
Betreuende Hochschule: Hochschule München

## Zusammenfassung

Verlegungen innerhalb eines Akutkrankenhauses bringen vielfältige Auswirkungen für die Patienten/-innen und ihren Angehörigen mit. Unter anderem ist das Risiko ein Delir zu entwickeln, oder das Risiko ein bestehendes Delir zu verschlechtern, stark erhöht. Mit verschiedenen Interventionen und Beeinflussung von Faktoren können die Belastungen und Komplikationen der Patienten/-innen bei intrahospitalen Verlegungen reduziert oder gar verhindert werden. Auch für das Personal kann es zu einer Entlastung kommen. In drei wissenschaftlichen, aufeinander aufbauenden Schritten wurden evidenzbasierte, patienten/-innenzentrierte Handlungsempfehlungen erstellt. Auf Grundlage der Literatur und der Meinung von interprofessionellen Experten/-innen ist davon auszugehen, dass bei Umsetzung dieser Empfehlungen, den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen in der Versorgung besser begegnet werden kann.

## 1. Einleitung, theoretische Hinführung

Das Delir ist eine häufige und schwerwiegende Komplikation im Akutkrankenhaus, die eines systematischen Managements mittels Prävention, frühzeitiger Erkennung und Behandlung bedarf (Hsieh et al., 2017). In den letzten Jahren wurde der Prozess der Verlegung zwischen verschiedenen Settings verbessert und erforscht. Jedoch wird dem Prozess der intrahospitalen Verlegung und ihren vielfältigen Auswirkungen bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Für das Krankenhauspersonal sind Verlegungen zwar eine Arbeitsbelastung, jedoch je nach Bereich eine alltägliche Routineaufgabe. Für die Patienten/-innen sowie ihren Angehörigen stellt jede Verlegung – besonders von der Intensivstation auf eine weiterführende Station, aber auch zwischen Stationen und Raumwechseln auf einer Station – eine enorme Belastung dar. Mit einer Verlegung weg von der Intensivstation wird nach einer lebensbedrohlichen Akutphase zwar häufig die Hoffnung auf baldige Genesung verbunden. Gleichzeitig treten aber auch Ängste, Unsicherheiten und Schwierigkeiten, wie beispielsweise Orientierungsverlust auf. Zusätzlich steigt mit der Anzahl der Verlegungen während eines Aufenthalts auch das Risiko für diverse unerwünschte Ereignisse

und Komplikationen (Bristol et al., 2019; Großbichler & Nagl-Cupal, 2019). Beispielsweise ein Delir oder die Gefahr für ein solches zu entwickeln kann zusätzlich durch unterschiedliche Faktoren bei der Verlegung wieder verstärkt oder ausgelöst werden (Blay et al., 2017; Goldberg et al., 2015).

Mit der derzeitigen Verlegungspraxis in Akutkrankenhäusern (hier am Beispiel eines Universitätsklinikums) wird den gesundheitlichen Bedarfen und Bedürfnissen von Patienten/-innen und ihren Angehörigen oft nicht entsprochen. Aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten ist davon auszugehen, dass sich dies negativ auf die Patienten/-innenoutcomes auswirkt und vielfältige Komplikationen mit sich bringen kann. Advanced Nursing Practice wird als eine Möglichkeit zur Verbesserung der Versorgungsqualität bei Delir und bei intrahospitalen Verlegungen diskutiert (Keinath, 2018; St-Louis & Brault, 2011).

Ziel dieser Arbeit ist eine Verbesserung der Versorgung bei intrahospitalen Verlegungen mit Hilfe von evidenzbasierten Handlungsempfehlungen zur patienten/-innenzentrierten Verlegungen innerhalb des Akutkrankenhauses als Teil eines umfassenden Delirmanagements. Daher wurde die Forschungsfrage „Wie sollte die optimale patienten/-innenzentrierte Verlegung innerhalb eines Akutkrankenhauses unter Beachtung von Aspekten eines systematischen Delirmanagements aussehen? Und welche Aufgaben und Rollen könnte hierbei eine Advanced Practice Nurse einnehmen?“ bearbeitet.

## 2. Methode

Bei der Bearbeitung der Forschungsfrage wurde sich am Prozess des Evidence-based Nursing nach Behrens und Langer (2016) orientiert und sie erfolgte schrittweise, inhaltlich aufeinander aufbauend. Zunächst wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, PubMed und eine Handsuche durchgeführt und die gefun-

dene Literatur analysiert. Unter Beachtung der Evidenzkategorien nach dem Modell der Forschungspyramide (Borgetto et al., 2019) und anhand von GRADE (Meerpohl et al., 2012) wurden angelehnt an die Methodik von Avant und Walker (Walker & Avant, 2019) und der Strukturen bekannter Leitlinien und Standards Handlungsempfehlungen entwickelt. Diese Empfehlungen wurden im weiteren Verlauf in Einzelinterviews mit Experten/-innen vervollständigt, diskutiert und weiter validiert. Die Interviews wurden transkribiert und nach Mayring (2015) inhaltlich strukturiert. Daraufhin wurden die Handlungsempfehlungen entsprechend angepasst.

## 3. Ergebnisse

Aus der Literaturanalyse konnten 22 Artikel unterschiedlicher Designs und Settings verwendet werden, deren Ergebnisse in neun Empfehlungen zusammengefasst werden konnten. Unter anderem wurden internationale Studien zu vielfältigen APN-äquivalenten Rollen und Aufgaben im beforschten Bereich gefunden (Chaboyer et al., 2004; Endacott, Elliott & Chaboyer, 2009; Yun et al., 2017). Die relevanten Themen und Interventionen betreffen dabei beispielsweise die Vorbereitung des/der Patienten/-in und seiner/ihrer Angehörigen, die Vermeidung von häufigen und nächtlichen Verlegungen bis hin zu der krankenhausesweiten Implementierung eines systematischen Delirmanagements. Diese evidenzbasierten Handlungsempfehlungen wurden von elf interprofessionellen Experten/-innen aus dem Universitätsklinikum diskutiert. Es wurden sechs Pflegenden, vier Ärzte/-innen und ein Seelsorger durchschnittlich 37 Minuten in semistrukturierten Einzelinterviews befragt. Zum einen gaben die Experten/-innen Lob und Anerkennung zur Methode. In allen Fällen wurde die Relevanz der Thematik betont und die im Vorfeld beschriebene Versorgungssituation des Klinikums bestätigt. Zum anderen wurden Vorschläge zur Ergänzung und Verbesserung der Empfehlungen unterbreitet sowie ein Widerspruch aufgezeigt. Diese Daten wurden unter Beachtung der Evidenzklassen im weiteren Schritt in die Handlungsempfehlungen

eingearbeitet, welche von der Gliederungspunkten her einer üblichen wissenschaftlichen Gliederung entsprechen und an den Aufbau der S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) angelehnt ist. Schlussendlich kamen folgende Empfehlungen als Hauptteil eines eigenen Dokuments als Ergebnis heraus.

- Im gesamten Klinikum, auf allen Stationen und Abteilungen, soll ein systematisches Delirmanagement auf Basis von Multikomponenten-Interventionen implementiert sein (Empfehlungsgrad: A, Evidenzgrad: Hoch).
- Patienten/-innen sollten einen erfolgreichen, strukturierten und geleiteten Verlegungsprozess erleben (Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Mäßig).
- Patienten/-innen und ihre Angehörigen sollten vor einer Verlegung individuell informiert und vorbereitet werden (Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Mäßig).
- Patienten/-innen und/oder ihre Familienmitglieder sollten vor einer Verlegung an strukturierten (Familien-) Pflege-Konferenzen teilnehmen können (Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Mäßig).
- Patienten/-innen im Akutkrankenhaus sollten nicht häufiger als dreimal pro Krankenhausaufenthalt verlegt werden (Empfehlungsgrad B, Evidenzgrad: Mäßig).
- Patienten/-innen sollten zu jeder Zeit nach adäquater und angemessener Versorgung verlegt werden (Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Mäßig).
- Verspätete Verlegungen von der Intensivstation sollten verhindert werden.
- Patienten/-innen sollten ausschließlich zu Tageszeiten (z.B. zwischen 8 und 19 Uhr) verlegt werden (Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Mäßig).
- Advanced Practice Nurses (APN) sollten im Bereich der intrahospitalen Verlegungen tätig werden (Empfehlungsgrad: B, Evidenzgrad: Mäßig).

- Es sollte erwogen werden Mitarbeitende aller Professionen zu schulen, um gute Kommunikationsprozesse zwischen den Stationen und Professionen zu ermöglichen sowie um Patienten/-innen in Bezug auf die Verlegung vorbereiten, fördern und betreuen zu können (Empfehlungsgrad: 0, Evidenzgrad: Niedrig).

Diese Empfehlungen wurden einzeln in Evidence-to-Decision-Tabellen konkretisiert und wissenschaftlich begründet.

#### 4. Diskussion, Grenzen, Schlussfolgerungen

Bei der Einordnung der Ergebnisse müssen einige Limitation beachtet werden. Zunächst ist zu benennen, dass es sich im Rahmen der Masterarbeit um eine alleinige Forscherin handelte, die jedoch durch Supervisionen und Diskussionen mit anderen Pflegewissenschaftlern/-innen unterstützt wurde. Zusätzlich wurden die Handlungsempfehlungen mit Meinungen von Experten/-innen aus der Praxis diskutiert und validiert. Hier waren zunächst Gruppendiskussionen innerhalb eines Delphi-Prozesses geplant. Von diesem musste jedoch wegen der Auswirkungen der Sars-CoV2-Pandemie abgewichen werden und ressourcenbedingt auf Einzelinterviews umgeschwenkt wurde.

Trotz der Grenzen dieses Forschungsprojekts, wurde ein erster Schritt in der Bearbeitung der Probleme in der Versorgungssituation gemacht. Im Weiteren bedarf es prioritär der Einbindung in die Strukturen und Prozesse der Akutkliniken, der Implementierung der Empfehlungen sowie weiterer Forschung in diesem Feld. Weiterhin konnte aufgezeigt werden, dass eine Advanced Practice Nurse zur Verbesserung der Patienten/-innenversorgung geeignete Rollen und Aufgaben übernehmen kann, wie beispielsweise in der Koordination und im Bereich der Edukation sowie Unterstützung einerseits der Patienten/-innen und der Angehörigen sowie andererseits der beteiligten Mitglieder des Versorgungsteams.

#### 5. Fazit bzw. Kernaussagen

Auf Basis der gefundenen Studien und den Meinungen der Experten und Expertinnen kann davon ausgegangen werden, dass eine Patienten/-innenzentrierung bei Verlegungen, durch Anwendung der erstellten Handlungsempfehlungen der Evidenzgrade Hoch bis Niedrig die Belastungen und negative Outcomes für die Patienten/-innen und ihre Angehörigen reduzieren, die Sicherheit für Patienten/-innen verbessern und zu größerer Zufriedenheit führen können. Dies hat mutmaßlich auch positive Auswirkungen auf die Mitglieder des interprofessionellen Teams.

##### Literatur

- Chaboyer, W., Foster, M.M., Foster, M. & Kendall, E. (2004). The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. In: *Intensive & critical care nursing*: Jg. 20 (2), 77–86.
- Behrens, J. & Langer, G. (2016). Evidence-based nursing and caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung – Vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“. 4., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hogrefe.
- Blay, N., Roche, M., Duffield, C. & Xu, X. (2017). Intrahospital transfers and adverse patient outcomes: An analysis of administrative health data. In: *Journal of clinical nursing*: Jg. 26 (23-24), 4927–4935.
- Bristol, A., Schneider, C., Lin, S. & Brody, A. (2019). A Systematic Review of Clinical Outcomes Associated With Intrahospital Transitions. In: *Journal for healthcare quality official publication of the National Association for Healthcare Quality*.

- Borgetto, B., Tomlin, G., Max, S., Brinkmann, M., Spitzer, L. & Pflingsten, A. (2019). Evidenz in der Gesundheitsversorgung: Die Forschungspyramide. In: Haring, Robin (Hrsg.) *Gesundheitswissenschaften*. 1st ed. 2019. Berlin, Heidelberg: Springer, 643-664.
- Endacott, R., Elliott, S. & Chaboyer, W. (2009). An integrative review and meta-synthesis of the scope and impact of intensive care liaison and outreach services. In: *Journal of clinical nursing*: Jg. 18 (23), 3225–3236.
- Goldberg, A., Straus, S., Hamid, J., & Wong, C. (2015). Room transfers and the risk of delirium incidence amongst hospitalized elderly medical patients: a case-control study. In: *BMC geriatrics*: Jg. 15, 69.
- Großbichler, T. & Nagl-Cupal, M. (2019). Der Übergang von der Intensiv- auf die Normalstation und die Zeit danach. Eine qualitative Studie aus Sicht der Betroffenen und deren Angehörigen. In: *HeilberufeScience*: Jg. 10 (1-2), 2–11.
- Hshieh, T., Yue, J., Oh, E., Puelle, M., Dowal, S., Trivison, T., et al. (2015). Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. In: *JAMA internal medicine*: Jg. 175 (4), 512–520.
- Keinath, E. (2018). Start it up! Implementation von ANP im akutstationären Setting. In: Kures, Cornelia und Sittner, Elisabeth (Hrsg.) *Advanced Nursing Practice. Die pflegerische Antwort für eine bessere Gesundheitsversorgung*. Wien: facultas.wuv. 32–46.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl., Weinheim: Beltz.
- Meerpohl, J., Langer, G., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A. & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: 3. Bewertung der Qualität der Evidenz (Vertrauen in die Effektschätzer). In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*: Jg. 106 (6), 449–456.

- St-Louis, L. & Brault, D. (2011). A clinical nurse specialist intervention to facilitate safe transfer from ICU. In: Clinical nurse specialist CNS: Jg. 25 (6). 321–326.
- Walker, L. & Avant, K. (2019). Strategies for theory construction in nursing. Sixth edition. NY: Pearson.
- Yun, S., Oh, E., Yoo, Y., Kim, S. & Jang, Y. (2017). Development and Effects of a Transition Nursing Program for Patients and Family Caregivers at a Neurological ICU in Korea. Clinical nursing research: Jg. 26 (1), 27–46.

### Vorstellung der Autorin

Isabella Thordsen, M.Sc. ANP, B.Sc.  
ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, sie schloss ihr berufsbegleitendes Masterstudium ANP an der Hochschule München im September 2020 ab. Ihre Schwerpunkte im Studium und der beruflichen Praxis umfassen Delirmanagement, intrahospitale Verlegungen, Intensivpflege, Frührehabilitation und Palliativpflege.

# Veränderungserleben von Bedürfnissen: Angehörige von Patienten und Patientinnen der Phase B in der neurologischen Frührehabilitation

Jennifer Uhl, M.Sc. ANP

Betreuende Hochschule: Evangelische Hochschule Nürnberg

## Zusammenfassung

Pflegefachpersonen werden in ihrem Berufsalltag immer häufiger und intensiver mit der Betreuung Angehöriger konfrontiert. Erkenntnisse über bedürfnisgerechte Betreuung dieser Angehörigen sind bisher jedoch ein knappes Gut. Diese Arbeit leistet einen Beitrag zur Generierung von Wissen über einen familienzentrierten Ansatz in der Pflege, welcher speziell auf die Bedürfnisse Angehöriger von B-Phase-Patienten und Patientinnen in der neurologischen Frührehabilitation abzielt. Die Erforschung, wie genau die Betreuung der Angehörigen idealerweise erfolgen sollte, ist eine wichtige Aufgabe der Pflegewissenschaft und beginnt mit der Exploration und Deskription von Angehörigenbedürfnissen. Folglich lautet die Fragestellung: Welche psychosozialen Bedürfnisse haben Angehörige von B-Phasen-Patientinnen und Patienten auf der Intensivstation einer neurologischen (Früh-)Rehabilitationseinrichtung? Wie verändern sich diese hinsichtlich der Wichtigkeit im Behandlungsverlauf nach der Verlegung von einer Intensivstation eines Akuthauses in ein (Früh-)Rehabilitationssetting?

## 1. Einleitung

Angehörigenarbeit wird seit Jahrzehnten von Theoretikern/-innen der Familiengesundheitspflege propagiert (Friedemann 2018; Wright & Leahey 2014; Grypdonck 1996 in Neumann-Ponesch 2014, S.106). Sie nimmt einen immer bedeutungsvolleren Stellenwert in der Patienten/-innenversorgung auf Intensivstationen ein (Nagl-Cupal et al. 2012, S.205). Ein enormer Personal- und Zeitaufwand ist nötig, um als Pflegefachperson diesen Anforderungen, insbesondere hinsichtlich der Qualität von bedürfnisorientierter Angehörigenbildung, gerecht zu werden (Nagl-Cupal et al. 2012, S.215/f). Es ist durch zahlreiche Forschungsarbeiten belegt (Guldager et al. 2019; de Goumoëns et al. 2018; Smithburger et al. 2017; Sottile et al. 2016; Lodermeier 2016; Doser & Norup 2014; Nagl-Cupal et al. 2012), dass die Integration Angehöriger in den Pflegeprozess von Intensivpatienten/-innen einen Benefit für das daran beteiligte multidisziplinäre Behandlungsteam sowie für die Familie selbst bedingt. Das Bedürfnis, in die Pflege mit einbezogen zu werden, hierbei einen eigenen Beitrag leisten zu können und zu dürfen, rangiert in der Bedürfnishierarchie Angehöriger unter den wichtigsten Bedürfnissen (Lodermeier 2016, S.320). Geschieht bzw. gelingt diese Integration nicht ausreichend oder bleibt gänzlich aus, kann dies dazu beitragen, dass sich lang-

fristig eine psychische Destabilisierung von Angehörigen entwickelt (Tempel & Pfeifer 2013, S.1223). Publikationen über die gesundheitsschädigenden Folgen von Familienmitgliedern eines/-r schwerstkranken intensivpflichtigen Patienten/-in nehmen zu.

Das PICS-F (Post-Intensive Care Syndrome-Family) (AICU 2016, S.2) könnte dem schon lange geforderten Paradigmenwechsel (familienorientiert zu denken und zu handeln/ „think family“ (de Goumoëns 2018, p.3/p.7)) zuträglich sein, da es mit einem Vorkommen zwischen 20 und 30 Prozent ein dringend interventionswürdiges Phänomen darstellt (Petrinec 2017, p.420).

Die meisten Patientinnen und Patienten haben (Familien) Angehörige, welche durch den Krankheits- und Genesungsprozess nicht nur indirekt, sondern unmittelbar betroffen sind und somit professionelle Unterstützung brauchen (Tempel & Pfeifer 2013, S.1223). Die Edukation/Beratung von Angehörigen ist grundsätzlich eine genuine Aufgabe von Pflegefachpersonen (Wright & Leahey 2014, S.29), insbesondere im Ansatz der neurorehabilitativen/therapeutischen Pflege. Denn wenn „[...] ein wesentliches Ziel der Rehabilitation auch darin besteht, die Belastungen und Beschwerden der Familienmitglieder zu minimieren, ist es zwangsläufig, dass Angehörige in den Rehabilitationsprozess [...] einbezogen werden sollten.“ (Wade & de Jong 2000 zit. in Dinkel & Balck 2003, S.139).

## 2. Theoretische Hinführung

Die theoretische Annäherung an die Forschungsfrage erfolgte durch die Konzepte der traumatischen Krise nach Cullberg (1980) und die Bedürfnisdimensionen nach Mayer et al. (2011). Die Krisentheorie nach Cullberg fokussiert sich, im Vergleich zu anderen Krisentheorien, auf traumatische Auslöser (Cullberg 1980, S.115/ff). Cullberg ordnet die traumatische Krise in vier Phasen: „Eine erste Schockphase geht in

eine Reaktionsphase über, worauf eine Verarbeitungsphase folgt bis zur Phase der Neuorientierung, die zu einer Wiedergewinnung der Kräfte führt.“ (ebd., S.116) Diese Phasen bilden nicht nur den Kern der Krisentheorie, sondern waren für die Leitfadenskonstruktion und Kategorisierung maßgeblich strukturierend.

## 3. Methode

Es wurde eine qualitative Querschnittstudie mit Angehörigen von Patienten/-innen der Phase B durchgeführt. Die methodische Durchführung erfolgte mittels des problemzentrierten Interviews nach Witzel (1982). Für die Auswertung wurde ein kombiniertes deduktiv-induktives Vorgehen im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse gewählt. Kombiniert wurden die Methode der inhaltlichen Strukturierung (deduktiv) und der Zusammenfassung (induktiv).

## 4. Vorgehen

Die Theorie zeigt eine eindeutige Passung zur Krisensituation der Angehörigen von B-Phasen-Patienten/-innen im Rehabilitationssetting, deren Ursache die schwerwiegende, (nicht selten) lebensbedrohliche Erkrankung eines Familienmitgliedes ist. Die Angehörigen erleiden mit dem Zeitpunkt des Erfahrens von der Erkrankung ein Trauma, welches die Kaskade der Phasen einer traumatischen Krise nach Cullberg (1980) auslöst.

Somit gilt für das Forschungsvorhaben folgendes: der Krankheitsverlauf des/der Patienten/-in bedingt das bzw. geht einher mit dem Denken und Verhalten von Angehörigen gemäß den Charakteristika der Krisenphasen und stellt deshalb ein Kontinuum dar. Die Krisensituation bringt Bedürfnisse von Angehörigen mit sich. Je nach Phase und individuellen Faktoren können diese variieren. Entsprechend werden die Phasen der traumatischen Krise im Forschungsvorhaben dem Krankheitsstatus des/der Patienten/-in und somit den

Zeitspannen im Erleben der Angehörigen zugeordnet. Weiter dienen die Phasen als Leitfadenstrukturierung und als Hauptkategorien in der strukturierenden Inhaltsanalyse. Um die Fragestellung von Bedürfnissen und deren Veränderung beantworten zu können, wird neben der Krisentheorie nach Cullberg (1980) die empirische Arbeit von Mayer et al. (2011) zusätzlich hinzugezogen (Bedürfnisdimensionen: Empathie; Kommunikation; Wissen; Unterstützung sein; Unterstützung erfahren; Struktur).

Die Veränderung von Bedürfnissen als zweite Komponente der Fragestellung ergibt sich aus der strukturierenden In-

haltsanalyse nach Mayring (2015) anhand der Phasen der traumatischen Krise nach Cullberg (1980), sowie einer zusammenfassend inhaltsanalytisch ausgewerteten Schlussfrage im Interview nach dem eigenen Wahrnehmen von Bedürfnisveränderung.

Somit ergibt sich folgende graphische Darstellung als Überblickhafte Veranschaulichung der Übertragung von Theorie auf das Forschungsvorhaben:

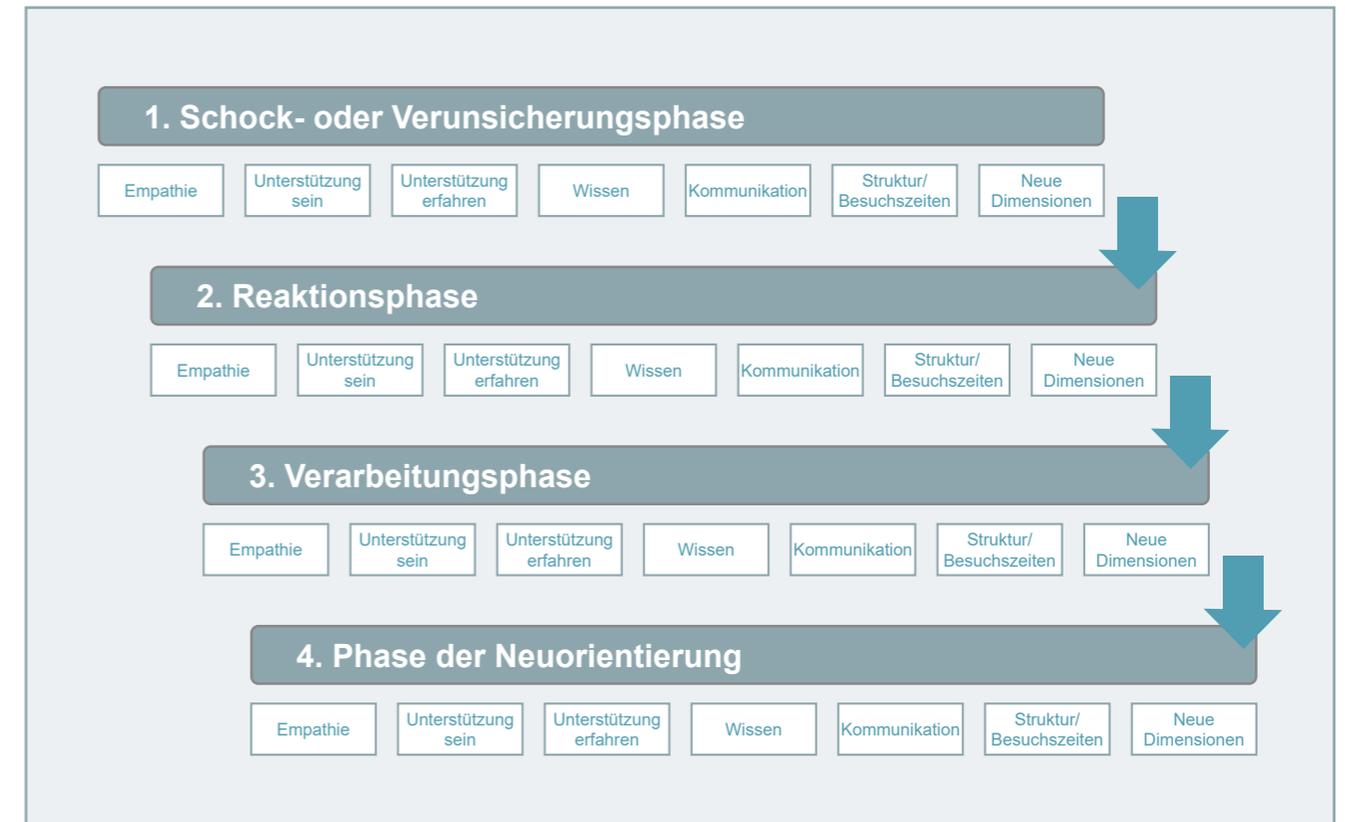


Abbildung 2: Übertragung von Theorie auf das Forschungsvorhaben; eigene Darstellung

## 5. Projektorganisation

Im Juni 2019 wurde das Forschungsinteresse für die anstehende Masterarbeit präzisiert. Ein qualitatives Verfahren wurde von Beginn an favorisiert. Das Einlesen in das Thema hat sich angeschlossen. Nach Generierung der zweiteiligen Forschungsfrage begann die Planungsphase. Hier wurde systematisch Literatur recherchiert und gelesen, anschließend der theoretische Hintergrund sowie Forschungsstand verfasst. Die Entwicklung des Interviewleitfadens und das Anschreiben für Angehörige stellten ein weiteres Arbeitspaket in dieser Phase dar. Der Leitfaden und das Anschreiben waren relevant für die Einholung eines Ethikvotums. Während dieser Wartezeit wurde die Erhebung geplant. Nach Erhalt des positiven Ethikvotums folgte die theoretische Auseinandersetzung mit der Grundlagen- und Auswertungsmethodik. Damit war die Planungsphase abgeschlossen. Die Erhebungsphase begann mit dem Auswählen und der Gewinnung von Interviewpartnern/-innen. Die Termine der Interviews wurden mit den Interviewpartnern/-innen gemeinsam festgelegt und anschließend durchgeführt. Die Erhebungsphase war nach dem Führen des letzten Interviews beendet.

Die darauffolgende Auswertungsphase setzte sich aus den Prozesselementen Transkription, Bildung von Kategorien, Sichtung der Postskripte und der Auswertung des erhobenen Materials durch die strukturierende und zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring zusammen.

Das Verfassen des Kapitels Aufbereitungs- und Auswertungsmethodik bildete den Abschluss dieser Phase. Die letzte Phase beinhaltete die Verschriftlichung der Ergebnisse, der Diskussion, des Ausblicks, der Zusammenfassung sowie deren Übersetzung ins Englische für den Abstract. Die Einleitung wurde komplettiert. Limitationen wurden ausformuliert und ein Bezug zum Forschungsstand hergestellt. Das Vervollständigen des Inhaltsverzeichnisses, die Korrektur und Formatierung bildeten die finalen Schritte für den Abschluss der Masterarbeit.

## 6. Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen zunächst die immense Belastung der Angehörigen durch die Schwere und Dauer der Erkrankung des/der Patienten/-in. Alle bekannten Bedürfnisdimensionen treten gehäuft in den Interviews auf, wobei aber das Bedürfnis Unterstützung zu erfahren besonders prominent und allgegenwärtig in Erscheinung tritt. Zudem wurden die rehabilitationsspezifischen Bedürfnisdimensionen Sicherheit, Erwartungen/Vertrauen und Zeiterleben aus dem Material generiert. Veränderungen von Bedürfnissen über die Phasen der traumatischen Krise hinweg konnten identifiziert und verargumentiert werden, auch wenn diese sich im Gesamten etwas marginaler darstellen.

Während der Zeit auf der Intensivstation eines Akutkrankenhauses konzentriert sich häufig alles auf das Überleben des/der Patienten/-in. In der neurologischen Frührehabilitation besteht die Herausforderung für Angehörige insbesondere darin, mit der chronischen Krankheit/Behinderung und deren Folgen umzugehen.

Viele neue Aufgaben kommen, neben der Verarbeitung/Bewältigung des bisher Erlebten, auf Angehörige nach der Verlegung des/der Patienten/-in in eine Rehabilitationseinrichtung zu. Deshalb haben Angehörige das Bedürfnis nach entsprechenden Angeboten von Seiten des Behandlungsteams. Es sollte sie, im Sinne einer Willkommenskultur, bedürfnisgerecht in den Behandlungs-/Pflege-/Therapieprozess mit einbinden. Aufklärung und Anleitung durch Pflegefachpersonen ist ausdrücklich gewünscht. Das (Weiter-)Führen eines Intensiv-/Rehatagebuchs bietet sich hier an. Die Möglichkeit zum Austausch mit anderen betroffenen Angehörigen muss ermöglicht und gefördert werden.

Wenn Bedürfnisse Angehöriger erfüllt werden, können Krisenphasen leichter/schneller bewältigt werden.

## 7. Diskussion/Schlussfolgerungen/Transfer

Die Angehörigen erleiden mit dem Zeitpunkt des Erfahrens von der Erkrankung ein Trauma, welches die Kaskade der Phasen einer traumatischen Krise nach Cullberg (1980) auslöst.

Schock-, Reaktions-, Verarbeitungs- und Neuorientierungsphase lassen sich anhand der Interviewaussagen abgrenzen und durchleben.

Die Krisentheorie eignet sich auch deshalb, in Kombination mit den Bedürfnisdimensionen nach Mayer et al. (2011), zur Veränderungsdarstellung von Bedürfnissen. Eine Erweiterung der Bedürfnisdimensionen durch weitere Kategorien ist aber, je nach Setting, sinnvoll.

In dieser Masterarbeit wurde die Beständigkeit der Bedürfnisdimensionen nach Mayer et al. (2011), die auf Molter (1979) zurückgehen, bestätigt. Diese Dimensionen sind intensivpflegespezifisch. Beachtet werden sollte aber, dass eine Passung durch eine Vagheit zwangsläufig resultiert. Vage deshalb, weil die Dimensionen vielgestaltige Bedürfnisse vereint. Sie wurden aufgrund des spezifischen Forschungssettings Frührehabilitation durch drei Kategorien (Sicherheit, Zeitempfinden und Erwartungen/Vertrauen) ergänzt.

Wird diese Arbeit in Bezug zu Guldager et al. (2019) gesetzt, scheint es plausibel, dass Rollen Angehöriger im Verlauf einer traumatischen Krise ebenfalls variieren können, was mit Bedürfnisveränderungen einher gehen könnte. Nach Guldager et al. (2018) wechseln Angehörige Rollen, je nach Zustand des Patienten oder der Patientin und der wachsenden Kompetenz Angehöriger im Bereich der Rehabilitation. Diese zeigt sich in der Art und Weise, wie sich die Angehörigen im Verlauf der Rehabilitation sowohl gegenüber dem Patienten oder der Patientin, als auch gegenüber des Behandlungsteams verhalten (Guldager et al. 2018; p.293). Dies wiederum zeigen auch die Interviewverläufe dieser Arbeit. Die

interviewten Angehörigen konnten den Rollen des Vorreiters/Kämpfers und des Beobachters zugeordnet werden. Wenn sich das Behandlungsteam, also auch bzw. vor allem die Pflege, der Unterschiede der Angehörigen-Rollen und der entsprechenden Bedürfnisse bewusst ist, könnten sie eine bedürfnisorientierte, individuelle Betreuung im Rehabilitationsprozess anbieten. Die Notwendigkeit, die Information und Unterstützung für Patienten/-innen und insbesondere für Angehörige zu individualisieren, ist eine Parallele zur bisherigen Forschung (ebd., p.296). Daraus folgt, dass auf die bestehenden Erkenntnisse aus der Bedürfnisforschung aufgebaut werden muss. Durch settingspezifische Ergänzungen und durch ein Assessmentinstrument zur Schulung des Behandlungsteams auf Phasensensibilität einer traumatischen Krise kann ein Ansatz entwickelt werden, der ideal auf Angehörigenbedürfnisse abgestimmt ist. Ein evidenzbasierter Ansatz würde nicht nur den Angehörigen in der Krisenbewältigung helfen, sondern auch durch zielorientiertes Handeln zu optimaler Ressourcennutzung seitens der Pflege und auch der Angehörigen führen.

## 8. Grenzen

Das Material für diese Masterarbeit lieferten lediglich acht problemzentrierte Interviews. Ursprünglich angestrebt war es, im Sinne einer theoretischen Sättigung, zehn Interviews zu führen. Die Arbeit ist auch aufgrund der kleinen Stichprobe, wodurch auch keine geschlechterspezifischen Unterschiede herausgearbeitet werden konnten, lediglich als Vorab-Studie zu sehen. Ein mögliches Bias ist der Rekrutierungsweg der Interviewpartner/-innen. Hier kann Objektivität der Interviewerin/des Interviewers versus Schaffung einer Vertrauensbasis als wichtiges Element der Informationsgewinnung kritisch diskutiert werden.

Des Weiteren kann die Synthesis der Schock- und Reaktionsphase problematisch gesehen werden, da dies nicht vollständig theoriekonform ist. Aufgrund der Tatsache, dass

nur eine Person codierte und bereits dadurch keine Interco-der-Reliabilität gemessen werden konnte, sowie den vielen Doppelcodings durch die nicht eindeutigen Trennschärfen für die Bedürfnisdimensionen nach Mayer et al. (2011), können die Ergebnisse infrage gestellt werden.

## 9. Fazit und Ausblick

Es zeigte sich, dass alle Bedürfnisdimensionen omnipräsent sind, sich jedoch in ihrer Ausprägung unterscheiden. Diese Forschungsarbeit befasste sich mit der Systematik dieser unterschiedlichen Ausprägung von Bedürfnissen und kann einen deutlichen Hinweis darauf geben, dass eine solche Systematik besteht. Sie vollzieht sich prozessierend im Verlauf der Phasen der traumatischen Krise nach Cullberg (1980). In diesem Prozess steigen und fallen die Bedürfnisse in ihrer Wichtigkeit. Fortführend müsste sich eine quantitative Längsschnittstudie anschließen, die in einem Ranking die Wichtigkeit der Bedürfnisse, in Verbindung mit den zeitlichen Angaben von Cullbergs Krisenphasen, zu verschiedenen Zeitpunkten im Rehabilitationsverlauf abgefragt und miteinander verglichen werden. Es könnte sich die Entwicklung eines Assessmentinstruments anschließen, welches Fachpersonal auf Phasensensibilität der traumatischen Krise nach Cullberg (1980) schult. Somit könnte auch dem PICS-F vorgebeugt werden.

### Literatur (unvollständig/begrenzt auf 20 Quellen)

AICU, After the Intensive Care Unit (2016). What is PICS-F? What You Need To Know About Post-Intensive Care Syndrome (PICS) What you can do to prevent and recognize the signs and symptoms of PICS. Zuletzt abgerufen am 04. September 2019 von: [https://docs.wixstatic.com/ugd/21a56f\\_b25ba65105274946af074f-2d2a916706.pdf](https://docs.wixstatic.com/ugd/21a56f_b25ba65105274946af074f-2d2a916706.pdf)

Cullberg, J. (1980). Keiner leidet ganz umsonst. Menschen brauchen Krisen zur Entwicklung. Ein beratendes Sachbuch. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Mohn.

Cullberg, J. (2008). Krise als Entwicklungschance. Überarbeitete und erweiterte Neuausgabe der Ausgabe von 1980. Gießen: Psychosozial-Verlag

De Goumoëns, V.; Didier, A.; Maribe, C.; Shaha, M.; Diserens, K. (2018). Families' Needs of Patients With Acquired Brain Injury: Acute Phase and Rehabilitation. In: Rehabilitation nursing: the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses. Zuletzt abgerufen am 06. September 2019 von: [http://www.hesav.ch/docs/default-source/rechercheet-developpement-docs/Articles/article-de-goumoes-v-\(2\).pdf?sfvrsn=0](http://www.hesav.ch/docs/default-source/rechercheet-developpement-docs/Articles/article-de-goumoes-v-(2).pdf?sfvrsn=0)

Doser, K.; Norup, A. (2014). Family needs in the chronic phase after severe brain injury in Denmark. In: Brain Injury. The official journal of the International Brain Injury Association (IBIA), Volume 28/Issue 10, P. 1-8.

Friedemann, M.-L.; Köhler, C. (2018). Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. 4., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG

Fuß, S.; Karbach, U. (2014). Grundlagen der Transkription. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich

Guldager, R.; Willis, K.; Larsen, K.; Poulsen, I. (2019). Relatives' strategies in subacute brain injury rehabilitation: The warrior, the observer and the hesitant. In: Journal of Clinical Nursing, Volume 28, P. 289-299.

Hussy, W.; Schreier, M.; Echterhoff, G. (2013). Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaft. 2. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer Verlag

Lamnek, S.; Krell, C. (2016). Qualitative Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Mayer, H.; Hager, I.; Köck, S.; Mitterer, M.; Nagl-Cupal, M. (2011). Angehörigenfreundliche Intensivstation. Vienna-Family-Needs Met Inventory-21. Entwicklung eines Messinstruments zum Monitoring der Bedürfnisse Angehöriger auf der Intensivstation. Endbericht. Zuletzt abgerufen am 06. September 2019 von: [https://pflgewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user\\_upload/inst\\_pflgewiss/Homepage\\_neu/Home/Institut/Projekte/ICU\\_Instrumententwicklung\\_Bericht.pdf](https://pflgewissenschaft.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/inst_pflgewiss/Homepage_neu/Home/Institut/Projekte/ICU_Instrumententwicklung_Bericht.pdf)

Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Molter, N. (1979). Needs of Relatives of critically ill Patients. In: Heart and Lung. The Journal of Acute and Critical Care (HEART LUNG); Volume 8/No. 2, P. 332-339. Zuletzt abgerufen am 06. September 2019 von: [https://www.researchgate.net/publication/22883217\\_Needs\\_of\\_relatives\\_of\\_critically\\_ill\\_patients\\_A\\_descriptive\\_study](https://www.researchgate.net/publication/22883217_Needs_of_relatives_of_critically_ill_patients_A_descriptive_study)

Nagl-Cupal, M.; Hager, I.; Mitterer, M.; Mayer, H.; Köck, S. (2012). Bedürfnisse und Bedürfniserfüllung von Angehörigen auf der Intensivstation. Eine Wiener Pilotstudie an mehreren Krankenhäusern. In: Pflegewissenschaft, Ausgabe 04/12, S. 205-216.

Petrinec, A. (2017). Families in Critical Care. Post-Intensive Care Syndrome in Family Decision Makers of Long-term Acute Care Hospital Patients. In: AJCC American Journal of Critical Care, Volume 26/No. 5, P. 416-422.

Smithburger, P.; Korenoski, A.; Alexander, S.; Kane-Gill, S. (2017). Perceptions of Families of Intensive Care Unit Patients Regarding Involvement in Delirium-Prevention Activities: A Qualitative Study. In: CriticalCareNurse. The journal for high acuity, progressive, and critical care nursing; Volume 37/No. 6, e1-e9.

Sottile, P.; Lynch, Y.; Mealer, M.; Moss, M. (2016). The Association between Resilience and Family Member Psychological Symptoms in Critical Illness. In: Critical Care Medicine, Volume 44/Issue 8, P. 721-727.

Stenwall, E.; Sandberg, J.; Jönhagen, M.; Fagerberg, I. (2008). Relatives' experiences of encountering the older person with acute confusional state: experiencing unfamiliarity in a familiar person. In: International Journal of Older People Nursing 3, Wiley-Blackwell Publishing Ltd, P. 243-251.

Witzel, A. (1982). Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Frankfurt am Main: Campus Verlag

Wright, L.; Leahey, M. (2014). Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen. 2., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage. Hrsg. Von Preusse-Bleuler, B.; Bern: Verlag Hans Huber

### Vorstellung der Autorin

Jennifer Uhl, M.Sc. ANP, B.Sc. ist Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie; hat Health: Angewandte Pflegewissenschaften sowie Advanced Nursing Practice an der Evangelischen Hochschule Nürnberg studiert. Nach langjähriger Tätigkeit auf verschiedenen Intensivstationen arbeitet sie nun in der außerklinischen Intensivpflege.

# Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Menschen mit Herzinsuffizienz

Lea Ecke, cand. M.Sc. ANP

Betreuende Hochschule: Evangelische Hochschule Nürnberg

## Zusammenfassung

Mit der EBN-Methode wird geprüft, ob eine pflegerische Schulungsintervention bei Patienten und Patientinnen mit Herzinsuffizienz zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führt. Hierzu wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt und drei Artikel eingeschlossen.

Die Ergebnisse zeigen, dass Patienten/-innenedukation und Kommunikation Auswirkungen auf die Lebensqualität haben können und in Verlaufskontrollen mit dem Minnesota Living with heart failure Questionnaire (MLHFQ) die gesundheitsbezogene Lebensqualität objektiv gemessen werden kann. In einem systematic review konnte in Studien, welche den MLHFQ anwenden, nicht nachgewiesen werden, welche Intervention die effektivste zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist. Ein RCT bestätigt, dass ein von der Pflege durchgeführtes Interventionsprogramm die Lebensqualität verbessern kann.

Die Evidenzlage gibt keine Hinweise darauf, welche Intervention gezielt die gesundheitsbezogene Lebensqualität verbessern kann.

## 1. Einleitung

Im Rahmen des Pflegeprozesses ist zu überprüfen, ob geplante Interventionen qualitativ hochwertig, effektiv und effizient sind. Eine Möglichkeit der Überprüfung bietet die Methode Evidence-based Nursing (EBN). Dabei handelt es sich um die Implementierung der aktuellsten wissenschaftlichen Belege in die Pflegepraxis. Es wird problem- und handlungsorientiert theoretisches Wissen mit der klinischen Expertise Pfleger, den Vorstellungen der Patienten und Patientinnen sowie aktuellen Rahmenbedingungen kombiniert, um eine Entscheidungsfindung hinsichtlich der Evidenz der Intervention zu begründen (Behrens & Langer, 2016). Im Universitätsspital Basel wird Menschen mit Herzinsuffizienz (HF) eine Einzelschulung und eine Advanced Practice Nurse (APN)-Sprechstunde angeboten, um den Alltag nach dem Krankenhausaufenthalt an die Krankheit und die belastenden Symptome anzupassen. Bislang ist unbekannt, ob diese Interventionen zu Verbesserungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führen. Der Minnesota Living with heart failure Questionnaire (MLHFQ) ist ein reliables und valides Assessmentinstrument, um die Auswirkungen der HF auf die Lebensqualität im Alltag einer bereits erkrankten Person zu bewerten (Rector & Cohn, 1992).

Mittels EBN-Methode wird folgende Fragestellung bearbeitet: Führt eine von der Pflege durchgeführte Schulungsintervention bei Patientinnen und Patienten mit HF zu einer Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gemessen mit dem MLHFQ)?

## 2. Methodik

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken MEDLINE, CINAHL und COCHRANE LIBRARY durchgeführt. Begleitend wurde nach Leitlinien recherchiert. Die Recherche wurde von September bis November 2019

durchgeführt, deutsch- und englischsprachiger Literatur der letzten fünf Jahre wurde eingeschlossen. Folgende Suchbegriffe wurden kombiniert: „patient“, „heart failure“, „nurse“, „nurse led intervention“, „MLHFQ“ und „Minnesota Living with heart failure Questionnaire“. Es wurden drei Studien eingeschlossen (s. Abbildung 1). Die eingeschlossenen Studien wurden anhand der Bewertungskriterien nach Behrens und Langer (2016) kritisch hinsichtlich der Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit bewertet. Um interne Evidenzen einzuschließen, wurde Kontakt zum Leiter der APN-Sprechstunde aufgenommen.

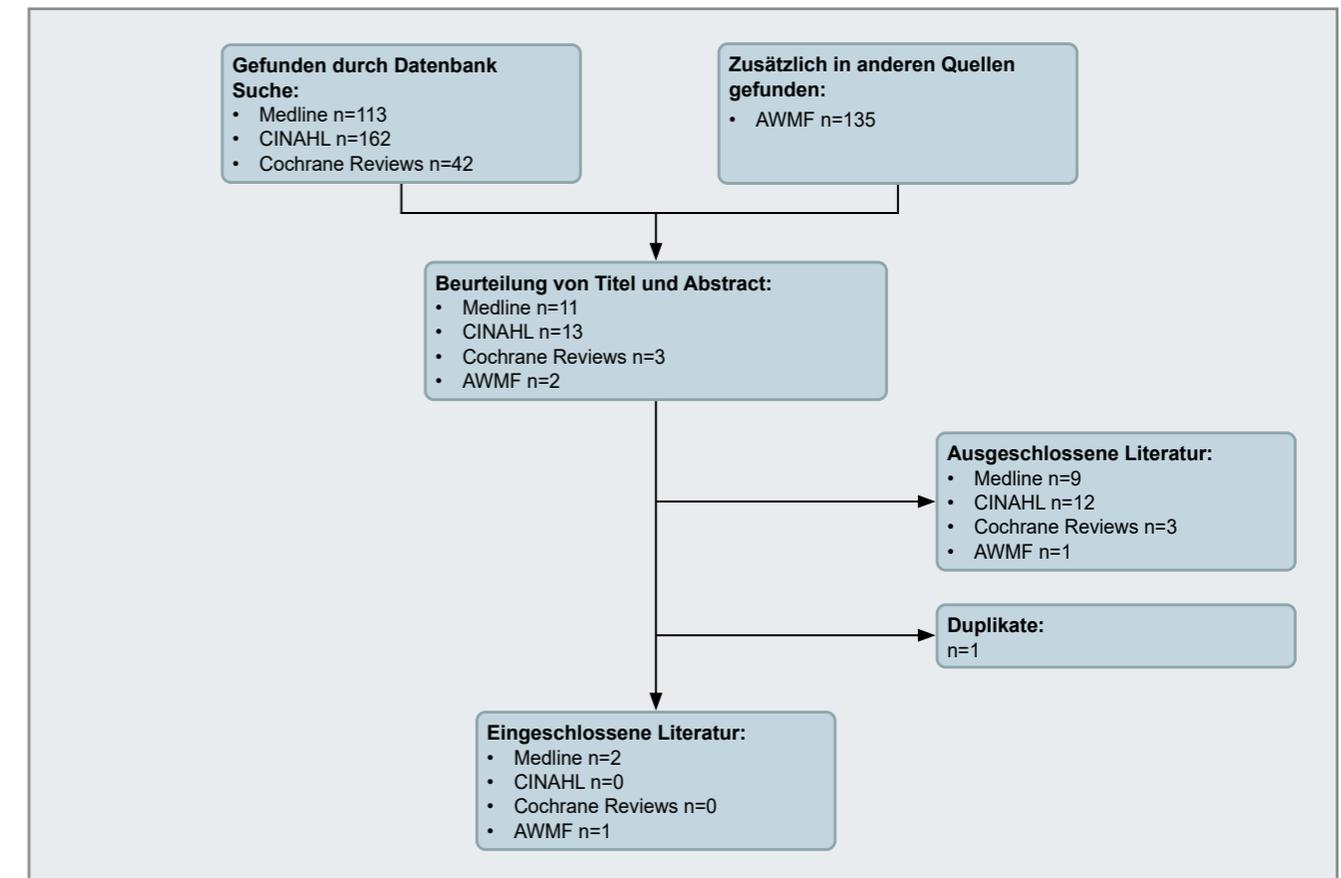


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Identifikation der Literatur

### 3. Ergebnisse

Die Nationale Versorgungsleitlinie zur chronischen HF der Bundesärztekammer, Kassenärztlichen Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2017) befasst sich mit Verbesserungsvorschlägen zur sektorenübergreifenden Versorgung von Menschen mit HF, hat eine hohe Glaubwürdigkeit und Aussagekraft und kann teilweise auf die Fragestellung übertragen werden. Es werden mit einer „sollte“ Empfehlung Patienten/-innenedukation und Kommunikation hinsichtlich der Auswirkung auf die Lebensqualität empfohlen. Mit einer „soll“ Empfehlung werden Verlaufskontrollen zum psychosozialen Status und der Lebensqualität ausgesprochen. Zur Objektivierung der Lebensqualität wird der MLHFQ vorgeschlagen.

Ein systematisches Review mit Meta-Analyse von Jiang et al. (2018) untersucht die Effektivität von psychologischen Interventionen bei Patienten/-innen mit chronischer HF bezüglich der Selbstpflege sowie psychologische und gesundheitsbezogene Outcomes. Es wurden 25 RCT's mit 3837 Teilnehmenden eingeschlossen. In sechs Studien wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mit dem MLHFQ untersucht. Trotz hoher Glaubwürdigkeit der Studie konnte nicht bewiesen werden, welche Intervention die effektivste ist, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern. Die Aussagekraft der Studie ist eingeschränkt und die Anwendbarkeit fraglich, da nicht ersichtlich ist, ob die Interventionen von Pflegenden durchgeführt wurden.

Im RCT von Ortiz-Bautista et al. (2019) wurde ein pflegerisches Interventionsprogramm für Patienten/-innen mit HF mit standardisierter Pflege verglichen. Ziel war es, zu erforschen, ob ein von der Pflege durchgeführtes Disease Management Programm Effekte auf die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen zeigt. Die Ergebnisse lassen sich

nur teilweise übertragen, da die Patienten und Patientinnen im ambulanten Bereich ausgewählt wurden. 127 Patienten/-innen wurden randomisiert im Verhältnis 1:2 in Kontroll- und Interventionsgruppe eingeteilt. Im Vergleich zwischen der ersten und letzten Konsultation der Interventionsgruppe hat sich die Lebensqualität im Follow-up nach zwei Jahren signifikant ( $p=0,04$ ) verbessert. Ortiz-Bautista et al. (2019) schließen hieraus, dass ein von der Pflege durchgeführtes Interventionsprogramm zur Verbesserung der Lebensqualität bei Menschen mit HF führt. Die Glaubwürdigkeit der Studie ist aufgrund der ungleichen Gruppenverteilung eingeschränkt.

Eine Expertenmeinung aus Basel bestätigt, dass pflegerische Gesprächs- und Anleitungssituationen zur Verbesserung der Lebensqualität führen. Die positiven Rückmeldungen der Angebote gehen mit positiven Krankheitsverläufen einher. Es wurden keine statistischen Messungen durchgeführt, lediglich Eindrücke geschildert.

### 4. Implementierung und Adaptation

Die Evidenzlage gibt keine eindeutigen Rückschlüsse darauf, dass pflegerische Interventionen zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität führen. Da es auch keine Belege für eine Verschlechterung gibt, wird aktuell nicht empfohlen die Schulungsleistungen am Universitätsspital grundlegend zu verändern. Um einen langfristigen Nutzen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu beweisen, wäre es sinnvoll den MLHFQ in deutscher Sprache einzuführen und die Ergebnisse zu evaluieren.

### 5. Fazit

Aufgrund der überschaubaren Evidenzlage zu pflegerischen Interventionen, welche die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Menschen mit HF verbessern, können keine konkreten Empfehlungen zur Veränderung des Schulungsprogramms am Universitätsspital Basel ausgesprochen werden.

#### Literatur

- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.). (2017). Nationale Versorgungs-Leitlinie Chronische Herzinsuffizienz – Langfassung, 2. Aufl. Verfügbar unter: <https://www.dgthg.de/upload/pdf/herzinsuffizienz-2aufl-vers3-lang.pdf> [02.09.2020].
- Behrens, J. & Langer, G. (2016). Evidence-based Nursing and Caring. 4. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Jiang, Y., Shorey, S., Seah, B., Chan, W., Tam, W.W.S., Wang, W. (2018). The effectiveness of psychological interventions on self-care, psychological and health outcomes in patients with chronic heart failure – A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.006>

Ortiz-Bautista C., Morán-Fernández, L., Díaz-García, M., Delgado-Nicolás, M.A., Ponzde Antonio, I., Rodríguez-Chaverria, A., García-Cosío, M., de Juan-Bagudá, J., Lora-Pablos, D., Sánchez-Sánchez, V., Escibano-Subías, P., Buena, H., Arribas-Ynsaurriaga, F., Delgado-Jiménez, J.F. (2019). Evaluation of a nurse-led in-tervention program in heart failure: A randomized trial. *Medicina Clínica*, 152 (11), 431-437.

Rector, T. S., Cohn, J. N. (1992). Assessment of patient outcome with the Minnesota Living with Heart Failure questionnaire: Reliability and validity during a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pimobendan. *American Heart Journal*, 124 (4), 1017-1025.

#### Vorstellung der Autorin

Lea Ecke, cand. M.Sc. ANP, B.A. studiert im vierten Mastersemester ANP an der Evangelischen Hochschule Nürnberg und hat im Sommer 2019 ein Praktikum bei einer APN für Herzinsuffizienz absolviert. Aus den dort gesammelten spannenden Eindrücken entstand dieser Artikel. Aktuell entwickelt sie im Rahmen der Masterarbeit eine APN-Stelle für die Gynäkologie im Klinikum Ulm.

# Deeskalierende Kommunikation - die Entwicklung eines Best-Practice-Konzepts konform zu Safewards und ProDeMa

Johannes Edel, cand. M.Sc. ANP  
 Betreuende Hochschule: Hochschule München

## Zusammenfassung

Gewalttaterereignisse spielen in der Psychiatrie leider eine große Rolle. Dementsprechend muss auch der Deeskalation eine entsprechende Bedeutung zugemessen werden. Im Rahmen der Deeskalation gibt es verschiedene Konzepte, die für unterschiedliche Phasen der Eskalation entwickelt wurden. Bei der Kombination dieser Konzepte kommt es unweigerlich zu Überschneidungen. Im Rahmen des Projektes „Safewards in der Forensik“ am kbo-Isar-Amper-Klinikum München-Ost (IAK-KMO) wurde beschlossen, die durch die Überschneidungen im Bereich der deeskalierenden Kommunikation bei der gleichzeitigen Umsetzung der Safe-wards-Interventionen und der ProDeMa-Techniken Konflikte nicht den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zu überlassen, sondern eine gemeinsame Lösung, die beiden Modellen gerecht wird, zu entwerfen.

Mit Hilfe von Experten/-inneninterviews, einer tiefgreifenden Analyse der zugrundeliegenden Texte sowie einer ergänzenden Literaturanalyse, gelang es, ein solches gemeinsames Konzept zu erstellen. Somit können die Mitarbeiter/-innen künftig sowohl in den Safewards-Workshops als auch in den Trainings nach ProDeMa widerspruchsfrei nach dem gleichen Konzept geschult werden.

## 1. Einleitung

Gewalt und Aggression spielen im Umgang mit psychiatrischen Patienten und Patientinnen eine große Rolle (Steinert, 2009). Die hohe Prävalenz von Gewalttaterereignissen in psychiatrischen Kliniken, kombiniert mit dem Fürsorgegebot in §3 des Arbeitsschutzgesetzes, führt zur Verpflichtung der Kliniken, geeignete Maßnahmen zur Gewaltprävention einzuführen (Wesuls, Heinzmann & Brinker, 2005). Diese präventiven Maßnahmen werden in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden. Dabei umfasst die primäre Prävention im konkreten Kontext alle Maßnahmen zur Verhinderung von Aggressionsereignissen. Die Eindämmung von auftretender Aggression wird als sekundäre Prävention bezeichnet während unter tertiärer Prävention die Verhinderung, Begrenzung und Linderung von Folgeschäden von Gewalt vor allem bei den Angestellten zu verstehen ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2020).

Am IAK-KMO wurde zu Beginn der 2000er Jahre die Schulungen nach ProDeMa (vgl. Wesuls, Heinzmann & Brinker, 2005) vorrangig im Bereich der sekundären Prävention eingeführt. Darüber hinaus wurde im Bereich der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie am IAK-KMO 2019

damit begonnen, das von Prof. Len Bowers begründete Safe-wards Konzept (vgl. Bowers et al., 2015) zu implementieren. Durch die Einführung unterschiedlicher Konzepte in verschiedenen Präventionsstufen kam es zu teilweisen Überschneidungen. Eine dieser Überschneidungen betraf das Thema der deeskalierenden Kommunikation. Da jedoch Schulungen zum gleichen Thema nach unterschiedlichen Konzepten zwangsläufig zu Widersprüchen führen und man die Mitarbeiter/-innen auf den Stationen mit diesen Widersprüchen nicht alleine lassen wollte, beschloss die Projektsteuerungsgruppe „Safewards“ der forensischen Klinik, ein gemeinsames Schulungskonzept zu entwickeln. Dieses gemeinsame Best-Practice-Konzept sollte den Vorgaben sowohl des Institut ProDeMa als auch von Safewards gerecht werden.

## 2. Methoden

Zur Erarbeitung des gemeinsamen Konzepts für die deeskalierende Kommunikation wurde ein Methodenmix aus Experteninterviews, einer vergleichenden Konzeptanalyse, einer systematischen Literaturanalyse sowie Fokusgruppen angewandt.

### EXPERTEN/-INNENINTERVIEWS

Initial wurden Experteninterviews mit maßgeblichen Vertretern des jeweiligen Konzepts geführt, um die Realisierbarkeit des Vorhabens zu prüfen.

### VERGLEICHENDE ANALYSE DER KONZEPTE

In einem zweiten Schritt wurde eine vergleichende Analyse der Konzepte erstellt. Die herangezogenen Vergleichskriterien waren

- aus dem ProDeMa-Konzept
  - 12 Grundregeln
  - 6 Prozessschritte
- aus der Safewards-Intervention
  - 21 Hinweise aus den 3 Prozessschritten „Absicherung“, „Klärung“ und „Auflösung“
  - 16 Hinweise zum Bereich „Habe dich unter Kontrolle“
  - 15 Hinweise aus dem Bereich „Respekt & Empathie“

Die Konstrukte wurden extrahiert und auf übereinstimmende Aussagen hin untersucht.

### SYSTEMATISCHE LITERATURERECHERCHE

Es wurde eine Literaturrecherche über die Anwendung der Konzepte in der Praxis aus den Jahren 2012 bis 2020 in den Datenbanken CINAHL und PubMed unternommen. Dabei wurden folgende Suchbegriffe definiert:

Suchkomponente	Gegenstand	Suchbegriffe
Intervention	„Deeskalierende Kommunikation“	<ul style="list-style-type: none"> <li>• de-escalation</li> <li>• deescalation</li> <li>• talk down</li> <li>• defusing</li> </ul>
Setting	Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• psychiatr*</li> <li>• durch die Anwendung der Wildcard „*“ werden sowohl der Begriff „psychiatrie“ als auch spezifische Begriffe wie „Psy-chiatric Nursing“ erfasst</li> </ul>
Jahr	2012 bis heute	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2012 - 2020</li> </ul>

Tabelle 1: Suchbegriffe

**CLUSTERUNG**

Die in den vorangegangenen Schritten gewonnenen Publikationen wurden nach „Übersichtsarbeiten“ und Publikationen zu „Prädiktoren & Indikatoren“ geclustert

**FOKUSGRUPPEN**

Im nächsten Schritt wurden diese Zwischenergebnisse den Trainern/innen und den Ausbildern/-innen der forensischen Abteilung in Fokusgruppen zur Diskussion vorgelegt. Hierbei sollte ein gemeinsames Rahmenwerk sowie eine erklärende Handreichung für das Gesamtkonzept entstehen.

**3. Ergebnisse**

**ERGEBNISSE DER EXPERTENINTERVIEWS**

Im Rahmen der initialen Experten/-inneninterviews wurden zwei Experten/-innen befragt, ob sie ein gemeinsames Konzept, dass die Vorgaben der beiden zugrunde liegenden Konzepte erfüllt, für realisierbar halten. Für das ProDeMa Konzept wurde der Leiter des Institut ProDeMa, befragt. Dieser zeigte sich überzeugt, dass es ein gemeinsames Konzept geben könne. Er berichtete, dass es innerhalb des Instituts ProDeMa bereits Überlegungen hierzu gegeben habe. Jedoch liege noch keine strukturiert erarbeitete Lösung vor (vgl. Weissenberger, 2020). Als Experte für Safewards wurde Prof. Michael Löhr gewählt, der maßgeblich an der Einführung von Safewards im deutschsprachigen Raum beteiligt ist. Auch dieser äußerte sich positiv zum Vorhaben eines gemeinsamen Konzeptes, so dass die Ausarbeitung vorgenommen wurde.

**ERGEBNISSE ZUR VERGLEICHENDEN ANALYSE DER KONZEPTE**

Bei der Analyse der Konzepte fielen zahlreiche deckungsgleiche bzw. sehr sinnverwandte Konstrukte auf. Beispielhaft lässt sich dies an der zweiten Grundregel aus dem ProDeMa-Konzept darstellen. Diese lautet:

*„An die eigene Sicherheit denken!*

*Prüfen Sie gut, ob die Situation von ihnen alleine gemeistert werden kann und scheuen Sie sich nicht, Kollegen einzuschalten (Nie den Helden spielen!). Mit einem hochgespannten Patienten in Kontakt zu treten bedeutet immer, sich in eine Gefahrensituation zu begeben. Deshalb ist es wichtig, Sicherheitsmaßnahmen und Verhaltensregeln zu beachten, welche die eigene Sicherheit im Kontakt mit dem Patienten gewährleistet“*

*(Wesuls, Heinzmann & Brinker, 2005. S. 34)*

Bowers widmet der „Absicherung“ in seinem Deeskalations-Konzept den ersten der drei zentralen Prozessschritte. Dabei schließt er die Notwendigkeit, die/den agitierte/-n Patientin/-en von anderen Patienten/-innen zu trennen explizit mit ein (vgl. Bowers, 2013a), was wiederum im ProDeMa-Konzept als eigene Grundregel „Schaulustige entfernen“ formuliert ist.

Die Grundregeln 4 („Beruhigen Sie sich selbst!“), 6 („Achten sie auf Ihre Körpersprache“) und 9 („Lassen Sie sich nicht provozieren oder von verbaler Aggression treffen!“) sind fast gleichlautend in der Safewards-Intervention festgeschrieben.

Die Literatursuche ergab bezogen auf die Suche in CINAHL folgendes Ergebnis:

Suchstring	Trefferzahl
„de-escalation“[Title] OR „deescalation“[Title] OR „talk down“[Title] OR „defusing“[Title] OR „de-escalation“[Abstract] OR „deescalation“[Abstract] OR „talk down“[Abstract] OR „defusing“[Abstract]	160
„psychiatr“[Title] or „psychiatr“[Abstract]	83.056
„2011 – 2020“ [Year of Publication]	4.058.195
Verknüpfung aller drei Abfragen über „AND“	55

Tabelle 2: Suchergebnisse CINAHL

Bei PubMed konnte folgendes Ergebnis erzielt werden:

Suchstring	Trefferzahl
„de-escalation“[Title/Abstract] OR „deescalation“[Title/Abstract] OR „talk down“[Title/Abstract] OR „defusing“[Title/Abstract]	2,148
„psychiatr“[Title/Abstract]	210,483
„2012“[Date - Publication] : „3000“[Date - Publication])	9,570,466
Verknüpfung aller drei Abfragen über „AND“	63

Tabelle 3: Suchergebnisse PubMed

Nach Abgleich der Duplikate blieben 84 Publikationen. Nach Sichtung der Titel und des Abstracts wurden 66 Veröffentlichungen ausgeschlossen. Von den verbleibenden 18 Publikationen musste die Hälfte nach der Volltextanalyse ebenfalls ausgeschlossen werden, so dass für die weitere Analyse 9 Publikationen übrig blieben.

**ERGEBNISSE DER CLUSTERUNG**

Von den verbliebenen 9 Arbeiten wurden 6 dem Cluster „Übersichtsarbeiten“ zugeordnet. Keine der Publikationen in diesem Cluster enthielt Handlungsempfehlungen, die in den beiden zugrundeliegenden Konzepten noch nicht verankert waren. Dennoch hervorgehoben werden sollte die Arbeit von Du et al. (2017), da es sich hierbei um einen Cochrane-Review handelt. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass es keine

Publikationen zum Thema Deeskalierende Kommunikation gibt, die dem Standard der Cochrane-Library entsprechen.

Drei Publikationen wurden dem Cluster „Prädiktoren und Indikatoren“ zugeordnet. Eine der Arbeiten stammt wie das Safewards-Modell aus dem Team um Bowers et al. (2013b). Erwartungsgemäß sind alle hier enthaltenen Erkenntnisse auch im Safewards-Modell wiederzufinden. Interessant war auch ein Hinweis in der Arbeit von Lavelle et al. (2016): „Es besteht die dringende Notwendigkeit, qualitativ hochwertige empirische Untersuchungen durchzuführen, um die Fertigkeiten zu ermitteln, die bei der Reduzierung von Konflikten in psychiatrischen Situationen am wirksamsten sind“ (Lavelle et al., 2016. S. 2186).

**ERGEBNISSE DER FOKUSGRUPPEN:  
EIN BEST-PRACTICE-KONZEPT**

Zum Expertenpanel wurden die drei in der forensischen Abteilung aktiven Safewards-Trainer/-innen sowie die fünf Ausbilder/-innen für ProDeMa zu Fokusgruppen eingeladen. Insgesamt fanden zwei ganztägige Treffen der Experten/-innen statt, wobei die Safewards-Trainer/-innen an beiden Treffen vollzählig teilnehmen konnten. Seitens der ProDeMa-Trainer/-innen konnte am ersten Treffen nur einer teilnehmen. Zum zweiten Treffen erschienen drei Trainer/-innen.

Im Rahmen des ersten Treffens des Experten/-innenpanels wurde auf Grund der starken inhaltlichen Überlappungen der

beiden ursprünglichen Konzepte der Rahmen für ein gemeinsames Konzept entwickelt, das sowohl bei den Safewards-Schulungen als auch im Rahmen der ProDeMa-Trainings eingesetzt werden kann. Dabei diente ein von Bowers (2014) publiziertes Poster als Vorlage. Aus didaktischen Überlegungen wurde jedoch die Reihenfolge der Punkte geändert.

Um eine optische Überladung des Plakates zu vermeiden, reduzierten die Experten/-innen den auf dem Poster dargestellten Text auf fünf Stichworte in den Kategorien „Respekt und Empathie“ sowie „Selbstkontrolle“ (vgl. Abbildung 2) . Hierdurch wurde aber eine erklärende Handreichung erforderlich.

Diese erklärende Handreichung entstand im Rahmen des zweiten Treffens. Das an diesem Tag einstimmig verabschiedete „Gemeinsame Konzept“ (Edel et al., 2020) beinhaltet neben Erklärungen zum Poster auch Hintergrundinformationen zum Entstehen von Aggressionen sowie zur verbalen und nonverbalen Kommunikation.

**4. Diskussion, Grenzen, Schlussfolgerungen und Transfer**

Das Ziel, ein gemeinsames Best-Practice-Konzept für deeskalierende Kommunikation aus einer Zusammenführung der beiden Konzepte ProDeMa und Safewards systematisch zu entwickeln, wurde erreicht. Sowohl ein Rahmenwerk, als auch entsprechende Handlungsempfehlungen konnten anhand des Methodenmixes wissenschaftlich herausgearbeitet werden.

Im Verlauf des vorliegenden Praxisprojekts wurde u.a. deutlich, dass es viel mehr publizierte Literatur zum Thema Aggression, Gewalt und Deeskalation gibt, als im Rahmen dieser Aufgabenstellung zu erfassen gewesen wäre. Damit kann und darf der mit dieser Projektbeschreibung verbundene Erkenntnisgewinn nicht als abgeschlossen gelten.

Die Implementation des entwickelten Best-Practice-Konzepts und die Evaluation von Konzept und des Implementationsprozesses sind die nächsten Schritte in der Praxis.

**5. Fazit**

Obwohl es am IAK-KMO zunächst so erschien, als ob Schulungen zum Thema deeskalierende Kommunikation nach den beiden unterschiedlichen Konzepten zu Widersprüchen in der Praxis führten, konnte durch die nach wissenschaftlichen Standards durchgeführte Erarbeitung eines gemeinsamen Best-Practice-Konzepts die Gemeinsamkeiten her-

vorgehoben und die Unterschiede vereinheitlicht/geglättet werden. Durch diese vereinheitlichte Vorgehensweise bei auftretender Aggression aller professionell Beteiligten ist das neue Konzept von großem Wert für die Mitarbeiter/-innen und für die Patienten/-innen am IAK-KBO. In einer geplanten Evaluation des neuen Konzepts und dessen Implementierung werden sich die Stärken und Herausforderungen des neu entwickelten Konzepts zeigen.

**Literatur**

Bowers, L. (2013a). A model of de-escalation. London: Institute of Psychiatry.

Bowers, L. (2014). Tipps für eine deeskalierende Kommunikation. Verfügbar unter [http://www.safewards.net/images/German\\_PDF/3\\_Tipps\\_f%C3%BCr\\_eine\\_deeskalierende\\_Kommunikation.pdf](http://www.safewards.net/images/German_PDF/3_Tipps_f%C3%BCr_eine_deeskalierende_Kommunikation.pdf) [25.10.2020].

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodson, J., 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (9), 1412–1422.

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Wright, S., Williams, H. & Stewart, D., 2013b. Identification of the „minimal triangle“ and other common event-to-event transitions in conflict and containment incidents. *Issues in mental health nursing*, 34 (7), 514–523.

Bundesministerium für Gesundheit (2020). Prävention. Verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html> [25.10.2020].

Du, M., Wang, X., Yin, S., Shu, W., Hao, R., Zhao, S., Rao, H., Yeung, W.-L., Jayaram, M. B. & Xia, J., 2017. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4 , CD009922.

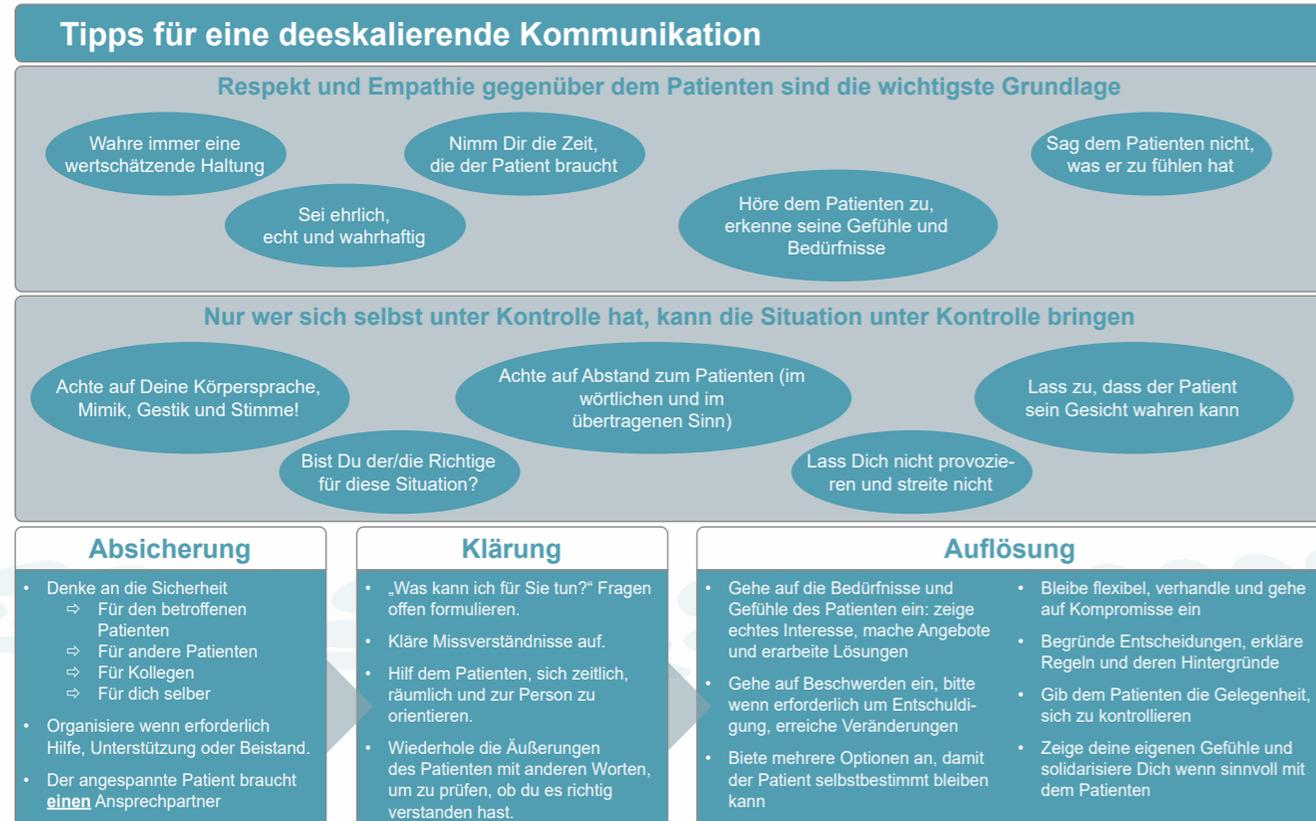


Abbildung 2: Poster zum „Gemeinsamen Konzept“; (c) kbo-Isar-Amper-Klinikum

- Edel, J., Auerbach, T., Fiedler-Marx, B., Karmann, M., Radic, M. & Ziegler, P. (2020). Deeskalierende Kommunikation. Gemeinsames Konzept der ProDeMa-Trainer und der Safewards-Trainer der Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie. München.
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. & Bowers, L., 2016. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of clinical nursing*, 25 (15-16), 2180–2188.
- Steinert, T. (2009). Umgang mit Gewalt in der Psychiatrie. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Weissenberger, G. (2020). Deeskalierende Kommunikation im ProDeMa-Konzept. Interview vom 12.5.2020, durchgeführt von Edel, J.
- Wesuls, R., Heinzmann, T. & Brinker, L. (2005). Professionelles Deeskalationsmanagement (ProDeMa). Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen. 4. Auflage. Stuttgart: Unfallkasse Baden-Württemberg.

### Vorstellung des Autors

Johannes Edel, cand. M.Sc. ANP, B.A. ist akademisch qualifizierte Pflegefachkraft, Safewards-Trainer, Projektleiter. Er studiert im Masterstudiengang Advanced Nursing Practice an der Hochschule München.

# Vorteile von chlorhexidinhaltigen Verbänden bei hämatologischen Patientinnen und Patienten

Laura Hellmuth, cand. M.Sc. ANP

Betreuende Hochschule: Evangelische Hochschule Nürnberg

## Zusammenfassung

Hämatologische Patienten und Patientinnen zählen zu einer Hochrisikogruppe. Durch die therapieassoziierte Leukopenie steigt das Infektionsrisiko bei ihnen enorm. Eine hohe Infektionsgefahr geht vor allem auch von zentral venösen Kathetern (ZVK) aus. Um diese Gefahr einzudämmen, können chlorhexidinhaltige Verbände hilfreich sein. Die Wirkung dieser Verbände wird in der folgenden Arbeit anhand einer systematischen Literaturrecherche analysiert. Schlussendlich kann eine Empfehlung für chlorhexidinhaltige (CHX) Verbände bei Hochrisikopatienten/-innen, wie hämatologischen Patienten/-innen ausgesprochen werden.

## 1. Einleitung

Maligne Erkrankungen des blutbildenden Gewebes (Leukämien, myelodysplastisches Syndrom und multiples Myelom) können die Hämatopoese unterdrücken oder mechanisch verdrängen. Auch bestimmte Zytostatika und die Strahlentherapie können zu Leukopenien führen und so das Infektionsrisiko dieser Patienten/-innen erhöhen. Die Beobachtung und der hygienische Umgang mit Venenverweilkathetern hat einen hohen Stellenwert um katheterassoziierte Infektionen zu vermeiden bzw. vorzubeugen. (Margulies et al. 2017)

## 2. Methode

Es wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Cochrane und PubMed durchgeführt sowie in der Hochschulbibliothek der Evangelischen Hochschule Nürnberg (Opac plus).

Es wurden Kriterien festgelegt, welche wissenschaftliche Artikel ein- bzw. ausgeschlossen haben.

### Einschlusskriterien:

- wissenschaftlicher Artikel aus den letzten zehn Jahren (2009-2019)
- Artikel in englischer oder deutscher Sprache
- Verfügbares Abstract
- Bezug zu hämatologischen, erwachsenen Patienten/-innen
- Bezug zur Thematik: chlorhexidinhaltige Verbände für zentral venöse Katheter
- Bevorzugt randomisiert kontrollierte Studien bzw. Metaanalysen (hoher Evidenzgrad)

**Ausschlusskriterien:**

- fremdsprachige Artikel (nicht Englisch/Deutsch)
- pädiatrische Patienten/-innen
- kein ersichtlicher Bezug zum Thema
- Abstract nicht verfügbar

Die systematische Literaturrecherche verfolgte zwei Suchstrategien. Suchstrategie 1 mit der Suchwortkombination: „Central venous catheter dressing AND hematologic malignancies“ in CINAHL sowie PubMed und der Suchwortstrategie „Central venous catheter dressing and meta analysis“ in Cochrane. Suchstrategie 2 mit der Suchwortkombination „Central venous catheter and chlorhexidine dressings and hematologic malignancies“ in CINAHL, „Central venous catheter and chlorhexidine dressing“ in PubMed, „Central venous catheter and chlorhexidine dressing and hematology“ in Cochrane und „Chlorhexidine dressings and central venous catheter and hematology“ in Opac plus.

**3. Ergebnisse**

Es wurden neun wissenschaftliche Studien identifiziert (zwei RCTs, eine qualitative Studie, zwei nationale Leitlinien, eine Metaanalyse, zwei Reviews, ein Artikel). Die Metaanalysen (Safdar et al. 2014; Wei et al. 2019) zeigen eine hohe Qualität der Evidenz auf. Sie betonen, dass CHX-Verbände die Kolonisation von Kathetern reduziert und dass CHX-Verbände empfohlen werden können, um Komplikationen bei ZVKs zu vermeiden. Bei der NICE Leitlinie (2016) wird Tegaderm CHG von 3M als Verband für zentral venöse Katheter empfohlen. (Jenks et al., 2016)

**4. Diskussion**

Die wissenschaftlichen Artikel und Leitlinien, die untersucht wurden, zeigen teils sehr unterschiedliche Ergebnisse. Die Qualität und Aussagekraft, ist häufig als moderat oder niedrig einzustufen. Unter Einbezug der EBN-Kriterien wurden in dieser Arbeit neben den wissenschaftlichen Erkenntnissen auch die Umgebungsbedingungen, die Vorstellungen der Patienten/-innen und die Expertise der Pflegenden miteinbezogen.

Umgebungsbedingungen: Die übliche Verfahrensweise bei Fieber (Temperatur über 38,5°C) in der Neutropenie ist die Abnahme von Blutkulturen peripher und zentral und die Abnahme von Urinstatus und Urinkultur. Wenn der ZVK keine Entzündungszeichen objektiv aufweist, wird er belassen. Wenn eine minimale Rötung vorliegt, wird der ZVK bei Auftreten von Fieber in der Neutropenie entfernt.

Vorstellungen von Patienten/-innen: Ausgehend von Aussagen und von dem Verhalten der Patienten/-innen ist zu sagen, dass viele der hämatologischen Patienten/-innen sehr vorsichtig mit ihrem ZVK umgehen und extrem auf einen hygienischen Umgang achten. Ihnen fällt auch auf, dass Pflegende sowie Ärzte/-innen unterschiedlich mit dem ZVK umgehen und melden dies auch zurück.

Expertise der Pflegenden: Pflegende der Institution sind geschult im Umgang mit ZVKs. Es gibt hausinterne Standards, die den Auszubildenden in der Pflege nahegelegt werden und die regelmäßig aktualisiert werden sollten. Einen Pflegestandard zum ZVK-Verbandswechsel in diesem Sinne gibt es nicht, allerdings wird dieser wie alle aseptischen Verbände am Hause durchgeführt.

**5. Fazit**

Die Ergebnisse der genannten Studien sind sehr unterschiedlich und die Evidenz hat meist eine niedrige oder moderate Qualität. Eine tatsächliche Empfehlung hier auszusprechen ist schwierig. In der Institution der Autorin werden von den Hygienebeauftragten und von den ärztlichen Kollegen/-innen v.a. die Empfehlungen des Robert Koch Institutes als hohe Evidenz angesehen (KRINKO 2017). Wenn man diese als Grundlage nimmt, werden CHX-haltige Verbände für Hochrisikopatienten/-innen empfohlen. Dazu zählen im klinischen Setting auch die Gruppe der Aplasiepatienten/-innen der Hämatookologie. Es ist wünschenswert einen hausinternen Pflegestandard zu entwickeln, der den ZVK-Verbandswechsel für alle Hochrisikopatienten/-innen festlegt. Hier sollten Materialien (wie CHX-haltige Verbände, Hautdesinfektionsmittel etc.) und die Durchführung (Antisepsis nach Empfehlungen des RKI) genau beschrieben werden und die dafür verwendete Evidenz aufgezählt werden.

**Literatur**

- Jenks, M.; Craig, J.; Green, W.; Hewitt, N.; Arber, M.; Sims, A. (2016): Tegaderm CHG IV Securement Dressing for Central Venous and Arterial Catheter Insertion Sites: A NICE Medical Technology Guidance. In: Applied health economics and health policy 14 (2), S. 135–149. DOI: 10.1007/s40258-015-0202-5.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (2017): Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen: Teil 1 – Nichtgetunnelte zentralvenöse Katheter Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 60 (2), S. 171–206. DOI: 10.1007/s00103-016-2487-4.

- Margulies, A.; Kroner, T.; Gaisser, A.; Bachmann-Mettler, I. (2017): Onkologische Krankenpflege. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, zuletzt geprüft am 10.12.2019
- Safdar, N.; O'Horo, J. C.; Ghufuran, A.; Bearden, A.; Didier, M. E.; Chateau, D.; Maki, D. G. (2014): Chlorhexidine-impregnated dressing for prevention of catheter-related bloodstream infection: a meta-analysis\*. In: Critical care medicine 42 (7), S. 1703–1713. DOI: 10.1097/CCM.0000000000000319.
- Wei, L.; Li, Y.; Li, X.; Bian, L.; Wen, Z.; Li, M. (2019): Chlorhexidine-impregnated dressing for the prophylaxis of central venous catheter-related complications: a systematic review and meta-analysis. In: BMC infectious diseases 19 (1), S. 429. DOI: 10.1186/s12879-019-4029-9.

**Vorstellung der Autorin**

Laura Hellmuth, cand. M.Sc. ANP, B.Sc. ist Gesundheits- und Krankenpflegerin und Praxisanleiterin und arbeitet bei der Sozialstiftung Bamberg. Sie ist seit sechs Jahren auf einer onkologischen und hämatologischen Station tätig. Aktuell ist sie mit der Entwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung als Pflegeexpertin APN in der Onkologie befasst. Momentan studiert sie im Masterstudium Advanced Nursing Practice.



## Evangelische Hochschule Nürnberg – Master ANP

### Die Evangelische Hochschule Nürnberg

Die Evangelische Hochschule Nürnberg (EVHN) ist eine staatlich anerkannte Hochschule der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Bayern und bietet Studiengänge in den Bereichen Sozialwissenschaften, Sozial- und Gesundheitswirtschaft, Gesundheit und Pflege sowie Pädagogik und Theologie an. Neben der wissenschaftlichen Fundierung von Lehre, Forschung, Fort- und Weiterbildung werden zusätzliche Themen spiritueller, persönlichkeitsbildender und allgemeinbildender Art angeboten. Studierende werden ergänzend zur beruflichen und wissenschaftlichen Qualifikation zu einer kritischen Reflexion der eigenen Person in Beruf und Gesellschaft und zur Übernahme von Verantwortung ange-regt.

[www.evhn.de](http://www.evhn.de)

### Master Advanced Nursing Practice

Dauer 3 Semester | 90 ECTS | Start im SoSe |  
Vollzeit und konsekutiv | ANP-Schwerpunkt Akutpflege

Der konsekutive Masterstudiengang Advanced Nursing Practice (ANP) setzt pflegebezogene Bachelorstudiengänge fachlich fort und befähigt die Absolventinnen und Absolventen für erweiterte und spezialisierte berufliche Anforderungen in der Pflegepraxis. Durch die individuellen Schwerpunkte Akutpflege und Psychiatrische Pflege erfolgt eine Spezialisierung auf besondere Gesundheitsprobleme und erweiterte Aufgaben in bestimmten Versorgungsbereichen. Eines der Ziele des gemeinsamen Studiengangs der Evangelischen Hochschule Nürnberg (EVHN) und der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg besteht deshalb darin, Ihnen die wissenschaftlichen Grundlagen und die methodischen Konzepte zu vermitteln, die erforderlich sind, um als Expertinnen und Experten im Bereich der Pflege tätig zu werden.



## Hochschule München – Master ANP

### Die Hochschule München

Die Hochschule München (HM) ist eine der größten Hochschulen für angewandte Wissenschaften Deutschlands. Durch die Ausrichtung auf angewandte Forschung sowie Praxisorientierung mit Partnern aus Wirtschaft, Gesellschaft und Politik bietet sie den Studierenden exzellente Chancen auf dem Arbeitsmarkt und in der Wissenschaft. Der Master ANP ist an der Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften und zugleich am Weiterbildungszentrum angesiedelt.

[www.hm.edu](http://www.hm.edu)

### Master Advanced Nursing Practice

Dauer 5 Semester | 90 ECTS | Start im WS |  
berufsbegleitend und konsekutiv |  
ANP-Schwerpunkt ist individuell wählbar

Im Master ANP erschließen sich den Studierenden für das individuell angestrebte ANP-Pflegesetting die passenden Aufgabenfelder und Rollen, um innovativer,

eigenverantwortlicher und forschungsorientierter pflegen zu können. In Praxis, Forschung und Leitung können sich die ANP-Studierenden erweiterte und vertiefte Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen aneignen. Durch die Bearbeitung von komplexen Fallbeispielen aus der eigenen Praxis werden abstrakte Konzepte/Theorien auf ein Individuum übertragen. Zur Vorbereitung auf die Tätigkeit als APN übernehmen die Studierenden unter Anleitung die fachliche Leitung von Projekt- und Forschungsteams und implementieren neueste wissenschaftliche Erkenntnisse in ihre Pflegepraxis. Allen Modulen im ANP-Studium liegt ein biopsychosoziales Pflegeverständnis zugrunde, das auf eine umfassende Diagnostik und die optimale Behandlung von Pflegephänomenen sowie auf die Erhaltung/Wiederherstellung von Gesundheit und Funktionsfähigkeit abzielt. So tragen die ANP-Studierenden gleichzeitig zur Optimierung der Patientenversorgung und zur weiteren Professionalisierung der Pflege bei.



## OTH Regensburg – Master ANP

### Die Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg

„Dynamisch wachsend, technisch fokussiert und qualitativ exzellent - die Ostbayerische Technische Hochschule Regensburg ist ein herausgehobener Standort für Lehre, Forschung und Weiterbildung. Mit ca. 11.000 Studierenden ist sie eine der größten Hochschulen für angewandte Wissenschaften in Bayern.“

[www.oth-regensburg.de](http://www.oth-regensburg.de) | [OTH Regensburg im Portrait](#)

### Master Advanced Nursing Practice

Dauer 3 Semester | 90 ECTS | Start im SoSe |  
Vollzeit und konsekutiv |  
ANP-Schwerpunkt Psychiatrische Pflege

Der konsekutive Masterstudiengang in klinischer Pflege richtet sich an Absolventinnen und Absolventen pflegebezogener

Bachelorstudiengänge und wird in den Vertiefungsrichtungen „Psychiatrische Pflege“ und „Akutpflege“ angeboten. Der Studiengang befähigt für höher qualifizierte und spezialisierte professionelle Anforderungen und erweiterte Berufsprofile in der Pflegepraxis. Die Inhalte beziehen sich hierbei auf das Rahmenmodell von Advanced Nursing Practice, wie es vom International Council of Nurses (ICN) vertreten wird. Der Masterstudiengang ANP wird in Kooperationen mit der Evangelischen Hochschule Nürnberg angeboten, die Lehrveranstaltungen finden teils in Regensburg, teils in Nürnberg oder auch online statt.

Der Studiengang soll dazu befähigen, im jeweiligen beruflichen Handlungsfeld eine ANP-Rolle mit dementsprechenden erweiterten Kompetenzen zu übernehmen. Gleichzeitig werden vertiefte Forschungskompetenzen vermittelt, so dass nach erfolgreichem Abschluss ein Promotionsvorhaben angestrebt werden kann.



## Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.

### Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.

Das Deutsche Netzwerk APN & ANP g.e.V. verfolgt das Ziel, die Vernetzung von Advanced Practice Nurses (APNs) zu fördern und das Verständnis von Advanced Practice Nursing (APN) und Advanced Nursing Practice (ANP) zu unterstützen.

[www.dnapn.de](http://www.dnapn.de)



## Akademische Fachgesellschaft APN Regionalgruppe Süd

### Akademische Fachgesellschaft APN & ANP Regionalgruppe Süd

Die Akademische Fachgesellschaft APN & ANP Regionalgruppe Süd dient einem fruchtbaren Austausch von Pflegenden auf regionaler Ebene im süddeutschen Raum. Die Hauptziele der rAFG Süd sind die Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit, um APN & ANP präsenter und verständlicher für alle Beteiligten des Gesundheitswesens zu machen, sowie eine verbesserte Netzwerkarbeit von Hochschulen, klinischen Einrichtungen aus allen Sektoren und Einzelpersonen mit ANP-Ausrichtung voranzutreiben. So soll die Rollenentwicklung und das Selbstverständnis von APNs geschärft und die Bildung, der Fachdiskurs sowie die Etablierung einer Forschungskultur unterstützt werden. Besonderer Wert wird

auf die Bedarfsgerechtigkeit in der Entwicklung von ANP gelegt, mit der These, dass die Entwicklung der Pflege immer verknüpft mit der Entwicklung einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Versorgung von Klientelen gedacht ist. Die Profilbildung einer APN, die Ausbildung und Anwendung ethischer Kompetenzen auf ANP-Niveau sowie die Implementierung und Legitimierung von ANP als erweiterte und vertiefte Pflegepraxis sind weitere aktuelle Anliegen der rAFG Süd. Die ANP-Kongresse 2019 und 2020 basieren auf der ausgezeichneten Zusammenarbeit der rAFG Süd mit den drei bayerischen Hochschulen mit ANP-Master und sollen jährlich fortgeführt werden.

[www.dnapn.de](http://www.dnapn.de)

# Impressum

## **Konferenzband 2. ANP Konferenz**

### **Herausgeber**

Prof. Dr. Susanne Schuster  
Prof. Dr. Christine Boldt  
Prof. Dr. Annette Meussling-Sentpali

Auflage: 300 Stück

### **Covergestaltung**

Katja Zeltner

### **Layout und Satz**

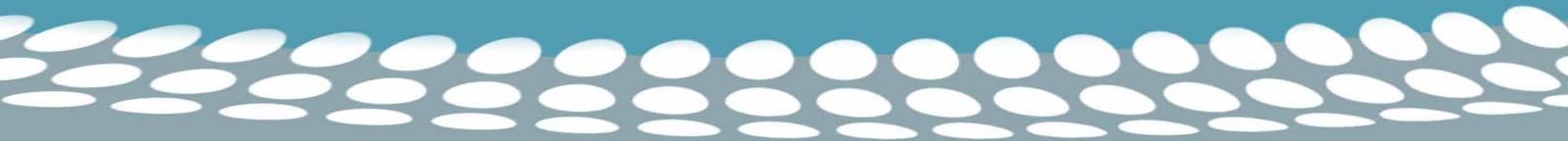
Stephanie Kühnlein Fotografie + Grafik

### **Druck**

Flyeralarm GmbH

Der Konferenzband zur 2. ANP Konferenz konnte mit Mitteln der Akademischen Fachgesellschaft APN Regionalgruppe Süd realisiert werden.

Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den jeweiligen Autorinnen und Autoren.



**Unterstützt durch:**  
**Akademische Fachgesellschaft APN Regionalgruppe Süd**  
**Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.**