



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Einführung in die Pflegeforschung

PFLEH05



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Sabine Bartholomeyczik

**Einführung in die
Pflegeforschung**

PFLEH05



Prof. Dr. rer. pol. Sabine Bartholomeyczik

(geb. 1944) arbeitete nach ihrer Ausbildung als Krankenschwester in Krankenhäusern in Berlin und Mannheim. Sie studierte Soziologie und Psychologie in Mannheim, absolvierte ein Ergänzungsstudium zu Methoden empirischer Sozialforschung in Ann Arbor, USA, und arbeitete anschließend im Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamts in Berlin. An der Freien Universität Berlin promovierte sie mit einer Untersuchung über „Krankenhausstruktur, Stress und Verhalten gegenüber Patienten“. Im Bereich der AIDS-Forschung arbeitete sie ein Jahr lang als Guest Researcher in den Centers for Disease Control in Atlanta, USA. Seit Mitte der 1980er-Jahre beschäftigt sie sich mit Pflegeforschung in Projekten und als Dozentin, wurde 1993 an die Fachhochschule Frankfurt am Main als Professorin für Pflegewissenschaft und 2001 an die Universität Witten/Herdecke auf einen Lehrstuhl im Department für Pflegewissenschaft berufen, 2009 übernahm sie die Leitung des Standorts Witten im Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE).

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Einführung in die Pflegeforschung

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
------------------	---

Kapitel 1

1	Definitionen und Inhalte der Pflegeforschung.....	3
1.1	Pflegeforschung: Definitionen und Abgrenzungen	3
1.2	Themenfelder der Pflegeforschung.....	7
1.2.1	Direkte Pflege	9
1.2.2	Pflege als Organisation und Institution.....	12
1.2.3	Pflegepolitik oder Pflege in der Gesellschaft	14
1.2.4	Historische Pflegeforschung.....	16
1.2.5	Bildungsforschung in der Pflege.....	18
	Zusammenfassung	19
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	19

Kapitel 2

2	Geschichte und Entwicklungstrends der Pflegeforschung.....	20
2.1	Anfänge der Pflegeforschung in den USA	20
2.2	Europäische Entwicklungen der Pflegeforschung	24
2.3	Geschichte der Pflegeforschung in Deutschland.....	26
2.4	Situation der Pflegeforschung in Deutschland heute	30
2.5	Thematische Trends in der Pflegeforschung	34
2.6	Prioritäre Themen der Pflegeforschung: Forderungen für Förderer und Forschende	35
	Zusammenfassung	37
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	38

Kapitel 3

3	Evidence-based Nursing.....	39
3.1	Evidence-based Nursing: Begriffsklärungen	39
3.2	Bewertung von Forschungsergebnissen	43
3.3	Komplexe Interventionen	49
3.4	Externe Evidenz vs. interne Evidenz oder die Strukturlogik professionellen Handelns	52
	Zusammenfassung	54
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	54

Kapitel 4

4	Pflegeforschung und Pflegepraxis.....	55
4.1	Qualitätsinstrumente für die Praxis und Fragen der Wissenszirkulation	55
4.2	Methoden der Erarbeitung von wissenschaftlichen Qualitätsinstrumenten für die Pflege.....	59
4.3	Einführung von Innovationen und Implementationsforschung.....	63
	Zusammenfassung.....	66
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	66

Kapitel 5

5	Ethische Aspekte der Pflegeforschung.....	67
5.1	Allgemeiner Hintergrund	67
5.2	Forschungsethische Prinzipien.....	68
5.3	Strukturen ethischer Prüfverfahren	70
	Zusammenfassung.....	71
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	72

	Schlussbetrachtung.....	73
--	-------------------------	----

Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	75
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	78
C.	Abkürzungsverzeichnis	81
D.	Glossar	82
E.	Literaturverzeichnis	86
F.	Abbildungsverzeichnis.....	93
G.	Tabellenverzeichnis	94
H.	Sachwortverzeichnis	95
I.	Einsendeaufgabe.....	97

Einleitung

Liebe Studierende,

die Pflege von Menschen, die krank sind oder aus anderen Gründen der Hilfe bedürfen, ist ein Gebiet der Gesundheitsversorgung, das schon immer dagewesen zu sein scheint. Pflegeforschung dagegen ist erst im 20. Jahrhundert entstanden. Ist sie dann überhaupt erforderlich?

Wenn Sie in der direkten Pflege arbeiten, dann haben Sie es mit Menschen zu tun, die von Ihren Kompetenzen, Ihren Entscheidungen und Ihren Fertigkeiten manchmal existenziell abhängig sind. Falsche Entscheidungen, eine fehlende Beziehung o. Ä. können weitere Verläufe in eine falsche Richtung lenken. Die Pflegeabhängigkeit kann verstärkt werden, wo Selbstpflegefähigkeiten noch vorhanden sind. Unnötige negative gesundheitliche Folgen aus einer vermeidbaren Abhängigkeit können dem zu Pflegenden schaden. Dies alles muss vermieden werden sowohl im Sinne der zu pflegenden Person als auch im Sinne der Volkswirtschaft.

Das sind die wichtigsten Gründe, warum Pflegeforschung von außerordentlich großer Bedeutung ist. Sie muss Ergebnisse erbringen, aus denen Sie entnehmen können, was eine gute Pflege sein kann. Sie muss die direkte Pflege für den Patienten sicherer machen. Gute Erfahrungen, die Sie mit einigen Maßnahmen in der Pflege gemacht haben, garantieren leider noch nicht, dass diese Maßnahmen auch auf andere Situationen übertragbar sind. Außerdem wissen Sie nicht, warum Sie gute Erfahrungen gemacht haben, da dies viele verschiedene Gründe haben kann. Dennoch sei auch schon hier gesagt, dass selbst noch so wichtige Forschungsergebnisse keine gute individuelle Pflege garantieren.

Pflegeforschung muss aber auch noch andere Ziele verfolgen: So ist Pflege ja nicht nur auf die direkte Person-zu-Person-Situation begrenzt, sondern findet meistens in Zusammenarbeit mit Kolleginnen und mit anderen Professionen statt. Dafür ist sie sehr häufig eingebunden in komplexe Organisationsabläufe, z. B. die eines Krankenhauses oder eines Altenheims. Hier benötigt die Praxis Ergebnisse, wie am effektivsten organisiert werden kann, welche Rolle Pflegenden hierbei einnehmen sollten und wie sich das auf die Patienten/-innen auswirkt.

Zur Pflegeforschung gehören auch die Arbeitsbedingungen, unter denen Pflegenden arbeiten, wie diese verbessert werden können und welche Auswirkungen schlechte Arbeitsbedingungen auf die Pflegenden selbst und auf die Patienten haben.

Schließlich stellt die Pflegeforschung auch die gesamtgesellschaftlichen Pflegeerfordernisse dar, indem sie die Häufigkeit von Pflegephänomenen untersucht. Um eine Planung zur Deckung des Pflegebedarfs vornehmen zu können, sollte bekannt sein, wie viele Menschen stürzen, inkontinent sind, Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme benötigen usw. Auch der Anteil der pflegerischen an der gesamten Gesundheitsversorgung mit ihren Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung muss untersucht werden. Die epidemiologische Pflegeforschung

kann aber auch Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen, Strukturen von Pflegediensten und der Gesundheit von Patienten aufzeigen. Dies ist ein wichtiger Forschungsbereich, um Verbesserungsnotwendigkeiten aufzuzeigen.



Kurz: Es gibt eine Unzahl von Bereichen, in denen Pflege erforscht wird, damit sie auf der Basis haltbaren Wissens weiterentwickelt werden kann mit dem Ziel, die Gesundheit der zu Pflegenden zu fördern, für eine Aufrechterhaltung der Lebensqualität auch bei eingeschränkten Fähigkeiten zu sorgen und Rahmenbedingungen der Arbeit entwickeln zu können, die die Ziele der direkten Pflege unterstützen.

In diesem Studienheft werden Sie im Kapitel 1 lernen, was Pflegeforschung ist, und die Themenfelder der Pflegeforschung mit einigen Beispielen kennenlernen. Im Kapitel 2 steht die Entwicklung der Pflegeforschung als relativ neues Wissenschaftsgebiet für einen alten und traditionellen Bereich der Praxis im Mittelpunkt. Das Kapitel 3 befasst sich mit einigen Fragen, die mit der Stellung der Pflegewissenschaft zwischen Sozial- und Naturwissenschaft verbunden sind, und wie sich dies in der Forschung niederschlägt. Im Kapitel 4 werden einige Aspekte des oft schwierigen Verhältnisses zwischen Forschung und Praxis diskutiert. Abschließend geht Kapitel 5 auf relevante ethische Aspekte im Kontext der Pflegeforschung ein.

Kapitel 1

1 Definitionen und Inhalte der Pflegeforschung

Nach dem Studium dieses Kapitels können Sie beschreiben, was empirische Forschung ist und wie diese für und in der Pflege aussehen kann. Sie können die Notwendigkeit von Pflegeforschung auch anhand von Beispielen erklären. Sie kennen verschiedene Felder der Pflegeforschung und deren unterschiedliche Bedeutungen.

1.1 Pflegeforschung: Definitionen und Abgrenzungen

Forschung ganz allgemein hat etwas mit Neugier zu tun, mit dem Interesse des Gewinns an Erkenntnis und dem Zuwachs an Wissen. Neugier zu befriedigen ist ein alltäglicher Vorgang. Wenn Sie auf Ihrem Balkon sitzen und auf der Straße ein Geräusch hören, dann werden Sie vielleicht nachsehen, was das sein könnte. Sie erwerben eine neue Erkenntnis, indem Sie Ihre Neugier befriedigen. Die Quellen und Wege des Erkenntnisgewinns können jedoch sehr unterschiedlich sein. Allgemein können sie in systematische und unsystematische Quellen unterteilt werden. Zu den unsystematischen gehören z. B. Intuition, subjektive Erfahrungen, Tradition, Autorität. Mit diesen befassen wir uns hier nicht.

Forschung nutzt zum Erkenntnisgewinn Quellen auf systematische Art und Weise, wobei es allerdings unterschiedliche Systematiken gibt. Wenn in diesem Studienheft von Forschung die Rede ist, ist immer empirische Forschung gemeint. Über die Ihnen bereits bekannte Definition möchte ich hier hinausgehen und empirische Forschung folgendermaßen definieren:

Wesentliches Kennzeichen der empirischen Forschung ist die Erfassung von Daten nach wissenschaftlichen Kriterien in dem Bereich, über den geforscht wird. Hinzu kommt die Analyse und Interpretation dieser Daten, die ebenfalls wissenschaftlichen Kriterien folgt. Dies ist zu unterscheiden von nicht empirischer Forschung, in der keine Daten erhoben werden, z. B. bei einer philosophischen Analyse (vgl. Bartholomeyczik et al., 2008a).



Die Quellen sind hier die Daten, die systematische Art und Weise sind die wissenschaftlichen Kriterien, nach denen sich Forschungsmethoden richten. Diese können je nach Fragestellung sehr unterschiedlich sein. Davon abzugrenzen sind Daten, mit denen Sie sicher ständig Umgang haben, die aber deswegen noch lange nicht Teil eines Forschungsvorhabens sind. Sie könnten es aber werden, wenn es eine Frage gibt, zu deren Antwort diese Daten beitragen, sofern sie nach Regeln von Forschungsmethoden ausgewertet und interpretiert werden.

Datensammlung allein macht also noch kein gutes Forschungsprojekt aus. Auch zur empirischen Forschung bedarf es der Theorie, da ohne sie die Daten nicht interpretiert werden können und damit keine Aussagekraft haben. Darüber hinaus dient empirische Forschung auch dazu, Theorien zu entwickeln, zu überprüfen und weiterzuentwickeln. Mit dieser Funktion ist die Forschung der Kernbestandteil einer Wissenschaft, ist die Pflegeforschung konstituierend für die Pflegewissenschaft.

**Übung 1.1:**

Bitte überlegen Sie sich, wo Sie in Ihrem beruflichen Alltag Daten festhalten, die keine Forschung darstellen. Können Sie die Abgrenzung zwischen forschungsunverbundener und forschungsverbundener Datensammlung eindeutig vornehmen?

Pflegeforschung ist entsprechend diesen allgemeinen Aussagen empirische Forschung, die sich mit dem Thema Pflege befasst. Wenn auf dieser zuvor beschriebenen abstrakten Ebene eingekreist ist, was Forschung ist, dann bedarf es zur Abgrenzung der Pflegeforschung von anderen Forschungsfeldern der genauen Beschreibung des Feldes Pflege.

**Übung 1.2:**

Bitte rekapitulieren Sie Definitionen von Pflege und ihre Handlungsfelder.

An anderer Stelle habe ich die wichtigsten **Fragestellungen der Pflegeforschung** so formuliert:

Sie befassen sich damit,

- „was Krankheiten oder gesundheitliche Beeinträchtigungen für die davon betroffenen Menschen und ihr direktes Umfeld (Angehörige, significant others) bedeuten, welche Folgeprobleme und Bewältigungsanforderungen auftreten, was die subjektiven und objektiven Dimensionen dieser Folgen sind,
- wie Menschen geholfen werden kann, unter diesen Voraussetzungen ihr Leben zu bewältigen, wie negativen Folgen vorgebeugt werden kann und potenzielle Schäden abgewendet werden können,
- wie mit dieser Hilfe die Gesundheit gefördert werden kann bzw. ein ‚gelingendes Leben‘ (Mühlum et al., 1997, S. 309) auch bei vorhandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen gelebt werden kann. Dazu gehört selbstverständlich auch das Lebensende im Übergang zum Tod.

Diese Fragen stellen sich für den gesamten Lebenszyklus, für alle sozialen Lagen und alle sozialen Situationen. Der Breite möglicher Themenbereiche entspricht auch die Breite der erforderlichen Methoden.“ (Bartholomeyczik, 2011, S. 68)

Die genannten Fragestellungen beziehen sich auch auf die Rahmenbedingungen der Pflege, also die Organisation, die Arbeitsmöglichkeiten und -bedingungen, erforderliche Kompetenzen, den politischen Rahmen – hier spielt vor allem die Sozialgesetzgebung eine Rolle – und anderes mehr.

Beispiel 1.1: Ernährung

Mangelernährung war in den vergangenen Jahren ein wichtiges Thema, das vor allem in der Altenpflege, aber auch bei Patienten in Krankenhäusern diskutiert wurde. Aufgrund dieser Bedeutung wurde auch ein Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ erstellt (vgl. DNQP, 2010). Pflegeforschungsfragen in diesem Themenfeld beziehen sich darauf, wie die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme am effektivsten gestaltet werden kann, wie das Risiko für Mangelernährung oder für Schluckstörungen erkannt werden kann und welche Gründe Mangelernährung haben kann. Dagegen sind die beste Zusammensetzung der Nahrung, die gesündeste Zubereitung, die Berechnung von Nährwerten alles keine primären Fragen für die Pflegeforschung, sondern eher für die Ernährungswissenschaft. Dennoch sollten Pfleger*innen einige Bereiche davon kennen, je nach Schwerpunkte ihrer Arbeit, so wie sie auch einige Bereiche aus der Medizin kennen sollten.

Hier möchte ich auf die anfangs gemachte Feststellung zurückkommen, was Auslöser und damit auch Ziel der Forschung ist – oder zumindest sein sollte. Forschung soll Wissen erzeugen, Pflegeforschung soll demnach Wissen über die Pflege erzeugen. In den folgenden Abschnitten werden einige Themen und beispielhafte Projekte der Pflegeforschung vorgestellt. Wichtig ist letztlich, dass die Ergebnisse der Pflegeforschung die Pflegepraxis direkt oder indirekt betreffen und bei entsprechenden Erkenntnissen auch beeinflussen. Das heißt nicht, dass jedes Ergebnis einfach umzusetzen ist oder direkten Anwendungsbezug hat. Manche Ergebnisse bilden auch nur die Grundlage dafür, gezielter weiterforschen zu können.

Pflegeforschung hat immer einen Bezug zur Praxis, der sich vor allem im bearbeiteten Thema ausdrückt (vgl. Mayer, 2007). Die Beziehung zur Praxis kann sehr indirekt sein. Aber ohne die Pflegepraxis gäbe es Pflegeforschung nicht, da es ohne Pflegepraxis auch keine Pflege gäbe.



Die manchmal komplizierte und zeitweilig auch konfliktbeladene Beziehung zwischen Praxis und Forschung wird im Kapitel 4 dieses Studienhefts etwas ausführlicher aufgegriffen.

Sieht man sich die Ziele der empirischen Forschung, auch die der Pflegeforschung, etwas detaillierter – immer noch auf einer abstrakten Ebene – an, so können mehrere (**Unter-)Ziele für die Forschung** festgehalten werden (vgl. Burns et al., 2005):

- **Beschreibung:** Dies bedeutet zunächst, Vorhandenes sehr genau anzusehen, z. B. Erfahrungen von Patienten mit Krankheiten zu untersuchen, Kommunikationsmuster zwischen Pflegenden und Patienten zu analysieren, Pflegearrangements in der Häuslichkeit differenziert darzustellen. Allgemein kann beschreibende oder deskriptive Forschung a) genauer darstellen, was existiert, b) sie kann aber auch neue Informationen entdecken, c) kann das Verständnis für Situationen vertiefen. Auch die beschreibende Forschung schafft Erkenntnisse und bildet vor allem Grundlagen für Theorieentwicklung. Dieses ist wichtig festzuhalten, da ihr oft wenig Wissenszuwachs zugeschrieben wird. Die beschreibende Forschung ist oftmals auch von großer Bedeutung als Voraussetzung für weitere Forschungsarten. Bevor die Einführung neuer Maßnahmen und ihre Auswirkungen untersucht werden können, muss der Bereich, in dem die Maßnahme eingeführt wird, genau bekannt sein.
- **Erklärung:** Hier geht es vor allem darum, Zusammenhänge zu untersuchen und hierfür Erklärungen zu finden. Für Deutschlands Pflegeforschung findet sich das bekannteste Beispiel dafür bei der Dekubitusprophylaxe. Lange wurde gelehrt, dass eine abwechselnde Kälte- und Wärmebehandlung („Eisen und Fönen“) einen Dekubitus verhindern könne. Dazu gab es plausible Erklärungen, z. B. die bessere Hautdurchblutung; überprüft wurde dies allerdings lange nicht. Eine empirische Studie konnte dann jedoch nachweisen, dass das Eisen und Fönen sogar eher nachteilige Auswirkungen auf die Entstehung eines Dekubitus hat (vgl. Neander et al., 1989).
- **Voraussage:** Hier geht es darum, aufgrund bestimmter Ereignisse mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussagen zu können, was eintreten wird. In diesen Bereich gehören alle Risikountersuchungen, z. B.: Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit einer stark eingeschränkten Mobilität einen Dekubitus entwickelt? Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Bewohner mit Demenz in einer bestimmten Krankheitsphase nicht mehr essen können wird?
- **Kontrolle oder Intervention:** Wenn derartige Zusammenhänge und Wahrscheinlichkeiten des Eintretens bekannt sind, dann muss untersucht werden, wie sie zuverlässig verhindert werden können, z. B.: Mit welchen Maßnahmen kann die Entstehung eines Dekubitus auch bei Immobilität effektiv verhindert werden? Wie kann einer Mangelernährung bei Menschen mit Demenz auch in einem fortgeschrittenen Stadium vorgebeugt werden? Hier kommen wir zu dem Bereich, der die Grundlage für ein evidence-based Nursing (EbN) darstellt. Nämlich die Untersuchung von Pflegemaßnahmen und ihre Wirkung auf die Patienten. Dazu gibt es in Kapitel 3 dieses Studienhefts weitere Ausführungen.

Übung 1.3:

Nennen Sie mindestens zwei Fragen aus Ihrem beruflichen Alltag, die erforscht werden sollten. Was erwarten Sie sich von den Ergebnissen?



1.2 Themenfelder der Pflegeforschung

Wie Sie dem Vorhergehenden entnehmen können, deckt Pflegeforschung einen sehr breiten thematischen Bereich ab, weil sie sich mit allem befasst oder befassen sollte, was Pflege betrifft. Daher ist es sinnvoll, dieser Breite eine gewisse Struktur zu verleihen, um Ergebnisse leichter einordnen, aber auch Lücken besser erkennen zu können.

Wie auch in anderen Wissenschaftsbereichen wird oft in Grundlagen- und angewandte Forschung unterschieden. Die Grundlagenforschung soll Ergebnisse liefern, die die Anwendungsforschung erst ermöglichen.

Übung 1.4:

Wo in Ihrem Arbeitsbereich sind Sie schon einmal der Grundlagenforschung begegnet? Hat Ihnen schon einmal jemand von Grundlagenforschung erzählt? Und worum hat es sich dabei gehandelt?



In der Medizin wird die naturwissenschaftliche Forschung als Grundlagenforschung bezeichnet. Dazu gehört z.B. auch die Forschung an Tiermodellen mit dem Ziel, Mechanismen der Physiologie und vor allem der Pathophysiologie zu verstehen, weil sie am Menschen nur schwer direkt untersucht werden können. Ergebnisse daraus werden auf den Menschen übertragen und enden schließlich in der Anwendungsforschung. Derartige Grundlagenforschung kann für die Pflege auch relevant sein, z.B. die genaue Erforschung der Entstehung eines Dekubitus. In der Regel geht es in der Pflege allerdings eher um psychosoziale Situationen und Wirkungen. Zur Grundlagenforschung in der Pflegewissenschaft gehören eher die Entwicklung von Theorien, die Bestimmung theoretischer Begriffe und die Entwicklung von Instrumenten als Grundlage für die Weiterentwicklung von Methoden und Möglichkeiten der Forschung. Eine breitere Diskussion zur Abgrenzung von Grundlagen- und angewandter Forschung in der Pflegewissenschaft ist nicht bekannt.

Frühe Forderungen nach Pflegeforschung in Deutschland enthielten die Einteilung in Forschung *in der Pflege* und Forschung *über die Pflege* (vgl. DBfK, 1992). Der Forschungsbereich *in der Pflege* bezieht sich auf alle Themen zu Pflegephänomenen, dem Krankheitserleben zu Pflegenden oder pflegerischer Maßnahmen. Die

Forschung *über die* Pflege bezieht sich auf Projekte über die Pflege als Beruf, über Arbeitsbedingungen oder Organisationsformen. Neuere Einteilungen sind differenzierter.

Eine immer wieder anzutreffende Einteilung enthält eine Systematik, die an der Nähe zum zu Pflegenden orientiert ist. Sie wurde zum ersten Mal in der Denkschrift der Robert Bosch Stiftung zu Pflegewissenschaft 1996 veröffentlicht (vgl. Robert Bosch Stiftung 1996, S. 15) (vgl. Abb. 1.1).

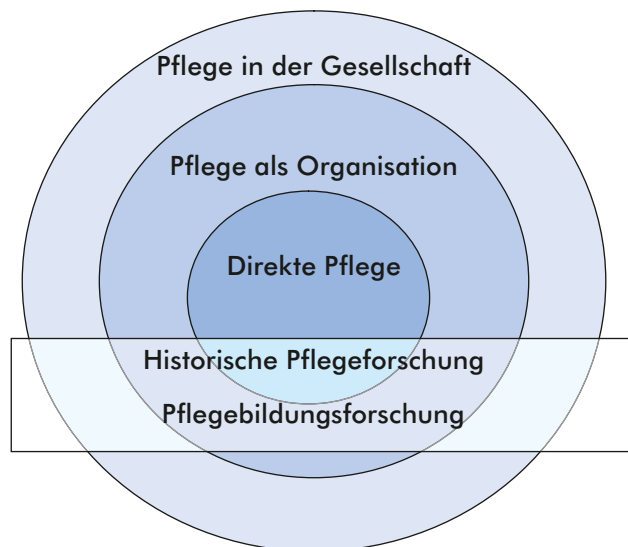


Abb. 1.1: Themenbereiche der Pflegeforschung

Hier werden insgesamt fünf Bereiche identifiziert, wobei die letzten beiden quer zu den ersten drei Bereichen liegen:

- Die Praxis der direkten Pflege als zentraler Bereich der Pflegeforschung: Die Inhalte beziehen sich auf Pflegephänomene, -maßnahmen, -methoden und Pflegehandeln sowie die Beziehung zwischen Pflegenden und zu Pflegenden. Dazu gehört ausdrücklich die Perspektive der zu Pflegenden. Der Themenbereich schließt aber auch die nächsten Bezugspersonen der zu Pflegenden wie die Familie ein. Bezeichnet wird dieser Bereich auch als Mikroebene.
- Pflege als Organisation und Institution: Fokussiert werden hier die Rahmenbedingungen, in denen die direkte Pflege stattfindet, welche dadurch auch wesentlich beeinflusst wird. Es geht also um Managementfragen in allen Versorgungsangeboten und -strukturen, die pflegerische Versorgung beinhalten, also fast alle Bereiche des Gesundheitswesens. Dazu gehören ebenfalls interdisziplinäre und multiprofessionelle Arbeitszusammenhänge, aber natürlich auch Fragen des Qualitätsmanagements und der Wirtschaftlichkeit. Bezeichnet werden kann dieser Themenbereich als Mesoebene.

- Pflegepolitik oder auch Pflege in der Gesellschaft: Fragen einer Pflegeberichterstattung gehören hierzu ebenso wie die Sozialgesetzgebung mit ihrem Einfluss auf die Versorgung und das Pflegeverständnis. Berufsforschung und Interessenvertretungen von Pflegenden und zu Pflegenden sind hier zu verorten. Dieser Bereich wird auch als Makroebene gekennzeichnet.

Die zwei weiteren Forschungsfelder, die dieser Systematik nicht folgen, aber alle vorherigen drei Bereiche berühren können, sind:

- die historische Pflegeforschung, die – nicht nur – dazu beitragen soll, heutige Verhältnisse besser verstehen und auch weiterentwickeln zu können.
- die Bildungsforschung in der Pflege. Inhaltlich geht es dabei primär um Transferprozesse zwischen Wissen und Praxis, aber auch Strukturen der Pflegebildung werden hier berücksichtigt. Bei den Transferprozessen bedient sich dieser Bereich der Methoden und Erkenntnisse aus der (berufs-)pädagogischen Forschung.

Diese Einteilung wird für die folgenden Abschnitte übernommen. Insbesondere auf die ersten drei Punkte wird detaillierter eingegangen, Forschungsthemen und -projekte werden beispielhaft vorgestellt.

Im Übrigen darf hier nicht vergessen werden, dass für alle Themenbereiche die vorgenannten Ziele (vgl. Kapitel 1.1) der empirischen Pflegeforschung gleichermaßen gelten können: Beschreibung, Erklärung, Voraussage und Kontrolle oder Intervention.

1.2.1 Direkte Pflege

Einen nachhaltigen Wissensfundus für die direkte Pflege zu schaffen, ist einer der wichtigsten Aufgaben der Pflegeforschung. Ich habe dies bereits zu Beginn der Einleitung formuliert: Wenn Sie in der direkten Pflege arbeiten, dann haben Sie es mit Menschen zu tun, die von Ihren Kompetenzen, Ihren Entscheidungen und Ihren Fertigkeiten manchmal existenziell abhängig sind. Falsche Entscheidungen, eine fehlende Beziehung o. Ä. können weitere Verläufe in falsche Richtungen lenken. Aus diesen Gründen benötigen wir Wissen darüber, was wirksame Pflegemaßnahmen sind, wie falsche Entscheidungen und Maßnahmen vermieden werden können, wie die richtigen getroffen werden können und wie eine gute Pflegequalität erhalten werden kann.

Dieser Forschungsbereich wird heute meist als klinische Pflegeforschung bezeichnet. Der Begriff „klinisch“ hat dabei nichts mit einer Klinik als Organisation und Ort der Pflege zu tun.



Klinisch bedeutet hier: bezogen auf den Fall, in der Pflege: auf die zu pflegende Person und auf die pflegerlevanten Anlässe, also die Art der Pflegebedürftigkeit. In der Medizin bezieht sich der Begriff klinisch immer auf den kranken Patienten und vor allem dessen Krankheit, der klinische Verlauf ist der Krankheitsverlauf. Der Ursprung des Wortes kommt aus dem Griechischen: kline = Bett.

Klinische Pflegeforschung bezieht sich in der Regel auf Interventionen und Maßnahmen in der Pflege und die Untersuchung ihrer Wirksamkeit. Derartige Interventionsstudien folgen meist dem quantitativen Paradigma und haben in der Regel hohe und komplexe Ansprüche an die Methodik. Um die Wirksamkeit einer Maßnahme zu untersuchen, muss diese forschungsbasiert entwickelt werden, müssen Daten über die Situation vor Einführung der Intervention und danach vorliegen und außerdem bedarf es einer Vergleichsgruppe, bei der diese Intervention nicht eingeführt wird, damit beurteilt werden kann, ob Veränderungen wahrscheinlich auf die Intervention oder auf sonstige Einflüsse zurückzuführen sind.

Als Beispiel für eine klinische Studie zur Effektivitätsprüfung pflegerischen Handelns sei eine Pilotstudie vorgestellt, die relativ klein ist.



Mit einer Pilotstudie erprobt man vor einer Hauptstudie je nach vorhandenen Hinweisen aus der Literatur oder eigenen Vorarbeiten die Machbarkeit, das Design und die Methoden der Hauptstudie (vgl. Bartholomeyczik et al., 2008a).

Beispiel 1.2:

Die Fragestellung der Pilotstudie war: „Welche Auswirkungen hat eine präoperative Bewegungsschulung auf die Mobilität, bewegungsabhängige Schmerzen und postoperative Verweildauer bei Patienten nach medianer Laparotomie“ (Haasenritter et al., 2009, S. 20). Aus Einzelbeobachtungen war die Annahme entstanden, dass mit einer Bewegungsschulung vor der Operation die Bewegungsfähigkeit danach trotz der operativen Verletzung entsprechender Muskeln wieder schneller erreicht werden könne, die Schmerzen weniger stark wären und daher eine Entlassung aus dem Krankenhaus schneller erfolgen könne. Die 27 eingeschlossenen Patienten wurden zufällig nach einem bestimmten Plan (randomisiert) der Interventions- oder der Kontrollgruppe zugeteilt. Es ließen sich am Ende keine aussagefähigen Unterschiede in den genannten Zielen Bewegungsfähigkeit, Schmerzen und Verweildauer nachweisen.

Klinische Studien sind allerdings nicht nur auf die Überprüfung von Effektivität pflegerischen Handelns ausgerichtet. Sie können auch explorativ sein, also Pflegesituationen, Entwicklungen von Pflegebedürftigkeit erkunden. Hier geht es folglich um beschreibende und auch erklärende Studien.

Beispiel 1.3:

Ein Beispiel stellt die Arbeit von Angelika Zegelin (2005) dar, die in ihrer Dissertation untersucht hat, wie sich Bettlägerigkeit bei Altenheimbewohnern entwickelt. Auf Basis der mit qualitativen Methoden erzeugten Ergebnisse entwickelte sie eine Theorie der Bettlägerigkeit. Mit dieser Theorie kann das Fortschreiten von immer enger werdenden Bewegungsreichweiten bis zur Ortsfixierung beschrieben und erklärt werden. Demnach ist Bettlägerigkeit keine krankheitsbedingte Notwendigkeit, sondern entsteht durch eine Verkettung unglücklicher Umstände (vor allem unterlassener fördernder Unterstützung), von denen eine Reihe positiv beeinflusst werden könnten.

Zu den klinischen Fragestellungen sind auch die Arbeiten über das Krankheitserleben zu zählen, die zumeist mit qualitativen Methoden arbeiten.

Beispiel 1.4:

Als Beispiel kann hier eine Arbeit über die Wahrnehmung von Menschen mit Demenz in einem früheren Stadium ihrer Krankheit genannt werden (vgl. Panke-Kochinke, 2012). Vorrangig geht es bei dieser Studie darum zu erfahren, welche Bedürfnisse aus Sicht der von Demenz Betroffenen vorhanden sind und was daraus zur Unterstützung abzuleiten ist. Es zeigt sich dabei, dass diese Menschen im Prinzip noch selbstbestimmt denken und handeln können, dabei aber Unterstützung benötigen. Sie fühlen sich durch die Diagnosestellung jedoch ihrer Denkfähigkeit beraubt, erleben dies als Kontrollverlust und sehen sich einer zunehmenden Destabilisierung ausgesetzt. Unterstützung muss daher vor allem an den vorhandenen Selbstbestimmungspotenzialen ansetzen.

In dieser Forschung zum Krankheitserleben wird dasselbe detailliert beschrieben und in den dadurch möglichen Schlussfolgerungen werden auch Erklärungsmöglichkeiten entwickelt.

Dem Themenbereich der direkten Pflege ist auch das weite Feld der Pflegediagnostik zuzuordnen, ein in der traditionellen Pflegepraxis oft vernachlässigtes Gebiet (vgl. Schrems, 2003). Die meisten empirischen Forschungsprojekte in diesem Themenbereich befassen sich mit der Entwicklung und Überprüfung von Assessmentinstrumenten (vgl. Bartholomeyczik et al., 2009; Reuschenbach et al., 2011). Wenig Forschung gibt es bisher, die sich mit der Frage beschäftigt, ob und wie eine Pflegediagnostik überhaupt durchgeführt wird, welche Informationen Pflegenden dazu führen, eine Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme zu treffen.

Ein Forschungsprojekt ist hier zu nennen, das sich mit der Frage beschäftigt, ob der Einsatz eines Assessmentinstruments im Vergleich zu einer unstrukturierten Pflegediagnostik die Pflege verbessert.

Beispiel 1.5:

Untersucht wurde die Frage, ob der Einsatz einer Skala zur Erfassung des Sturzrisikos in Altenheimen dazu führt, dass weniger Bewohner stürzen (vgl. Köpke et al., 2008). Für die Untersuchung konnten 58 Altenheime gewonnen werden, in denen die Pflegenden zum aktuellen Stand der Forschung zu Stürzen und Sturzprophylaxe geschult wurden. Nach einem Zufallsverfahren erhielt die Hälfte der Einrichtungen die Anweisung, eine bestimmte Sturzskala anzuwenden. Als Ergebnis zeigten sich keine Unterschiede in der Anzahl derer, die mindestens einmal gestürzt waren und in der Zahl und Art der Sturzfolgen.

Im Rahmen der Demenzforschung wurde ein Projekt durchgeführt, das sich mit der „verstehenden Diagnostik“ (Schrems, 2008; Halek et al., 2009) befasst. Hier geht es darum, im Rahmen eines diagnostischen Prozesses, der vor allem in Fallbesprechungen durchgeführt wird, die Perspektive des Menschen mit Demenz zu ergreifen und dadurch auf die wirksamen Maßnahmen zu kommen.

Beispiel 1.6:

In 15 Altenheimen wurden Veränderungen bei 107 Bewohnerinnen mit Demenz vor und nach einer Intervention untersucht (vgl. Hardenacke et al., 2011). Die Veränderungen betrafen vor allem herausfordernde Verhaltensweisen (z. B. Aggressivität, Agitation, Apathie). Die Intervention waren Fallbesprechungen des ganzen Pflegeteams in den teilnehmenden Wohnbereichen mit Unterstützung eines strukturierten Leitfadens, nachdem die Pflegenden darin geschult worden waren. Als Ergebnis zeigte sich eine deutliche Reduktion des herausfordernden Verhaltens bei den Bewohnerinnen.

1.2.2 Pflege als Organisation und Institution

Forschung über den Pflegeberuf, seine Arbeitsbedingungen und Entwicklungsnotwendigkeiten hat eine lange Tradition vor allem in den Sozialwissenschaften auch in Deutschland. Bereits seit den 1960er-Jahren gibt es Studien, die die Belastungen und Anforderungen an Pflegenden in Krankenhäusern untersuchen und immer wieder zum Schluss kommen, dass es sich um einen besonders beanspruchenden Beruf handelt, dem entsprechende Belohnungsmöglichkeiten aber vorenthalten würden (vgl. Bartholomeyczik, 2011). Da sich an der Lage allgemein bisher wenig verbessert hat, sondern im Gegenteil, die Klagen mit einer besseren Datenlage noch fundierter werden können, sind solche Studien nach wie vor aktuell.

Beispiel 1.7:

Eine große europäische Studie soll hier als Beispiel genannt werden. Bekannt ist die Studie unter ihrem Akronym NEXT = Nurses early exit study (Studie über das frühe Verlassen [des Berufs] von Pflegenden) (vgl. Hasselhorn et al., 2008). In dieser Studie wurde in zehn europäischen Ländern untersucht, ob Pflegende den Beruf frühzeitig verlassen wollen und welche Gründe sie dazu veranlassen. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind erheblich, je nach Teilbereich unterschiedlich und zeigen etliche Verbesserungsmöglichkeiten auf.

Auch auf organisatorischer Ebene gibt es Studien, die sich mit Verbesserungen befassen und diese evaluieren.

Beispiel 1.8:

Als Beispiel dafür sei die Studie „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ genannt (vgl. Bartholomeyczik et al., 2008b). Fragestellung dieser Studie war, wie und ob sich die Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten in Krankenhäusern durch selbst gewählte Maßnahmen zur Verbesserung der Kooperation tatsächlich verbessern lässt. In einem moderierten Prozess erarbeiteten sich Pflegende und Ärzte Strategien für eine verbesserte Zusammenarbeit, so z. B. ein gemeinsames Dokumentationsformular oder feste Visitenzeiten. Pflegende und Ärzte wurden vor und nach diesem Prozess zu ihren Arbeitsbedingungen und etlichen Aspekten der Zusammenarbeit befragt. Durch die Maßnahmen gab es positive und negative Veränderungen. Zu den positiven gehörte z. B. die Verringerung von Wartezeiten vor Visiten, die größere Zuverlässigkeit von Absprachen, eine verbesserte Organisation der Patientenentlassung. Verschärft hatten sich allerdings in dieser Zeit die zeitliche Belastung, die Schreibtischarbeit und das Patientenaufkommen. Verbesserungen ließen sich also erzielen, Verschlechterungen betrafen eher die auf diese Weise kaum beeinflussbaren Rahmenbedingungen.

Viel Aufsehen erregt haben Studien in diesem Bereich, die vor allem in den USA durchgeführt wurden und anhand vorhandener Daten zu den Strukturen von Versorgungseinrichtungen (Krankenhäuser, Altenheime) und den Gesundheitsindikatoren der Patienten oder Bewohner entsprechende Zusammenhänge untersuchten. Da es bereits eine Menge nordamerikanischer Studien dazu gibt, wurden auch schon mehrere zusammenfassende Übersichtsarbeiten (systematische Reviews) dazu erstellt (z. B. Kane et al., 2007). Alle kommen zu dem Schluss, dass die Quantität und Qualität der Pflegepersonalbesetzung in Krankenhäusern oder Altenheimen einen deutlichen Zusammenhang zum Gesundheitszustand der dort Behandelten und Gepflegten zeigt. Auch in deutscher Sprache erschien eine solche Zusammenfassung für Studien aus Krankenhäusern, in der allerdings davor gewarnt wird, diese Ergebnisse einfach auf die deutsche Situation übertragen zu wollen (vgl. IQWiG, 2006).

In Deutschland müssen für diese Fragestellungen die Daten selbst erhoben werden. In welcher Weise Strukturen die Qualität der (pflegerischen) Versorgung beeinflussen, wurde mehrfach durch Befragungen Pflegender auf verschiedenen Ebenen versucht zu erfassen, z. B. im „Pflegethermometer“ (Isfort et al., 2011, vgl. auch Kapitel 1.2.3).

1.2.3 Pflegepolitik oder Pflege in der Gesellschaft

Unter diesen Themenbereich fallen verschiedene Aspekte. Vor allem gibt es fließende Übergänge zu dem Bereich der Pflege als Organisation und Institution.

Zur Analyse organisatorischer oder auch beruflicher Rahmenbedingungen eignen sich oftmals Daten, die bereits vorhanden sind, z. B. die Daten der öffentlichen Statistik. Das Statistische Bundesamt und die entsprechenden Landesämter erheben viele Daten, die auch für Pflegefragen genutzt werden können. Dennoch ist es schwierig, genaue Daten zum Bestand des Pflegepersonals zu erhalten, weil vor allen Dingen die Personalberechnungen auf Schätzungen auf Basis einer kleinen Stichprobe beruhen. Es gibt jedoch verschiedene Teilstatistiken, die zusammengeführt werden können.

Beispiel 1.9:

Eine derartige differenzierte Auswertung und Zusammenführung von Teilstatistiken wurde 2011 für die Pflegepersonalentwicklung zwischen 1999 und 2009 veröffentlicht (vgl. Simon, 2011). Der Autor kommt dabei zum Schluss, dass es weniger Beschäftigte in den Pflegeberufen gibt als gesundheitspolitisch meist diskutiert wird. Außerdem habe es eine beträchtliche Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung gegeben. Wenn nur ein Teil davon Vollzeit arbeiten würde, wäre der derzeit beschworene Fachkräftemangel behoben. Daher läge der Schluss nahe, dass Vollzeitstellen eher nicht geplant werden, um eine größere Flexibilisierung des Personaleinsatzes aufrechterhalten zu können.

Eine Auswertung von Daten, die ursprünglich nicht für die Fragestellung der vorgenommenen Analyse erhoben wurden, wird üblicherweise als Sekundärdatenanalyse bezeichnet.



Übung 1.5:

Bitte recherchieren Sie auf der Website des Statistischen Bundesamts (www.destatis.de), wie viele qualifizierte Pflegende (dreijährige Ausbildung) in den verschiedenen Versorgungsbereichen (Krankenhäuser, ambulante Pflege, Altenheime) arbeiten und aus welcher der Grundausbildungsarten (Kinder-, Altenpflege, „Erwachsene“) sie kommen. Von wann stammen die Daten? Können Sie die fragten Kategorien eindeutig zuordnen?

In den Bereich der Sekundärdatenanalyse gehören auch die Forderungen nach einer Pflegeberichterstattung, in der regelmäßig – wie in anderen Feldern der Gesundheitsberichterstattung auch – über bevölkerungsbezogene Themen der Pflege berichtet wird. Die Pflegeversicherung (SGB XI) verpflichtet die von ihr zugelassenen Dienstleister (ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen) dazu, regelmäßig alle zwei Jahre Informationen über Strukturen, Personal, Gepflegte und ihre Pflegestufen weiterzuleiten. Daraus wird eine zusammengefasste Statistik sowohl für den Bund als auch für die einzelnen Länder erstellt. Diese Daten werden zwar kaum interpretiert, sind aber für Sekundäranalysen relativ gut zu nutzen.

Andere Projekte gehen weiter. So gibt ein Team um den Bremer Gesundheitsökonom Rothgang regelmäßig Sekundärauswertungen von Kassendaten heraus. Hierbei handelt es sich um intensive themenspezifische Analysen aus Daten der BARMER GEK, einer der größten Krankenkassen u. a. auch zu Pflegefragen (vgl. Rothgang et al., 2011).

Auch das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung an der Katholischen Hochschule Köln hat sich einer Berichterstattung über Pflegefragen gewidmet und erfasst dafür in breiten Umfragen zu verschiedenen Themen Daten für das von ihm so bezeichneten „Pflegethermometer“ (vgl. Isfort et al., 2011).

Übung 1.6:

Recherchieren Sie im Internet nach den obigen Forschungsbereichen und suchen Sie nach weiteren Berichten und Veröffentlichungen dieser oder anderer Arbeitsgruppen.



Eng damit hängt die Pflegeepidemiologie zusammen („Epidemiologie: Lehre von der Verteilung und den Determinanten gesundheitsbezogener Zustände oder Ereignisse in umschriebenen Bevölkerungsgruppen“, Bartholomeyczik et al., 2008a, S. 20). Gemeint ist hier das bevölkerungsbezogene Vorkommen von Pflegephänomenen, d. h. von Aspekten der Pflegebedürftigkeit. Die Häufigkeit eines Ereignisses wird als Prävalenz bezeichnet, die sich immer auf eine Population bezieht, daher stellt sie immer eine relative Zahl (Prozent) dar. Diese Daten werden oft in eigenen Erhebungen mit standardisierten Instrumenten in Altenheimen und Krankenhäusern erhoben. Oft enthalten sie sowohl Struktur- als auch Outcomeinformationen.

Als Outcome (engl. = Ergebnis) wird der gesundheitsbezogene Zustand von Patienten und Bewohnern bezeichnet, der mit Behandlung und Pflege beeinflusst werden kann. In der Pflege wird dies oft als Pflegephänomen bezeichnet.

Beispiel 1.10:

In einer Untersuchung in 32 Altenheimen mit 2.444 teilnehmenden Bewohnern gibt es eine Prävalenz von 26 % wahrscheinlicher Mangelernährung (vgl. Bartholomeyczik et al., 2010b). Dabei wurde neben dem Risiko für eine Mangelernährung und wahrscheinlich vorhandener Mangelernährung erfasst, welche Qualitätsinstrumente die Altenheime für die Sicherstellung der Ernährung vorhielten und welche Maßnahmen bei Mangelernährung eingeleitet wurden. Nachweisen ließ sich, dass trotz einiger Mängel, bei einem Risiko für Mangelernährung zur Förderung der Nahrungsaufnahme deutlich mehr Maßnahmen ergriffen wurden als bei Bewohnern ohne auffallendes Risiko.

Auch Leistungsdaten der Kranken- und Pflegekassen eignen sich sehr gut dafür, epidemiologische Untersuchungen durchzuführen. Dazu zählen auch die vorher bereits erwähnten Reporte aus Daten der BARMER GEK, die in einer Bremer Arbeitsgruppe nach verschiedenen Fragestellungen analysiert werden. So wird im Pflegereport 2010, damals noch mit den GEK-Daten allein, das Neuaufreten (die Inzidenz) von Pflegebedürftigkeit dargestellt (vgl. Rothgang et al., 2010). So wird z.B. nachgewiesen, dass 5 % der noch nicht pflegebedürftigen 80-jährigen Männer innerhalb eines Jahres pflegebedürftig werden. Fünf Jahre später, bei den 85-jährigen Männern, sind innerhalb eines Jahres 10 % der noch nicht pflegebedürftigen von Pflegeabhängigkeit betroffen, im Alter von 90 Jahren sind es sogar 20 %, die innerhalb eines Jahres neu pflegebedürftig werden (vgl. Rothgang et al., 2010).

Bei allen Angaben zu Prävalenz und Inzidenz sollte sehr genau betrachtet werden, woher die Daten kommen. Sind es Daten einer Erhebung, bei der diejenigen mitmachen, die gerade Interesse daran haben, so handelt es sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Dabei sollte überprüft werden, wie repräsentativ sie ist, denn möglicherweise sind die Ergebnisse verfälschend. Bei Kassendaten steht das Ziel der Leistungsabrechnung dahinter. Auch dieses kann zu Verfälschungen führen. Und schließlich ist bei Daten zur Pflegebedürftigkeit aus Kassendaten immer zu bedenken, dass diesen die enge Definition des in der Pflegeversicherung (SGB XI) definierten Begriffs der Pflegebedürftigkeit zugrunde liegt.

**Übung 1.7:**

Diskutieren Sie, welche Vor- und Nachteile verschiedene Datenquellen haben.

1.2.4 Historische Pflegeforschung

Die Aufgaben der historischen Pflegeforschung werden in der Denkschrift der Robert Bosch Stiftung „Pfle gewissenschaft, Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis“ (1996) folgendermaßen beschrieben:

„Die historische Pflegeforschung befaßt sich mit Fragen der Entstehung und Professionalisierung der Pflegeberufe, der Genese heutiger ‚Selbstverständlichkeiten‘ wie zum Beispiel die Etikettierung von Pflege als Frauenberuf, der Nachrangigkeit und Lückenbüßerfunktion der Pflege sowie den Widerständen gegen Professionalisierungsbestrebungen.“ (Robert Bosch Stiftung, 1996, S. 16)

Zu den Themen der historischen Pflegeforschung lassen sich sicher noch endlos viele hinzufügen. Allen gemeinsam ist, dass sie versuchen, die Kenntnisse über die Vergangenheit der Pflege zu vermehren. Welche Bedeutung dieses Themengebiet hat, zeigt sich auch darin, dass es seit 2012 die Zeitschrift „Geschichte der Pflege. Das wissenschaftliche Journal für historische Forschung der Pflegeberufe und der nicht-ärztlichen Berufe“ im Verlag Hpsmedia gibt. Sie erscheint derzeit zweimal jährlich. Historische Pflegeforschung war auch die erste Sektion in dem 1989 gegründeten Deutschen Verein zur Förderung von Pflegewissenschaft und Forschung (heute: DGP). Diese ist nach wie vor sehr aktiv, veranstaltet internationale Kongresse und zeigt eine rege Veröffentlichungstätigkeit. Das Interesse an historischer Pflegeforschung und die Aktivitäten in diesem Feld kontrastieren damit, dass dieses Fach in kaum einem pflegewissenschaftlichen Studiengang angeboten wird.

Historische Pflegeforschung ist ein Arbeitsgebiet, das sowohl eine pflegewissenschaftliche als auch eine geschichtswissenschaftliche Expertise erfordert. Diese Gemeinsamkeit ist jedoch selten anzutreffen, weshalb behauptet werden kann, dass sich „mit der Geschichtsschreibung in der Krankenpflege [...] bisher Laienforscher [befassen], mit wenigen Ausnahmen“ (Bischoff-Wanner, 2011, S. 34). Bischoff-Wanner unterscheidet auch zwischen beschreibenden Darstellungen und historisch-kritischen Untersuchungen. Sie stellt am Ende ihres Handbuchartikels allerdings fest, dass „die Erforschung der Geschichte der Pflege [...] immer noch ein eher randständiges Gebiet der Pflegeforschung“ ist (Bischoff-Wanner, 2011, S. 33).

Die Geschichte der Krankenpflege war immer ein Thema der Erstausbildung in den Pflegeberufen. Der Unterricht war jedoch stark von der allgemeinen medizin-historischen Forschung geprägt und beschäftigte sich eher allgemein mit der Entwicklung der Gesundheitsversorgung. Das änderte sich in den Zeiten der Entstehung der Pflegewissenschaft beträchtlich, weil nunmehr Pflegende und die Entstehung des modernen Pflegeberufs in den Mittelpunkt rückten. Zwei Bücher sind hier zu nennen: 1984 erschien von Claudia Bischoff das Buch „Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert“. Dieses Buch räumt mit der sich gern aufopfernden und Gutes verbreitenden Pflegenden auf, stellt die Entwicklung sehr kritisch dar und hinterfragt die Rolle der Männer, aber auch die von Pflegefunktionärinnen, die die Dominanz der Männer und Ärzte als selbstverständlich förderten.

Das etwa zur gleichen Zeit erschienene Buch „Krankenpflege im Nationalsozialismus“, herausgegeben von Hilde Steppe, entpuppte sich als Werk des ständigen Wachsens. Bereits 1985 gab es die zweite erweiterte Auflage, die letzte und neunte überarbeitete Auflage erschien zwei Jahre nach dem Tod der Herausgeberin im

Jahr 2001. Hilde Steppe führte darüber hinaus in ihrer Dissertation eine umfangreiche Untersuchung zur jüdischen Krankenpflege in Deutschland durch, die bis dahin kaum sichtbar war (vgl. Steppe, 1997).

Zwischenzeitlich wurde an vielen weiteren Themen gearbeitet, die nicht weiter aufgezählt werden können. So gibt es auch neuere Überblicksarbeiten wie die „Geschichte der Krankenpflege“ des Ehepaares Wolff (vgl. Wolff et al., 1994) oder das „Biografische Lexikon zur Pflegegeschichte“ (vgl. Wolff, 2001).



Übung 1.8:

Welche Fragen würden Sie bei der Geschichte der Pflege interessieren? Welche Ergebnisse erwarten Sie dazu von der historischen Pflegeforschung?

An der Schnittstelle zwischen historischer Pflegeforschung und Bildungsforschung in der Pflege steht die Dissertation von Thiekötter über die Pflegebildung in der DDR (vgl. Thiekötter, 2006). Ich denke, dass diese Arbeit genau an dieser Schnittstelle wahrgenommen werden sollte, weil sie im Hinblick auf die Bildungsforschung einen Schwerpunkt zeigt, der noch wenig im Vordergrund steht: Sie befasst sich einerseits mit den Rahmenbedingungen von Bildung in der DDR, in die die Strukturen der Pflegebildung eingefügt waren, und andererseits mit der Sicht und den Bewertungen des Lehrpersonals auf der Basis von qualitativen Interviews.

1.2.5 Bildungsforschung in der Pflege

Laut der bereits mehrfach zitierten „Denkschrift Pflegewissenschaft“ der Robert Bosch Stiftung von 1996 ergibt sich folgender Schwerpunkt der Bildungsforschung in der Pflege:

„Pflegebildungsforschung interessiert sich für die Analyse von subjektiven und intersubjektiven Lehr- und Lernprozessen in allen Bereichen der beruflichen Bildung [...]. Weitere wichtige Forschungsfragen beziehen sich auf die Auswirkungen unterschiedlicher Ausbildungsbedingungen [...] Strukturell geht es bei der Bildungsforschung auch um die rechtlichen Grundlagen der Ausbildungen und ihrer Verankerung im System der beruflichen Bildung.“ (Robert Bosch Stiftung, 1996, S. 16)

Gerade der letzte Themenbereich wurde in der in Kapitel 1.2.4 genannten Dissertation von Thiekötter bearbeitet.

Im deutschsprachigen Raum wurde allerdings am intensivsten die „Ausdifferenzierung einer Fachdidaktik Pflege“ bearbeitet (Darmann-Finck et al., 2011). Die Forschung zur Pflegedidaktik wurde in anderen Ländern trotz weiter entwickelter Pflegeforschung nicht so differenziert vorangetrieben wie in Deutschland (vgl. z. B. Schwarz-Govaers, 2005; Ertl-Schmuck et al., 2010). Die Forschungsmethoden orientieren sich hier stark an der Entwicklung und Erprobung von Modellversuchen, die sowohl die Praxis vorantreiben als auch durch entsprechende Evaluation

neue Erkenntnisse generieren. Eine Bildungsberichterstattung in der Pflege wird darüber hinaus angemahnt. Ziel dieser Berichterstattung soll sein, das Bildungsgeschehen und seine Entwicklung anhand ausgewählter Indikatoren transparent darzustellen. Sie soll als Grundlage für die Entwicklung von Bildungsstrukturen in der Pflege dienen (vgl. Slotala et al., 2012).

Übung 1.9:

Bitte diskutieren Sie, welche Aspekte Ihrer Meinung nach in einer Bildungsberichterstattung wichtig sind.



Zusammenfassung

Ergebnisse empirischer Pflegeforschung dienen der Fundierung und Weiterentwicklung der Pflegepraxis. Dies gilt auch dann, wenn die Ergebnisse nicht unmittelbar Praxisfragen beantworten können. Zentrale Fragen der Pflegeforschung befassen sich mit den Anlässen für Pflege und dem Erleben der Betroffenen, den Interventionsmöglichkeiten und den Rahmenbedingungen, unter denen gepflegt wird.

Themen der Pflegeforschung lassen sich in verschiedene Bereiche einteilen:

- Praxis der direkten Pflege als zentraler Bereich
- Pflege als Organisation und Institution
- Pflegepolitik oder Pflege in der Gesellschaft

Quer zu dieser Systematik liegen die beiden weiteren Bereiche

- Forschung zur Pflegegeschichte und
- Forschung zur Pflegebildung.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Nennen Sie Kennzeichen empirischer Forschung. Gibt es auch Forschung, die nicht empirisch ist?
- 1.2 Worin unterscheidet sich Pflegeforschung von Forschung in anderen Feldern?
- 1.3 Nennen Sie wichtige Ziele der Pflegeforschung.
- 1.4 Welche Themenfelder kann man in der Pflegeforschung unterscheiden? Nennen Sie zu jedem Themenfeld ein Forschungsprojekt als Beispiel der Fragestellung.