

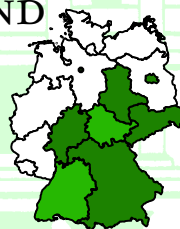
Der Kommunikationsbegriff

Tagungsband des Pflegewissenschaftlichen Kolloquiums
am 14. Juni 2004 in der Leucorea in Wittenberg

Veranstalter:

PFLEGEFORSCHUNGSVERBUND

 MITTE-SÜD



Evidence-basierte Pflege
chronisch Pflegebedürftiger
in kommunikativ schwierigen
Situationen

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER

3. JAHRGANG

ISSN 1610-7268

3

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen [®] oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L^AT_EX 2_ε in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 7. Oktober 2004

IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens
Redaktion & Gestaltung: Dipl. Pflege- u. Gesundheitswiss. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 27 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4450 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail gero.langer@medizin.uni-halle.de

Website <http://www.medicin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610-7268

Alle Rechte vorbehalten.

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

Abstract

Communicatively Difficult Situations at Chronically Ill Patients, the superior topic of the NURSING RESEARCH NETWORK CENTER-SOUTH, could arise from dysfunction and impairment of communication at different levels.

Limitations of communication are not only based on patient attributes – they are often caused by the surrounding of the sick person which could be health professionals or relatives as well.

Therefore the aim of the first colloquium of the NURSING RESEARCH NETWORK CENTER-SOUTH is to clear the concept and term of communication. Different viewpoints on communication in the background of several research projects have been presented at the colloquium.

Schlagworte

- Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd
- kommunikativ schwierige Situationen
- Professionelle im Gesundheitswesen
- Evidence-based Health Care
- Schulung
- Nursing Research Network Center-South
- Communicatively Difficult Situations
- Health Professionals
- Evidence-based Health Care
- Education

Über den Pflegeforschungsverbund »Mitte-Süd«

Unter dem Verbundthema »Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen« wurde der Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd, ein klinischer Pflegeforschungsverbund aus den Universitäten und Fachhochschulen Halle-Wittenberg, Darmstadt, Berlin, Frankfurt M., Fulda, Heidelberg, Jena, Leipzig, Magdeburg, Marburg und München, ins Leben gerufen.

Im Pflegeforschungsverbund Mitte haben sich alle pflege- und gesundheitswissenschaftlichen Institute und Fachbereiche der Universitäten und Fachhochschulen Sachsen-Anhalts, Nord-Sachsens, Thüringens und Hessens und insgesamt dreiunddreißig mit ihnen kooperierende klinisch-ambulante und klinisch-stationären Einrichtungen und Institutionen zusammengeschlossen, um im multiprofessionellen Team von Pflege, Medizin, Psychotherapie, Physiotherapie und Sozialarbeit multidisziplinär folgendes zentrales Querschnittsthema pflegerischen Handelns umsetzungsorientiert zu bearbeiten: Evidence-basierte Pflege chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen.

Nähere Informationen zum Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd findet man im Internet unter <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=355>, eine Übersicht der insgesamt vier Forschungsverbände Pflege und Gesundheit unter <http://www.pflegeforschungsverbuende.de/>.

Inhaltsverzeichnis

<i>J. Behrens:</i> Frühjahrstagung Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd	3
<i>M. Zimmermann:</i> »Kommunikationsstörungen« – Ein Theorievergleich der Ansätze von Bateson/Ruesch, (Watzlawick) und Luhmann	9
<i>B. Kuske, S. Hanns, S.G. Riedel-Heller, M.C. Angermeyer, J. Behrens:</i> Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken – eine prospektive kontrollierte Interventionsstudie	11
<i>B. Kuske, S. Hanns, S.G. Riedel-Heller, M.C. Angermeyer, J. Behrens:</i> Erarbeitung einer Übersichtsarbeit zu Trainingsprogrammen für Pflegendе dementer Heimbewohner	12
<i>S. Hanns, B. Kuske, J. Behrens, S.G. Riedel-Heller, M.C. Angermeyer:</i> Durchführung einer Fokusgruppe zum Thema: Fortbildungsbedarf und -wünsche Pflegender im Umgang mit demenzkranken Heimbewohnern	13
<i>J. Stukenkemper:</i> Wissens- und Beratungsbedarf von Tumorpatienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie	14
<i>U. Berndt:</i> Kommunikative Anforderungen an Pflegendе bei der Umsetzung einer strukturierten Intervention	15
<i>G. Wilz, T. Kalytta, C. Küssner:</i> Anwendung spezifischer Gruppeninterventionen für pflegende Angehörige von Demenzkranken – Schulung und Förderung der kommunikativen Kompetenz professioneller Berater	16
<i>A. Berg, S. Fleischer, T. R. Neubert, M. Koller:</i> Entwicklung und Pretest eines Programms mit spezifischen Informationen zum Intensivstationsaufenthalt	18
<i>M. Bär:</i> Projekt DEMIAN: Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen – Entwicklung einer Methode zur Förderung der Lebensqualität durch Stimulierung positiver Emotionen	21
<i>K. Wüste:</i> Kommunikative Barrieren in der ambulanten häuslichen Pflege – eine qualitative Untersuchung	23

Frühjahrstagung Pflegeforschungsverbund Mitte-Süd

Johann Behrens

1. Kommunikation und die Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit der Welt
2. Kommunikation und chronische Krankheit und Pflegebedürftigkeit
3. Kommunikation und die Gefahr einer nur verrichtungsorientierten EBN

Einleitung

Programmatisch verknüpft der lange Titel unseres Pflegeforschungsverbundes drei Begriffe, die jeder für sich schon interpretationsbedürftig sind: den Begriff der »Kommunikation« in kommunikativ schwierigen Situationen, den Begriff der »Chronizität« in chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit und den Begriff der externen und internen »Evidence«. Diese drei Begriffe antworten auf Probleme, deren Lösung in der Tat identitätsstiftend für den Verbund sein kann.

Die folgenden Stichworte beziehen sich auf Ausführungen, die in Behrens 1990 und 2002, Behrens und Langer 2004 etwas ausführlicher begründet wurden. Die Stichworte sind also ohne diese gut zugänglichen Publikationen kaum verständlich und viel zu apodiktisch.

Kommunikation und die Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit der Welt

Das Argument des Antrages und die ICF

Das Grundargument des Antrags verbindet Kommunikation und chronische Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit, anknüpfend an die phänomenologische, strukturelle und systemtheoretische Diskussion:

Die Erfahrung der Verständlichkeit und kommunikativen Beeinflussbarkeit der Welt ist grundlegend für die Erfahrung der Autonomie, die eben in der Regel nicht durch Autarkie, Selbstpflege, gewonnenen werden kann, sondern nur durch kommunikative Beeinflussbarkeit der Welt. Selbstpflegefähigkeit, relative Autarkie, ist bestenfalls ein Mittel, um Autonomie wiederzugewinnen, aber es ist ein niemals hinreichendes Mittel. Leistungen von anderen für die eigenen Bedürfnisse zu erhalten, setzt voraus, dass man diese anderen kommunikativ erreichen und verstehen kann.

Kommunikative Signale senden alle Menschen, auch Menschen mit schweren Schädigungen aus, z.B. Menschen mit Demenz, die weit weg von fast jeder Selbstpflegefähigkeit sind. Und der Verlust von Autonomie wird nach allem, was wir von schwerkranken Menschen wissen, auch und besonders bei Krankheit als besonders schmerzlich empfunden und mit hilfloser Wut beantwortet. Gerade bei Krankheit: Chronische Schübe fegen

immer wieder die gerade gewonnene Fassung, die erlangten Stabilisierungen, die Autonomie über den eigenen Körper hinweg. Je prekärer die Verständlichkeit und Erreichbarkeit des eigenen Körpers ist, umso kränkender ist die Erfahrung des Autonomieverlusts, wenn man auch mögliche Helfer nicht mehr kommunikativ erreichen kann (ausführlicher Behrens 1990, 2002).

Daher ist nicht ganz nachvollziehbar, warum das Ziel der »Selbstpflegefähigkeit« in der Pflege eine so große Bedeutung hat. Das Ziel der Selbstpflegefähigkeit ist biographisch eigentlich nur als Mittel relevant, als ein – keineswegs hinreichend verfügbares – Mittel zur Autonomie. Der eigentliche Bezugspunkt der Pflege ist die Wiederherstellung der biographisch gewollten Autonomie, für die die Wiederherstellung der Selbstpflegefähigkeit nur eines unter mehreren Mitteln ist.

Das Konzept der kommunikativen Verständlichkeit und kommunikativen Beeinflussbarkeit der Welt kann sich auf systemtheoretische (Luhmann, Maturana/Varela, Watzlawick) einschließlich interaktionistischer Begründungen beziehen (vgl. Zimmermann 2004 in diesem Heft). In der ICF der WHO, auf der das Sozialgesetzbuch IX gegründet ist, schlägt sich das Konzept der durch kommunikative Beeinflussbarkeit der Welt erreichten Autonomie in der Kategorie der »participation« nieder. Participation ist durch organische und psychische Strukturen und durch Aktivitäts-Einschränkungen nicht determiniert. Aufgabe der Pflege ist vielmehr, auch bei unheilbaren organischen und psychischen Schädigungen und nicht rückgängig zu machenden Aktivitätseinschränkungen ein Höchstmaß an Partizipation und damit Autonomie zu fördern. Diese gefährden chronische, aber unvorhersehbare Schübe mehr als stabile Behinderungen. Der Zusammenhang von chronischer Krankheit und kommunikativer Beeinflussbarkeit der Welt ist daher Gegenstand des nächsten Abschnitts.

Die Fassung verlieren oder die Chronizität der »Stürze aus der Normalität«

Demographischer Wandel erhöht Anteil chronischer Erkrankungen

Dieser Zusammenhang ist epidemiologisch vielfach gefunden worden (vgl. Behrens 2002). Es wird auf ihn hier nur verwiesen, um die Relevanz des Wandels des Krankheitspanoramas hin zu chronischen Krankheiten zu belegen.

Grenzen akutmedizinischer Bewältigung chronischer Krankheiten

Der Sachverständigenrat hat in seinem Jahresgutachten 2000/2001 Grenzen der akutmedizinischen Bewältigung chronischer Krankheiten zusammengefasst.

Sogar die Gegenüberstellung akut Kranker und chronisch Kranker führt in die Irre, wenn wir uns darunter deutlich voneinander unterscheidbare Personengruppen vorstellen. Zwar gibt es Menschen, die nur akut krank sind. Aber für chronisch Kranke ist es typisch, dass sie immer wieder von akuten Schüben heimgesucht werden (ausführlicher Behrens 2002).

Grenzen der Akutmedizin = bereits Stärken der Pflege?

Aus den Lücken der Akutmedizin ist selbstverständlich noch nicht abzuleiten, dass die Pflege bereits besser in der Lage ist, sie zu füllen. Sie verfügt aber über Traditionen, an die sie in Zukunft anknüpfen kann. Es lohnt sich für die Pflege aber auch, an die interaktionistischen Theorien zu chronischer Krankheit anzuknüpfen:

Die interaktionistische Perspektive: biographical disruption, Sturz aus der kommunikationsstabilisierten Normalität

Michael Bury 2002, Uta Gerhardt 1989, Kelly und Field 1996, Juliet Corbin und Anselm Strauss 1988, aber auch als sogenannte Postmoderne Mike Featherstone 1991, Foucault 1976 und 1981, Arthur Frank 1997 haben an chronischer Krankheit die biographical disruption, den Sturz aus der kommunikationsstabilisierten Normalität thematisiert. So einleuchtend diese Beschreibungen sind, da die chronische Krankheit andauert, stellt sich die Frage:

»Sturz aus der Normalität« – aber wohin?

Auf diese Frage gibt es viel Verlaufsmöglichkeiten, gebildet als Vierfeldertafel aus den beiden Dimensionen:

		Kurzfristig heilbar	
		<i>ja</i>	<i>nein</i>
Chronizität akuter	<i>ja</i>	»manchmal kurz krank« kurativ ausreichend heilbar	chronisch schwer Kranke »prekäre Renormalisierung«
	<i>nein</i>	kurativ behandelbare Krankheit »Überbrückung bis zur Rückkehr in status quo ante«	stabile Behinderung »Habilitation in neue Normalität«
Schübe			

Rehabilitation in alte Biographie, Habilitation in neue Biographie

(Beispiel »stabile Behinderung«, »Autonomie bei Pflegebedürftigkeit«) oder durch akute Schübe immer wieder aus der Bahn geworfen (»Chronisch Krank«) [Behrens 1986, Behrens 2002 S. 25]

Pflegebedürftigen geht es um Selbstbestimmung (Autonomie), nur als Mittel hierzu um Selbstpflegefähigkeit (Autarkie)

Bedrohung der Autonomie durch chronische Schübe, durch totale Institutionen und durch Pflege-Experten

Die Autonomie wird keineswegs nur durch chronische Krankheitsschübe bedroht. Es sind totale Institutionen und kommunikativ nicht hinreichend erreichbare Pflegeexperten, die vorhandene Autonomiegefahren noch steigern. Nicht alle so Bedrohten können sich in der »Bewegung Selbständig Leben« zurückziehen. Die Existenz solcher Bewegungen zeigt allerdings, wie weit die Gefährdung der Autonomie durch Pflegeexperten gefürchtet wird. Wären diese Pflegeexperten eine Profession, zeichneten sie sich durch den professionstypischen Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis ihrer Klienten aus. Weil viele chronisch Pflegebedürftige wenig Chancen zu einer Selbstverteidigung ihrer autonomen Lebenspraxis haben, ist es Aufgabe der Pflegenden, auf sie zu hören und ihre kommunikativen Signale verstehen zu lernen (worum es in P1 geht).

Die kommunikativen Einschränkungen sind vielfach weniger Merkmale der Pflegebedürftigen als des Unverständnisses der Pflegeexperten. Insofern sprechen wir – in Übereinstimmung mit der WHO-Diagnostik »ICF« zur Participation – nicht von kommunikativ schwierigen Menschen, sondern von kommunikativ schwierigen Situationen. Wie bei allen Partizipationsausschlüssen handelt es sich beim Verlust der Verstehbarkeit und kommunikativen Beeinflussbarkeit der Welt durchaus um ein Beziehungsgeschehen im Kontext der Person. Deswegen können auch Interventionen in den Kontext – im Fall von P_I ins Verständnis körpersprachlicher Signale bei den Pflegenden – Partizipation bzw. Autonomie steigern, selbst wenn körperliche und seelische »impairments« nicht mehr zu heilen und Aktivitätseinschränkungen kaum mehr rückgängig zu machen sind.

Solche Interventionen auf ihre externe Evidence hin zu prüfen, ist zugegeben schwieriger als eine einzelne Verrichtung zu prüfen. Aber sich deswegen auf die Evidencebasierung nur von Einzelverrichtungen zu beschränken, begünstigt gefährliche Pflege. Da die Pflege chronisch Kranker und chronisch Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen traditionell die verbreitetste Aufgabe der Pflege war und in Zukunft noch zunehmen wird, kann Pflegeforschung nicht diesen Hauptbereich der Pflege auslassen.

Pflegeexperten-Pflegebedürftiger-Unterstützungsnetze der Pflegebedürftigen

Dabei sind pflegerische Entscheidungen immer in einem Arbeitsbündnis zu treffen, zu dem in der Regel außer den Pflegebedürftigen auch die gehören, die sich um sie alltäglich kümmern. Diese Mitglieder derselben Familie oder des Paares, seltener Freunde, manchmal Zughfrauen, als »pflegende Angehörige« zu bezeichnen, leistet dem Missverständnis Vorschub, diese Angehörigen seien durch ihre Hauptaufgabe Pflege definiert. In Wirklichkeit sind sie durch ganz andere Beziehungsgeschichten als der »Pflegebeziehung« mit den Pflegebedürftigen verbunden und verwickelt. Diese Beziehungsgeschichten können sehr unterschiedlich sein. Aber in allen Fällen wird die professionelle Pflege diese Beziehungen weder ersetzen noch bevormunden, sondern sie unterstützen.

Der einzelne Pflegebedürftige, aber auch seine Familie, das Paar, die Freundschaft sind Klienten der Pflege als Profession. Zwischen der systemischen und der individuellen Klientenebene kann es selbstverständlich zu Konflikten kommen. Sie können so belastend werden, dass die zeitweise partielle Herauslösung der individuellen Klienten aus seinen systemischen Zusammenhängen anzuraten sein kann. Aber das ändert nichts daran, dass es nicht nur der einzelne Pflegebedürftige, sondern auch seine Familie, das Paar oder die Freundschaft sind, mit denen die professionelle Pflege, will sie gut sein, ein Arbeitsbündnis eingehen muss – im Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis. In diesem Arbeitsbündnis kann erst der Pflegeauftrag und die interne Evidenz für dessen Bearbeitung erzeugt werden. Auch in Zukunft wird 90% der Pflegeleistung in Familien, Paaren und Freundschaften erbracht werden.

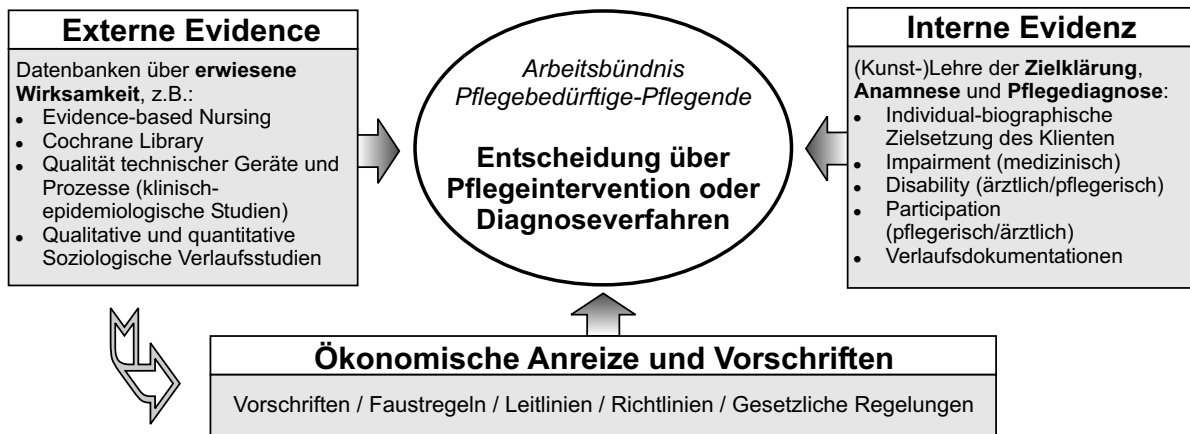


Abbildung 1: Evidence-basierte pflegerische professionelle Praxis

Kommunikation und die Gefahr einer nur verrichtungsorientierten EBN

Die geschilderten Anforderungen an die professionelle Pflege chronisch kranker Pflegebedürftiger in kommunikativ schwierigen Situationen sind es, die ihre Überprüfung in einfachen Interventionsstudien zur Erzeugung externer Evidence schwer machen. Daraus ergibt sich die – verständliche – Versuchung, Pflegeforschung auf solche Interventionen zu konzentrieren, die sich einfach überprüfen lassen. Erläge Pflegeforschung dieser Versuchung, trüge ausgerechnet EBN zur Gefahr einer nur (einzel-) verrichtungsorientierten Pflege bei. Grundlegend für die professionelle Pflege im Respekt vor der Autonomie der Lebenspraxis der Klienten ist die Unterscheidung zwischen externer und interner Evidence (vgl. ausführlicher Behrens/Langer 2004, Kapitel G).

Einzelinterventionen leichter in einer einfachen Interventionsstudie zu prüfen als komplexe Interventionsverkettungen

In der Ausschreibung des BMBF zur Antragstellung auf Pflegeforschungsverbünde, die sich fast alle medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Fakultäten bewarben, hatte die zu erzeugende und zu belegende Evidence einen entscheidenden Stellenwert. Allerdings lassen sich Einzelinterventionen leichter in einer einfachen Interventionsstudie prüfen als komplexe Interventionsverkettungen.

Aufmerksamkeit der Forschung und der Pflege durch Einzelverrichtung absorbiert

Daraus ergibt sich die Gefahr, dass die Aufmerksamkeit nicht nur der Forschung, sondern auch der Pflege durch Einzelverrichtungen absorbiert wird und – wie gesagt – ausgerechnet EBN der Tendenz zu einer verrichtungsorientierten Pflege Vorschub.

Methodenentwicklung für komplexe Interventionsketten

Um dieser Gefahr zu entgehen, sind rechtzeitig Methodenentwicklungen nötig, die es erlauben, komplexe Interventionsketten zu evaluieren. In diesem Zusammenhang sind sogenannte qualitative Methoden, richtiger gesagt hermeneutisch-interpretative Methoden inzwischen in wichtigen medizinischen und Pflege-Zeitschriften diskutiert und breit

anerkannt worden. Quantitative Verfahren sind eigentlich nur als Teil qualitativer, also hermeneutisch-interpretativer Verfahren sinnvoll. Diese Erkenntnis liegt schon der Grounded Theory von Anselm Strauss, Barney Glaser und Juliet Corbin zugrunde, die nicht als Grundlegung nur qualitativer Methoden, sondern der empirischen Forschung überhaupt gemeint war.

Da keine einzelne Methode alle unsere relevanten Selbsttäuschungen bewältigen kann, ist auch der populäre Goldstandard Randomized Controlled Trial schwerlich als alleiniger begründbar. Randomisierung löst bestenfalls Verzerrung durch Sampling-Fehler, aber selbstverständlich nicht Verzerrungen durch unangemessene Operationalisierung der Intervention oder ihrer Ergebnisse (vgl. Behrens 2002 a und b).

Interne und externe Evidence für komplexe kommunikative Interventionen

Die Erzeugung von interner und externer Evidence für komplexe kommunikative Interventionen erfordert andere Methodenbündel und bedarf weiter gehender theoretischer Vorklärungen als die Erzeugung externer Evidence für Einzel-Verrichtungen.

Evidence für komplexe kommunikative Interventionen als identitätsstiftendes Ziel des Verbundes Mitte-Süd

Alle Projekte des Pflegeforschungsverbundes Mitte-Süd zeichnen sich dadurch aus, dass sie für komplexe kommunikative Interventionen und nicht für einzelne Verrichtungen Evidence erzeugen wollen. Dafür sind erhebliche methodische und theoretische Klärungen – Theorie immer verstanden im Sinne der Grounded Theory (Strauss, Glaser, Corbin) als empirisch gehaltvoll basierte, falsifizierbare Aussagen – nötig, an denen der Verbund zu knacken hat. Dies gemeinsame Ziel stiftet die Identität des Verbundes.

Überblick eigene Literatur

- Behrens, Johann 1990: Gnade, bürgerliche Autonome, Krankheit. Zeitschrift für Sozialreform, Jg. 36, Heft 12/1990
- Behrens, Johann 2002: Inklusion durch Anerkennung. Chronische Krankheit, das Veralten der Indikatoren sozialer Ungleichheit und die Herausforderungen für die Pflege und andere Gesundheitsberufe, Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 27. Jahrgang, Heft 4/2004
- Behrens, Johann/Langer, Gero 2004, Evidence-based Nursing. Vertrauensbildende Entzauerung der »Wissenschaft«. Hermeneutisch-interpretative einschließlich statistischer Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen. Bern:Huber
- Bury, Michael 2002: Sociological Theory and Chronic Illness: Current Perspectives and Debates, Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 27. Jahrgang, Heft 4/2002

»Kommunikationsstörungen« – Ein Theorievergleich der Ansätze von Bateson/Ruesch, (Watzlawick) und Luhmann

Markus Zimmermann

Abweichend von der klassischen informationstheoretischen Kommunikationskonzeption von Shannon, die primär technische »Übertragungsprobleme« fokussierte, formulieren Bateson/Ruesch ihren Ansatz vor einem funktional/systemischen Hintergrund: die »alte« Frage: »Warum verhält sich diese Person in dieser bizarren, irrationalen Art und Weise?« wird durch die »neue« Frage ersetzt, »In welchem menschlichen Kontext würde dieses Verhalten das bestmögliche sein – vielleicht das einzigmögliche?«

Kommunikation wird bei ihnen als Interaktionssystem verstanden, in dem Ursache und Wirkung nicht auseinander zu halten sind. Dabei unterscheiden sie zwei Typen der Kommunikation: *interpersonale* Kommunikation als expressive Akte durch eine oder mehrere Personen bzw. die bewusste oder unbewusste Wahrnehmung expressiver Akte und die *intrapersonale* Kommunikation als Kompensation einer fehlenden Person außerhalb durch Vorerfahrungen inneren eines Individuums. Nur in der interpersonellen Kommunikation ist jedoch das möglich, was sie als Funktion der Kommunikation bezeichnen: Kommunikation ist Fehlerkorrektur, Korrektur von Fehlern, die in der Kommunikation selbst begangen werden.

Da Kommunikation unter der Bedingung der Wahrnehmung stattfindet, dass man selbst wahrgenommen wird und die eigene Wahrnehmung wahrgenommen wird, ist unter der Anwesenheit von Menschen vorauszusetzen, dass Nichtkommunikation nicht möglich ist, ein Theorem, das von Watzlawick später aufgegriffen und verbreitet wurde.

In diesem Verständnis sind *Kommunikationsstörungen*, Störungen oder Defizite im intrapersonalen Netzwerk, in der Selektivität der Empfangsorgane, in der Geschicklichkeit der Wirkorgane und/oder Störungen des Kommunikationsapparates begründet.

Dieser Ansatz wird von Niklas Luhmann radikalisiert, indem Kommunikation immer als soziales System verstanden wird. Und damit Kommunikation »Handeln« als Grundbegriff von Sozialität ablöst. Kommunikation ist gekennzeichnet durch die beobachtbare Differenz von Information, Mitteilung und Verstehen: Kommunikation liegt vor, wenn die Differenz von Information und Mitteilung verstanden wird, wobei »die Mitteilung als Zeichen für eine Information genommen wird«.

Information bezeichnet ein Ereignis, »das Systemzustände auswählt«. Es geht um das episodenhafte Auftreten einer Sinneinheit, die auf elementarer Systemebene Veränderung bewirkt, vergleichbar mit dem Wechsel von Aggregatzuständen.

Das *Mitteilungsgeschehen* ist vor allem von der Übertragungsmetapher abgeschnitten. Die Vorstellung klassischer Kommunikationstheorien, es handle sich bei sozialer Interaktion um die »Übertragung von Information«, wird aufgelöst.

Verstehen als Kommunikation von hinten konstituierende Selektion bezeichnet das einfache Anschließen an eine Kommunikationseinheit. Dabei schließt Verstehen mehr oder weniger weitgehende Missverständnisse als normal ein. Diese können durch Kom-

munikation über Kommunikation – also ein Reflexivwerden – aufgegriffen und weiterverarbeitet werden. Kommunikation ist demnach dann realisiert, wenn Verstehen zustande kommt. Dann kommuniziert die Kommunikation und nicht Menschen oder Personen.

Kommunikative Störungen lassen sich von dieser Konzeption ausgehend als Ununterscheidbarkeit von Information und Mitteilung, als Anschlussblockaden (kein Verstehen), als Störung der gegenseitigen Wahrnehmung und als Ausfall der Verstehenskontrolle und damit die Unmöglichkeit der »reflexiven« Kommunikation verstehen.

Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken – eine prospektive kontrollierte Interventionsstudie

Bettina Kuske^a, Stephanie Hanns^b, Steffi Riedel-Heller^a, Matthias Angermeyer^a, Johann Behrens^b

^a Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig

^b Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

P₁ Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken

Die Zielsetzung des Forschungsvorhabens besteht in der Verbesserung der Kommunikation zwischen professionell Pflegenden und demenzkranken Bewohnern als Voraussetzung zur Gestaltung des Pflegeprozesses.

Im Rahmen des geplanten Projektes wird ein Trainingsprogramm zum Umgang mit Demenzkranken für das Pflegepersonal in Alten- und Altenpflegeheimen entwickelt und evaluiert. Sowohl technische Fachkompetenz (Wissen über Symptomatik und Therapiemöglichkeiten der Demenz, Entschlüsselung körpersprachlicher Signale) als auch soziale Fähigkeiten (angemessene Kommunikation und Interaktion) sollen zur Umsetzung dieses Wissens bei der Gestaltung des Pflegealltags durch das Programm trainiert werden.

Die Evaluation des Programms erfolgt als dreiarmlige, cluster-randomisierte und kontrollierte Interventionsstudie. Drei Erhebungszeitpunkten sind vorgesehen, eine Prä-, eine Post- und eine Follow-up-Messung 6 Monate nach Beendigung der Intervention. Dabei erfolgt die Evaluation der Interventionsmaßnahme durch Überprüfung der Effekte auf der Ebene der Heimbewohner. Es wird angenommen, dass an das Personal vermitteltes Wissen auf der Ebene der Bewohner zu einer Stabilisierung des Befindens und der Verminderung der Verhaltensauffälligkeiten führt.

Outcome-Kriterien stellen dabei eine Stabilisierung des Ernährungszustandes (Hauptzielgröße), eine Reduktion des Gebrauchs sedierender Psychopharmaka, eine Reduktion von Fixierungen und eine Reduktion von Verhaltensauffälligkeiten (Nebenzielgrößen) auf Seiten der Bewohner dar. Zusätzlich werden auch Effekte auf der Ebene des Personals (Wissen über Demenz und Regeln der Kommunikation, Arbeitszufriedenheit) erfasst.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. B. Kuske, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig, Johannisallee 20, 04317 Leipzig, E-Mail: krausem@medizin.uni-leipzig.de

Erarbeitung einer Übersichtsarbeit zu Trainingsprogrammen für Pflegende dementer Heimbewohner

Bettina Kuske^a, Stephanie Hanns^b, Steffi Riedel-Heller^a, Matthias Angermeyer^a, Johann Behrens^b

^a Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig

^b Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

P₁ Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken

Ziel der Arbeit ist es, eine Übersicht über evaluierte Trainingsprogramme für Pflegekräfte demenzkranker Bewohner in Alten- und Altenpflegeheimen zu geben, die im Zeitraum von 1990 bis März 2004 in wissenschaftlichen englisch- oder deutschsprachigen Zeitschriften veröffentlicht wurden.

Methodik

Eine umfangreiche Suchstrategie wurde durchgeführt, die die Suche in elektronischen Datenbanken, in Referenzlisten ausgewählter Interventionsstudien und anderer Übersichtsarbeiten beinhaltete. Ausgewählte Interventionsstudien wurden anhand von Kategorien zusammengefasst und miteinander verglichen. Die Beurteilung der methodischen Qualität erfolgte individuell durch deskriptive Herausarbeitung von Stärken und Schwächen.

Ergebnisse

14 Studien konnten identifiziert werden. Die Mehrzahl der Interventionsstudien wurde in Amerika veröffentlicht. Ausbildungsschwerpunkte einiger Programme lagen auf der Verbesserung des Umgangs mit Verhaltensauffälligkeiten der Erkrankung, andere auf der Verbesserung der Kommunikation. Allgemeine Fortbildungen rund um die demenzielle Erkrankung waren in der Überzahl. Lediglich in 4 Untersuchungen verwendeten die Untersucher ein randomisiertes Kontrollgruppendesign. In 7 Interventionsstudien wurde nur ein Before and After Study Design verwendet.

Schlussfolgerungen

International und besonders national besteht ein Mangel an evaluierten innerbetrieblichen Personalfort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die ihren Schwerpunkt auf die Demenzpflege setzen. Bisher durchgeführte Interventionsstudien weisen zum großen Teil starke methodische Mängel auf. Diese Ergebnisse verdeutlichen den Bedarf nach methodisch verbesserten Untersuchungen, die Beweise für die Effekte von Interventionen geben und damit die Qualität der Pflege erhöhen.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. B. Kuske, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig, Johannisallee 20, 04317 Leipzig, E-Mail: bettina.kuske@medizin.uni-leipzig.de

Durchführung einer Fokusgruppe zum Thema: Fortbildungsbedarf und -wünsche Pflegender im Umgang mit demenzkranken Heimbewohnern

Stephanie Hanns^b, Bettina Kuske^a, Johann Behrens^b, Steffi Riedel-Heller^a, Matthias Angermeyer^a

^a Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Leipzig

^b Institut für Pflege- und Gesundheitswissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

P₁ Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenpflegeheimen zum Umgang mit Demenzkranken

Im Rahmen des Projektes »Entwicklung und Evaluation eines Trainingsprogramms für das Pflegepersonal in Altenheimen zum Umgang mit Demenzkranken – eine prospektive kontrollierte Interventionsstudie (P₁)« wurde eine Fokusgruppe mit dem Ziel, Probleme und Barrieren von Pflegenden bei der Betreuung demenzkranker Heimbewohner zu erfassen, durchgeführt. Das Anliegen bestand darin, den Bedarf und die Perspektiven von Pflegenden zu erfragen, um das zu entwickelnde Trainingsprogramm möglichst praxis- bzw. problemorientiert zu gestalten.

Als Methode wurde eine Diskussion in Form einer Fokusgruppe organisiert. Bei diesem Vorgehen kann die Interaktion der Gruppe genutzt werden und man geht davon aus, dass durch die Dynamik des Gesprächs Hemmungen und Ängste von Pflegenden reduziert werden und demzufolge tieferliegende Einstellungen und Perspektiven sichtbar gemacht werden können.

Teilnehmer an der Fokusgruppe waren 12 Pflegende aus 3 Pflegeheimen, die demente Bewohner betreuen, eine Moderatorin und 2 Projektmitarbeiter, die das Gespräch protokollierten.

Die Fokusgruppe wurde auf Video aufgezeichnet. Das vorliegende Material soll mittels einer Sequenzanalyse ausgewertet werden, wobei die Interaktionen schrittweise analysiert werden, um dann den Gesamtzusammenhang, das heißt die Problematik der Demenzpflege, zu erfassen.

Korrespondenzadresse: Stephanie Hanns, Dipl.-PGW, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Str. 27, 06112 Halle, E-Mail: stephanie.hanns@medizin.uni-halle.de

Wissens- und Beratungsbedarf von Tumorpatienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie

Jörg Stukenkemper

Pflegedirektion, Klinikum rechts der Isar TU München

P₄ Entwicklung und Evaluierung einer strukturierten Pflegeintervention zu Übelkeit und Kommunikations-/Wissensdefizit von Chemotherapie-Patienten in stationär-ambulatem Setting: eine prospektive randomisierte kontrollierte Studie

Besteht für Tumorpatienten die Pflegediagnose »Wissensdefizit« bezüglich Nebenwirkungen von Chemotherapie?

Das Fehlen von Wissen stellt vermutlich eine zusätzliche Beeinträchtigung während einer Chemotherapie dar, da es mögliches Selbstpflegeverhalten der Patienten stark einschränkt.

Der Fragestellung wurde mittels eines neu entwickelten Fragebogens zur Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen, zum Informationsbedürfnis und dem tatsächlichen Erhalt von Information im Umgang mit Nebenwirkungen untersucht. An der Untersuchung nahmen 100 Patienten aus fünf Stationen des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München teil.

Fast 90% der befragten Patienten sind von Nebenwirkungen durch die Chemotherapie betroffen. Auffällig ist eine starke Korrelation der Nebenwirkung Übelkeit, Erbrechen und Appetitlosigkeit mit Müdigkeit. So gut wie alle Patienten geben an, dass sie über die Chemotherapie und damit verbundene Nebenwirkungen informiert werden wollen. Ihr bereits vorhandenes Wissen über Chemotherapie schätzen die Patienten hingegen eher gering ein. Bevorzugte Informationsquellen sind Pflegepersonal und Ärzte gleichermaßen. Dem hohen Informationsbedürfnis wird jedoch nicht durch gezieltes Nachfragen bei Nichtverstehen von gegebener Information oder fehlender Information Rechnung getragen.

Insgesamt deutet die Teiluntersuchung darauf hin, dass »Wissensdefizit« eine ernstzunehmende Diagnose darstellt, die von Seiten der Pflege strukturierten Handlungsbedarf erfordert. Die vorliegende Studie stellt eine Basis für eine weiterführende Patienten-Edukation im Sinne des neuen deutschen Krankenpflegegesetzes dar.

Kommunikative Anforderungen an Pflegende bei der Umsetzung einer strukturierten Intervention

Ute Berndt

P₄ Entwicklung und Evaluierung einer strukturierten Pflegeintervention zu Übelkeit und Kommunikations-/Wissensdefizit von Chemotherapie-Patienten in stationär-ambulantes Setting: eine prospektive randomisierte kontrollierte Studie

Die strukturierte Pflegeintervention erfolgt im Rahmen einer prospektiven randomisierten kontrollierten Multicenter-Interventionsstudie. Sie richtet sich auf die Vermeidung bzw. Linderung des ANE-Syndroms bei Chemotherapiepatienten sowie auf die Verbesserung des diesbezüglichen Patientenwissens, der Selbstpflegekompetenz und schließlich auf die Erhaltung einer bestmöglichen Lebensqualität.

Die pflegerische Intervention stellt hohe Anforderungen an die Schlüsselqualifikationen der Pflegenden (Fachkompetenz, Sozialkompetenz, Persönlichkeitskompetenz), insbesondere an ihre Kommunikationsfähigkeit. Vor allem für die Umsetzung des Interventionsmoduls Information/Beratung benötigen die Pflegenden grundlegende Kenntnisse und Fertigkeiten zu den Themen Kommunikation und Beratungsprozess. Hierzu erhalten sie im Rahmen der Studie eine Schulung, die in Form eines Curriculums erfolgt. Die Ansätze von Watzlawick und Schulz von Thun sowie der personenzentrierte Ansatz von Rogers bilden vorläufig die kommunikationstheoretische Schulungsbasis. Der Unterricht soll handlungsorientiert, problemlösungsorientiert, exemplarisch, adaptiert und praxisnah, unter Berücksichtigung lernpsychologischer Erkenntnisse, erfolgen.

Anwendung spezifischer Gruppeninterventionen für pflegende Angehörige von Demenzkranken – Schulung und Förderung der kommunikativen Kompetenz professioneller Berater

Gabriele Wilz, Tanja Kalytta, Christine Küssner

P₅ Förderung und Unterstützung der familiären Pflege von Demenzkranken – Schulung professioneller Berater und Pflegekräfte in der Durchführung eines therapeutischen Angehörigenberatungskonzepts sowie die Evaluation der therapeutischen Effekte der Interventionen

Ziele und Hintergrund

Professionelle Berater sollen qualifiziert werden, Angehörige von Demenzkranken mit Hilfe spezifischer Gruppeninterventionen anzuleiten, die pflegebedingten Belastungen bewältigen zu lernen. Neben körperlichen und psychischen Beschwerden der Angehörigen stellen häufig auch Kommunikationsstörungen mit dem Demenzkranken einen hohen Belastungsfaktor dar. Der vorliegende Projektantrag hat die Zielstellung, professionelle Berater in ihren kommunikativen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur therapeutischen Beratung pflegender Angehöriger zu schulen.

So wurde für die Weiterbildung professioneller Berater in der Angehörigenberatung ein Beratungskonzept mit Schwerpunkt auf der Durchführung von Angehörigengruppen konzipiert. Die entlastenden Effekte für die Angehörigen sowie die Akzeptanz des Konzeptes auf seiten der professionellen Berater sollen im Rahmen einer prospektiven Interventionsstudie evaluiert werden.

Demnach gliedert sich die Zielsetzung in zwei zentrale Aspekte:

1. die Vermittlung des therapeutischen Rationals des Beratungsansatzes, hierbei sind Aspekte der Vermittlung des therapeutischen Vorgehens und dessen Bewertung auf seiten der geschulten Berater Untersuchungsgegenstand und
2. die Prüfung der Effekte des Beratungsprogramms hinsichtlich der Lebensqualität, Bewältigungskompetenz und Gesundheit der Angehörigen.

Arbeitsplan Methoden

Die methodische Umsetzung erfolgt durch ein Versuchs-Kontrollgruppen-Design. Die Stichprobe besteht aus insgesamt 100 pflegenden Angehörigen von Demenzkranken. Die Versuchsgruppe (n=50) durchläuft das Interventionsprogramm (3 Messzeitpunkte: t₁ – vor der Intervention, t₂ – im Anschluss an die Intervention, t₃ – Follow-up nach 6 Monaten). Die Kontrollgruppe (n=50) wird parallel zur Versuchsgruppe im Vorfeld der Intervention und 6 Monate nach der Durchführung befragt. Zu jedem Messzeitpunkt

kommen ein halbstrukturiertes Interview sowie Fragebögen zu Belastungsmaßen zum Einsatz. Die Beurteilung des therapeutischen Konzepts durch die Berater wird mittels Experteninterviews erhoben.

Aktueller Stand

Derzeit werden Angehörige von Demenzkranken zur Teilnahme am Projekt gewonnen. Am 28. Mai 2004 fand ein ganztägiger Workshop mit dem Kooperationspartner Alzheimer-Gesellschaft Berlin e.V. statt. Ein weiterer Workshop mit den Kooperationspartnern Alzheimer Angehörigen Initiative e.V. und dem Evangelischen Krankenhaus für Geriatrie in Potsdam findet am 26. Juni 2004 statt.

Korrespondenzadresse: Technische Universität Berlin, Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft, Fachgebiet Klinische und Gesundheitspsychologie, Franklinstraße 28/29, 10587 Berlin, E-Mail: gabriele.wilz@gp.tu-berlin.de, kalytta@gp.tu-berlin.de, küssner@gp.tu-berlin.de

Entwicklung und Pretest eines Programms mit spezifischen Informationen zum Intensivstationsaufenthalt

Almuth Berg, Steffen Fleischer, Thomas Neubert, Michael Koller

P₆ Reduzierung der Angst während und nach Aufenthalt auf der Intensivstation durch ein strukturiertes Informationsprogramm: Eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie

Hintergrund

Der Intensivstationsaufenthalt stellt für Patienten eine artifiziiell herbeigeführt kommunikativ schwierige Situation fremden und unverständlichen Charakters dar, in der die subjektiv wahrgenommene Kontrolle stark beeinträchtigt ist. Im Kontext der psychologischen Kontrolltheorie lässt sich vermuten, dass es Patienten durch die Vermittlung von Wissen einfacher wird, diese Situation einzuordnen und die damit verbundenen ungewohnten Ereignisse vorherzusagen. Im Zusammenhang mit zugleich erkannten Möglichkeiten eigener Einflussnahme wird eine erhöhte kognizierte Kontrollüberzeugung einhergehend mit einem verminderten Angsterleben erwartet.

Im Rahmen des Projektes wurde ein präoperatives Programm mit spezifischen Informationen zum Aufenthalt auf der Intensivstation erarbeitet und einem Pretest unterzogen. In der anschließenden randomisierten Hauptstudie soll die Wirksamkeit dieses Programms hinsichtlich der Reduzierung unangenehmer Erlebnisinhalte in Zusammenhang mit der Intensivstation evaluiert werden.

Methode

Ausgehend von Vorstudien und einer umfassenden Literaturrecherche zu empirischen Arbeiten über das Erleben von Patienten auf der Intensivstation sowie eigener Feldbeobachtungen wurde ein strukturiertes Informationsprogramm entwickelt. Dieses soll Patienten mit elektiven Eingriffen und anschließendem Intensivstationsaufenthalt am Vortag ihrer Operation, zusätzlich zur Routineaufklärung durch den Anästhesisten und den Operateur, als Einzelgespräch angeboten werden.

Besonderer Fokus lag daher auf den Kriterien Verständlichkeit und Kongruenz zu konkreten Informationsbedürfnissen, um eine erfolgreiche Verarbeitung und Interpretation der dargebotenen Informationen durch die Patienten sicherzustellen.

Diese Eigenschaften wurden an einer Stichprobe von n=22 kardio- und allgemeinchirurgischen Patienten mit geplantem Intensivstationsaufenthalt überprüft. Eingeschlossen waren sowohl präoperative Patienten am Vortag der Operation als auch postoperative Patienten nach Verlegung von der Intensivstation.

Ergebnisse

Das Informationsprogramm besteht aus zwei Teilen mit prozeduralen und sensorischen Informationen:

1. standardisierter Teil mit Informationen zu den Aspekten:
 - Wie erfolgt der Weg zum OP und auf die Intensivstation?
 - Welche Personen sind für Sie auf der Intensivstation zuständig?
 - Welchen Sinn haben die Geräte? (Foto mit einem Intensivplatz)
 - Wie sind Sie auf der Intensivstation untergebracht? (Foto mit einem Intensivpatienten)
 - Wie ist der zeitliche Ablauf?
 - Wie können Sie sich bemerkbar machen?
 - Was wird für Sie getan?

2. individualisierter Teil, der vertiefte Antworten auf spezifische, individuelle Ängste und Befürchtungen ermöglicht, indem die Patienten diese durch die Auswahl vorgegebener Kärtchen nennen. Auf deren Rückseite befinden sich dazu standardisierte Antworten. Im Anschluss ist bei Bedarf Raum für Nachfragen gegeben.

Die inhaltliche Ausgestaltung des Programms orientierte sich an den Pretestergebnissen aller befragten Patienten (n=22). Darüber hinaus lagen noch detailliertere Bewertungen von n=12 Patienten zur generellen Akzeptanz vor (vgl. Tabelle).

			Wie haben Sie das Programm empfunden?		
			positiv	überflüssig	beängstigend
präoperative Patienten	Vorerfahrungen	ja	1		
	Intensivstation	nein	2		
postoperative Patienten	Vorerfahrungen	k. A.		1	
		ja	2	2	
	Intensivstation	nein	3		1

Alle präoperativ eingeschlossenen Patienten empfanden das Programm positiv. Ein Teil der postoperativ befragten Patienten, der zudem bereits Vorerfahrung mit der Intensivstation hatte, erachtete das Programm jedoch für unnötig. Insgesamt lehnte ein – präoperativer kardiochirurgischer – Patient die Teilnahme am Pretest ab. Dieser befürchtete, durch die Informationen zusätzlich verängstigt zu werden. Ein postoperativ interviewter Patient gab an, dass ihn vor seiner Operation die Informationen geängstigt hätten.

Fazit

Die Ergebnisse dieses Pretests haben Implikationen für die endgültige Konzeption des Studienprotokolls.

- Die Tendenz erfahrener Patienten, die Informationen subjektiv als überflüssig einzuschätzen, findet Berücksichtigung bei der Diskussion der Ein- und Ausschlusskriterien.
- Der Einfluss unterschiedlicher Modi der Informationsverarbeitung und individueller Bewältigungsstrategien auf den Effekt des Programms wird in die Auswahl geeigneter Messinstrumente einbezogen.
- Da die Studienteilnehmer bereits eine Positivselektion darstellen, wird auch einer Nonresponderanalyse entscheidende Bedeutung hinsichtlich der Spezifizierung der Adressaten beigemessen.

Projekt DEMIAN: Demenzkranke Menschen in individuell bedeutsamen Alltagssituationen – Entwicklung einer Methode zur Förderung der Lebensqualität durch Stimulierung positiver Emotionen

Marion Bär

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

PFV NRW Patientenorientierte Pflegekonzepte zur Bewältigung chronischer Krankheit

Hintergrund/Zielsetzung

Das Erleben positiver Emotionen und Wohlbefinden, ebenso der nonverbale Ausdruck von Emotionen, sind Fähigkeiten, die demenzkranken Menschen auch im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung vielfach erhalten bleiben. Sie bedürfen jedoch der gezielten Förderung im Rahmen der täglichen Pflege und Betreuung. Ziel des Projektes ist es, in Kooperation mit Pflegenden Methoden zu entwickeln und zu evaluieren, durch welche im Alltag gezielt Situationen geschaffen werden können, die der einzelne demenzkranke Mensch positiv erlebt. Eine derartige Intervention dient der langfristigen Förderung der psychischen Befindlichkeit des demenzkranken Menschen.

Darüber hinaus sollen Methoden eingesetzt und evaluiert werden, mit deren Hilfe das emotionale Erleben von Menschen mit Demenz unterschiedlicher Schweregrade erfasst werden kann. Hierbei liegt der Akzent auf der Analyse des nonverbalen Ausdrucksverhaltens, das heißt auf Mimik, Körperhaltung und Körperbewegung.

Methodisches Vorgehen/Erwartete Ergebnisse

Das Projekt wird als Interventionsstudie mit quasi-experimentellem Design in Alten- und Pflegeheimen durchgeführt. Insgesamt werden 90 Bewohnerinnen und Bewohner mit leichter, mittelschwerer und schwerer Demenz einbezogen.

Im Rahmen einer Basiserhebung wird bei den potenziellen Teilnehmern eine psychiatrische Diagnostik durchgeführt. Diese umfasst eine Differenzialdiagnostik zur Depression, eine Einschätzung der kognitiven Leistungen (mittels der neuropsychologischen Testbatterie CERAD; Thalmann et al. 1998), eine Schweregradeinschätzung der Demenz (mittels GDS; vgl. Reisberg et al. 1988) sowie die Erfassung der nicht-kognitiven Symptomatik (mittels NPI, Neuropsychiatric Inventory, vgl. Cummings et al. 1994).

Im Rahmen von Interviews mit Pflegenden und Angehörigen werden Situationen ermittelt, die von dem einzelnen Bewohner positiv erlebt werden. Diese Situationen werden bei einem Teil der Bewohner (Interventionsgruppe) im Rahmen von Gruppen- und Einzelaktivitäten gezielt gefördert. Die Intervention erstreckt sich über einen Zeitraum von drei Wochen und wird von den Mitarbeitern der beteiligten Alten- und Pflegeheime

durchgeführt. Bei den der Kontrollgruppe angehörenden Bewohnern werden ebenfalls Einzelaktivitäten durchgeführt, ohne dass jedoch emotional bedeutsame Situationen systematisch gefördert werden.

Vor Beginn der Intervention, direkt im Anschluss daran sowie zwei Wochen nach Abschluss wird bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern das nonverbale Ausdrucksverhalten per Video erfasst. Die Auswertung der Videoaufzeichnungen erfolgt mit dem Facial Action Coding System (FACS, vgl. Ekman/Friesen 1978), das eine differenzierte Beschreibung der Mimik sowie die Zuordnung mimischer Ausdrucksmuster zu gezeigten Basisemotionen ermöglicht. Zur Einschätzung des emotionalen Ausdrucks soll weiterhin die Apparent Affect Rating Scale (Lawton et al. 1996) eingesetzt werden, die vom Institut für Gerontologie übersetzt wurde.

Es wird erwartet, dass durch die Schaffung von Situationen, die von demenzkranken Menschen positiv erlebt werden, das emotionale Erleben auch über die geschaffenen Situationen hinaus positiv beeinflusst werden kann. Weiterhin wird erwartet, dass die Analyse des nonverbalen Ausdrucksverhaltens eine bedeutende Grundlage für Aussagen über das emotionale Erleben bei verschiedenen Schweregraden der Demenz bildet.

In einem zweiten Projektabschnitt sollen die Ergebnisse genutzt werden, um in Zusammenarbeit mit Pflegenden Anregungen und Hilfen für die Praxis zu erstellen.

Kommunikative Barrieren in der ambulanten häuslichen Pflege – eine qualitative Untersuchung

Kathleen Wüste

Der Vortrag reflektiert die Ergebnisse eines am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg durchgeführten studentischen Forschungsprojektes über Kommunikationsbarrieren im ambulanten, häuslichen Pflegesektor.

Ausgangspunkt bildete insbesondere die Systemtheorie von Niklas Luhmann, welche als makrotheoretischer Bezugsrahmen fungierte. Schulz von Thun wurde als Mikrotheorie auch aufgrund der bisherigen pflegespezifischen Veröffentlichungen gewählt.

Im Rahmen der Literaturanalyse entwickelten die Untersucher ein Kategorisierungsschema nach dem Mehrebenenmodell der ICF, um themenbezogene Variablen für die Datenerhebung zu identifizieren. Als validiertes Instrument zur Operationalisierung der definierten Variablen wurden das RAI 2.0 und das RAI HC herangezogen. Die Datenerhebung erfolgte in Form der videofilmgestützten, offenen, nichtteilnehmenden Beobachtung, die durch standardisierte Befragungen der Beobachteten ergänzt wurde. Dazu generierten die Untersucher Fragebogen für Pflegende und Gepflegte aus dem RAI 2.0 und dem RAI HC. Die Aspekte der sozialen Situation der Klienten und der beruflichen Konstellation der Pflegenden wurden durch das Geriatrie Basisassessment ergänzt.

Der Feldzugang war durch einen ambulanten Pflegedienst sichergestellt. Insgesamt wurden filmersich drei Pflegesituationen mit Pflegebedürftigkeit nach SGB XI erfasst, drei Pflegende und drei Klienten befragt.

Die gewonnenen Daten wurden qualitativ über die Grounded Theory-Methode nach Strauss & Corbin strukturiert und ausgewertet. Das Videomaterial wurde sequenzanalytisch über die Schritte offenes, axiales und selektives Kodieren nach dem Kodierparadigma von Strauss & Corbin untersucht und qualitativ mit den Daten aus den Befragungen verknüpft. Es resultierten drei beschreibende Geschichten, welche über beschreibende Grafiken illustriert wurden. Dabei stand die Darstellung zentraler Kategorien, aus welchen sich Strategien und Konsequenzen entwickelten im Vordergrund. Die Verknüpfung der Einzelgeschichten generierte die Theorie über bestehende kommunikative Hindernisse im ambulanten pflegerischen Versorgungsgeschehen.

Fokussiert betrachtet die Theorie das kommunikative Handling der Körperpflege seitens der Beteiligten. Diese Situation ließ sich als stark vulnerabel und intim identifizieren. Sie bietet aufgrund von Scham, körperlicher Anstrengung und Schmerzen ein hohes Konfliktpotential. Die Kommunikation in dieser sensiblen Lage spiegelt Eigen- und Fremdwahrnehmung der Klienten in ihrer aktuellen Lebenssituation wider.

Als Prädiktoren für Kommunikationshindernisse in der ambulanten Pflege definieren die Untersucher den »sozialen Kontext der Klienten«, das »Ausmaß ihrer gesundheitlichen Einschränkungen«, den »Grad ihrer Hilfebedürftigkeit«, das »Erleben der aktuellen Situation«, den »verfügbaren Zeitrahmen der Pflegenden«, deren »Fähigkeit die individu-

elle Lage der Klienten zu verstehen« und deren »Fähigkeit auf die individuelle Lage der Klienten einzugehen«.

Dementsprechend wurden folgende Strategien beobachtet:

- die Anwendung der Babysprache durch die Pflegenden
- die Distanzierung der Pflegenden
- die Fürsorge der Pflegenden
- die nonverbale Kommunikation durch Pflegende und Klienten
- die Strukturierung durch Pflegende
- die Rechtfertigung durch Pflegende
- die Kritik und Vorwürfe durch Klienten
- die Ironie der Klienten
- die langsame Sprechgeschwindigkeit der Klienten
- die Verbalisierung von Anforderungen/Wünschen durch die Klienten

Als Konsequenzen dieser Strategien fielen die Überforderung der Pflegenden, Frust; Resignation und Zynismus bei Klienten und Pflegenden, eine geringe Kommunikationsmenge oder wenig Kommunikationsinhalte, wenige Kommunikationsmöglichkeiten für die Klienten, Unsicherheit der Klienten und Pflegenden und die Vermeidung von Konflikten auf.

Die dargestellte Theorie kann nicht als theoretisch gesättigt bezeichnet werden. Dazu sind weitere umfangreiche Untersuchungen im Feld notwendig. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung weisen dabei mehrere Richtungen.