

Sabine Ursula Nover, Erika Sirsch, Beatrix Doettlinger,
Birgit Panke-Kochinke

What's going on? Methodologische Fragen zum Verstehen von Menschen mit Demenz in der Versorgungsforschung

What's going on? Methodological issues for understanding people with dementia in healthcare research

Support of the autonomy for people with dementia is essential to increase their quality of life. By knowing the needs as well as the resources of people with dementia it should be possible to ensure an appropriate supply. Thus it is necessary to focus on people with dementia in our research strategy, questions, and designs. This realization causes several methodological and methodical challenges. How can we understand, what people want, intend or what they need, if they can't tell us? We present four qualitative study designs using interviews, ethnographic fieldwork with participant observation, videography, and triangulation. Finally we attempt to stimulate a discussion on the possible solutions.

Keywords

methodology, people with dementia, hermeneutics, ethnography, participating observation, interviews, videography

Die Selbstbestimmungsfähigkeit von Menschen mit Demenz zu fördern ist eine wesentliche Grundlage, um ihre Lebensqualität zu erhöhen. Eine zentrale Voraussetzung dafür ist es, ihre Bedürfnisse einerseits und ihre Ressourcen andererseits zu kennen, um ihre Versorgung passgenau sicherzustellen. Die Entscheidung, Menschen mit Demenz in den Mittelpunkt der Forschungspraxis zu stellen, zieht eine Reihe bisher ungelöster methodologischer und methodischer Fragen nach sich. Wie kann man herausfinden, was Menschen mit Demenz tun, was sie wollen und was sie benötigen, wenn sie aufgrund ihres Krankheitsbildes nur begrenzt in der Lage sind, dies sprachlich zu formulieren? Anhand von Projektdesigns mit Interviews, ethnographischen Verfahren der teilnehmenden Beobachtung, Videographie und integrativer Methoden werden Lösungsvorschläge zur Diskussion gestellt.

Schlüsselwörter

Methodologie, Menschen mit Demenz, Hermeneutik, Ethnographie, teilnehmende Beobachtung, Interviews, Videographie

1. Die Grundidee – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Die Möglichkeiten für Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz zu fördern ist eine wesentliche Voraussetzung, um ihre Lebensqualität zu erhöhen. Dazu ist es notwendig, sowohl die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz wie auch ihre Ressourcen zu (er)kennen. Menschen mit Demenz sind vom Zeitpunkt der Diagnosestellung an von dem Konflikt zwischen Selbstbestimmung und Abhängigkeit besonders betroffen, unabhängig davon, in welchem Versorgungsarrangement sie leben. Hinzu kommt, dass alltägliche soziale Aushandlungsprozesse beim Vorliegen sprachlicher und kognitiver Einschränkungen erschwert sind.

Unter anderem aus diesen Gründen ist bei den vier Projekten, die im Folgenden vorgestellt werden, die Entscheidung gefallen, in der Forschungspraxis Menschen mit Demenz zu fokussieren.

Das hat eine Reihe grundsätzlicher, bisher ungelöster methodologischer und methodischer Fragen nach sich gezogen. So muss man sich zum Beispiel fragen, wie man im Forschungsprozess herausfinden kann, was Menschen mit Demenz wollen und was sie benötigen, wenn sie aufgrund ihres Krankheitsbildes nur begrenzt in der Lage sind, dies sprachlich zu formulieren, wenn sie eine andere Realitätswahrnehmung entwickelt haben oder eigenen Verhaltensregeln folgen. Ebenso ist die Frage zu klären, wie Forschende Äußerungen verstehen können, die sich der allgemein gültigen, typischen Bedeutungszuschreibung entziehen.

Im Mittelpunkt der im Folgenden vorgestellten vier Projekte versuchen wir diese Fragen vor allem auf der methodologischen Ebene zu diskutieren. Die qualitative empirische Analyse der Lebenswelt von Menschen mit Demenz in unterschiedlichen Stadien ihrer Erkrankung, an unterschiedlichen Lebensorten und in unterschiedlichen Handlungsbezügen kennzeichnet dabei den gemeinsamen Fokus.

In den Projekten 1 und 2 interagieren die Forscherinnen mit Mensch mit Demenz direkt, während im dritten und vierten Projekt die Kommunikation/Interaktion zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz von der Forscherin beobachtet wird.

1. Menschen mit Demenz in Selbsthilfegruppen zu besuchen, mit ihnen Gruppendiskussionen zu führen und einzelne von ihnen auch zu Hause zu interviewen diente Birgit Panke-Kochinke dazu herauszufinden, wie die Selbstbestimmungsfähigkeit dieser Personengruppe durch eine Rekonstruktion ihrer eigenen Bewältigungsstrategien unterstützt werden kann. Durch eine Veränderung der Gesprächsstruktur im Laufe von vier Jahren erwachten Zweifel an den textanalytischen Verfahren der rekonstruktiven Hermeneutik und deren Erkenntnismöglichkeiten.

2. Die Bedürfnisse von Menschen mit Frontotemporaler Demenz in den Mittelpunkt der Forschung zu rücken hieß für die Forschungsgruppe, der Sabine Nover angehört, klassische Feldforschung zu betreiben: in einem ersten Schritt erst einmal herauszufinden, was diese Menschen tun, wie sie sich verhalten, was sie sagen und wie sie mit ihren Angehörigen kommunizieren. Der Zweifel entstand schon vor der eigentlichen Daten-

erhebung durch die in der Literatur vertretene Einschätzung, dass Menschen mit FTD nicht nach den Normvorgaben der Kommunikation reagieren. Wenn diese Annahme stimmt, wie ist dann der qualitative Zugriff auf eine Rekonstruktion ihrer Lebenswirklichkeit möglich?

3. Im Setting der stationären Versorgung des Akutkrankenhauses beobachtete Erika Sirsch, wie Pflegende mit Schmerzäußerungen von Menschen mit Demenz umgehen, und traf auf zunächst unerklärliche Handlungssituationen: Pflegende verstanden es einfach nicht, wenn Menschen mit Demenz Schmerzen durch Gestik, Mimik und Laute äußerten. Zweifel am gewählten Studiendesign einer qualitativen Beobachtungsstudie und an der eigenen Rolle als Forscherin traten auf.

4. Beatrix Doettlinger interessiert sich dafür, wie Pflegeexpertinnen, die Erfahrungen in gestischer Kommunikation haben, mit Menschen mit Demenz im späten Stadium ihrer Erkrankung interagieren. Mithilfe zweier Videokameras zeichnete sie Szenen von Handlungs-Kommunikation zwischen Pflegenden und Menschen mit Demenz auf. Die dokumentarische Methode als Grundlage für die Analyse der Videosequenzen schien theoretisch geeignet und praktisch anwendbar. Bei der Forscherin traten Zweifel an der Sinnhaftigkeit eines Verfahrens auf. Sie musste die Forschungsmethode im Prozess erst weiterentwickeln, wodurch sie so zeitaufwendig wurde, dass es dem Mainstream der Forschung kaum mehr entsprach und doch gerechtfertigt war.

Die Gemeinsamkeiten dieser vier Projekte finden sich auf der Ebene theoretischer Grundannahmen, vor allem hinsichtlich einer Methodologie von Prozessen des Verstehens, wie auch forschungspraktischer Grundlegungen, etwa hinsichtlich der eigenen Haltung, ethischer Ansprüche oder Forderungen an das Design.

Was „Verstehen“ im hier angenommenen Sinn bedeutet hat u. a. Anne Honer (1989) definiert. Es ist methodologisch sicher zu stellen, dass es gelingt, seinen Gegenstand logisch konsistent und systematisch zu erfassen, sich auf überprüf- und ggf. widerlegbare Daten zu beschränken, und die jeweilige „*Wirklichkeit als konstruiert und vorinterpretiert*“ zu verstehen (Honer 1989: 297) – damit wird sie für Forschende rekonstruierbar. Die vier Projekte bieten jeweils unterschiedliche Lösungsvorschläge für diese drei Forderungen an.

Ethische Grundsätze sind an die Modelle des „Informed consent“ (Kim et al. 2009 oder Klie et al. 2014) und des „ongoing consent“ (Dewing 2007) angelehnt. Äußern oder zeigen Menschen mit Demenz in irgendeiner Form Unbehagen mit der Beobachtungssituation, ist die (unterstellte) Zustimmung zu überprüfen und im gegebenen Fall als widerrufen zu betrachten.

Auf der inhaltlichen Ebene steht bei allen die Kommunikation mit Menschen mit Demenz unterschiedlicher Formen und Krankheitsstadien im Zentrum. Diesbezügliche Bedürfnisse der hier fokussierten Menschen können sich auf die notwendige Veränderung herkömmlicher Kommunikationsstrukturen, -formen und/oder -modi beziehen.

Gemeinsam ist den vorgestellten Projekten auch die Überzeugung, dass die auftauchenden methodologische Zweifel im Forschungsprozess selbst für das Erlangen von Gewissheit über die Tragfähigkeit der Ergebnisse – im Rahmen der festgelegten Reichweite – von großer Bedeutung sind. Im dritten und vierten Projekt ist zudem der Zweifel der Pflegenden im Hinblick auf ihre eigene Situation methodologisch zu reflektieren.

Eine zentrale und grundlegende methodologische Frage, die auf der Ebene der Reflexion entsteht¹, verbindet also die im Folgenden vorgestellten vier Projekte miteinander: Wie lassen sich in qualitativen empirischen Studien, in denen Menschen mit Demenz und ihre Lebenswirklichkeit im Mittelpunkt stehen, entlang von Phasen des Zweifels Erkenntnisse generieren, die eine neue reflektierte Stufe der Gewissheit hervorbringen? Uns hat dabei interessiert, unter diesem Aspekt Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Projekten methodologisch zu fassen, die sich inhaltlich alle mit Menschen mit Demenz auseinandersetzen und eine große Bandbreite von Herangehensweisen zeigen.

Die stark differierenden Darstellungsweisen und -stile sind den Unterschieden in Herangehensweise, fokussierter Gruppe und gewählten Zugängen geschuldet, die Struktur der Beiträge dagegen stellt ihre Gemeinsamkeiten heraus. Das sind die Fragen danach, wie Verstehen gelungen ist, und wie auftretende Zweifel im Forschungsprozess methodologisch gesichert in Erkenntnisse umgewandelt wurden.

2. Die Herangehensweisen: Der Umgang mit dem Zweifel

2.1 Vernünftig verstehen – Interviews als Methode. Ein Selbstversuch am Fall. Birgit Panke-Kochinke

Verstehen

Die oben benannten grundlegenden Probleme von Verstehen und Zweifel werden auf der Basis meines am DZNE Witten durchgeführten Projektes „Lebensabläufe und Bewältigungsstrategien“ (LEBE) (abgeschlossen 2014) als Folgestudie von „Selbstbestimmung und Intervention“ (SEIN) (abgeschlossen 2012) vorgestellt.

Frau A. ist eine kleine Frau, schlank, mit grauen Haaren, liebenswert, ein intelligentes, ehrliches und bezogenes Gegenüber im Gespräch. Seit vier Jahren besuche ich sie einmal im Jahr, um ein Interview mit ihr zu führen.² Früher habe ich die Termine mit ihr selbst abgesprochen, angerufen, Briefe geschrieben. Sie hatte meine genaue Ankunft im Kopf und stand bereits am Gartentor, um mich zu begrüßen. Sie hat einen tiefen Sinn für das, was sie „Gemeinsamkeit“ nennt: ihr Ehemann, ihr Sohn, die Freundinnen und Freunde und auch die Selbsthilfegruppe gehören dazu. Sie lebt und fühlt in der Bezogenheit auf diese Gemeinschaft mit anderen und wendet, in ihren eigenen

1 Dabei ist für uns alle die Reflexion in Forschergruppen der zentrale und zielführende Weg gewesen.

2 Birgit Panke-Kochinke, vgl. DZNE Witten Jahresberichte 2012 und 2014

Worten, ihre Psychologie auch auf sich selbst an. Es ist ihr wesentlich, die gelingenden Seiten des Lebens zu betonen: was tut gut, was ist richtig, wie kann man auch im Angesicht der Probleme, die jedes Leben bietet, die guten Seiten entdecken, das Schöne wahrnehmen, etwas für sich tun, den Schwierigkeiten, die das Vergessen im Rahmen der Demenz mit sich bringt, die eigene Selbstwirksamkeit entgegensetzen? Das Rezept für die Kartoffelsuppe zu vergessen heißt dann im Gegenzug auch, diese gemeinsam mit dem Sohn kochen zu können und sich daran zu freuen, dass man das gemeinsam tun kann.

Theoretische Begründungsmuster erlauben es ihr, eine Freude an Bewegung, an Tanz, Gymnastik und vor allem am Klavierspielen in ein Übungsprogramm gegen die Demenz zu verwandeln, ohne die Freude daran zu verlieren. Klavierspielen – so der Tenor der eigenen Theorie – schult das musikalische Gedächtnis, und die Schulung des musikalischen Gedächtnisses wiederum arbeitet dem Vergessen entgegen.

Das Gespräch mit Frau A. ist ein echtes Gespräch für mich: sie fragt, erklärt, bemüht sich um Selbsterkenntnis und ist dabei sehr bezogen auf mich als Gegenüber. Im Laufe der vier Jahre hat sich von meiner Seite eine achtungsvolle und wertschätzende Beziehung entwickelt.

Seit etwa zwei Jahren weiß sie eigentlich nicht mehr, wer ich bin und was ich will und ich weiß nicht, was sie versteht. Ihr Partner vermittelt die Termine, erinnert sie daran und erzählt von mir. Wenn ich komme, geht er in sein Arbeitszimmer. Nach dem Gespräch hat sich ein Ritual entwickelt: wir gehen gemeinsam mit einem befreundeten Ehepaar – einer davon ist ebenfalls mein Interviewpartner – etwas essen. In dieser Gruppe wird sie plötzlich still, erzählt nicht mehr davon, dass sie oft besser weiß, mit welchen Bussen man fahren muss, um in den Botanischen Garten zu kommen oder wie es ist, gemeinsam mit Mann und Sohn im Garten zu arbeiten und dass sie genau das so sehr liebt. Sie erzählt auch nicht mehr von den Urlauben mit Freunden, in dem kleinen eigenen Haus in der Türkei oder davon, wie gut es ist, mit diesen Menschen zusammen zu sein. Die Selbsthilfegruppe hat sich inzwischen aufgelöst und wird eigentlich auch nicht mehr erwähnt. Hier war sie, die ehemalige Therapeutin, eine tragende Figur: nachfragen, sortieren, intervenieren und bestätigen. Bei diesen gemeinsamen Essen lässt sie es sich auch wortlos gefallen, dass ihr Ehemann sie kritisiert. Vielleicht gehört das zu ihrer Strategie mit dem Streitbaren in ihm angemessen umzugehen.

Umgang mit Zweifeln

Ich habe eine Beziehung zu ihr aufgebaut, von der sie intellektuell weniger weiß als ich – denke ich mir zumindest. Und trotzdem – sie bleibt sich in ihrer Offenheit und Wertschätzung gleich. Das letzte Gespräch – ich habe es erst gar nicht gemerkt, konnte es nur in dem nachträglich angefertigten Transkript und der rekonstruierenden Textanalyse erfassen – hatte sich etwas verändert. In meiner empathischen, Lücken automatisch ausfüllenden Denkweise ergänzte ich während des Gespräches das, was gar nicht mehr gesagt wurde. Eine wunderbare alltagspraktische Art: sie fragte mich beständig,

ob sie etwas schon erzählt habe, fragte nach Begriffen, die ihr nicht einfielen und zog mich so in die Verantwortung für das, was sie nicht erinnern konnte. Unbemerkt für mich war ich erst durch den Text darauf aufmerksam geworden, dass ich an einem Punkt der Gesprächsführung schon längst herangekommen war, den ich eigentlich gesucht hatte: unkoordiniert, getragen von kognitiven Beeinträchtigungen erschloss sich der Inhalt des Gesagten eigentlich nur noch über meine erinnerte Phantasie.

Mein wissenschaftlicher Geist setzte sich also erneut der rekonstruierenden Textanalyse (Panke-Kochinke 2004) aus, konstatierte Unverständnis, bemühte sich erneut darum, logisch erscheinende Brücken zu bauen. Nicht-Verstehen-Können, Brüche reihten sich aneinander. Das Gesagte blieb weitgehend stumm für meine Außenwahrnehmung.

Der Text wurde zu einer Herausforderung, einem Musikstück, dessen Melodik sich mir nicht entschlüsselte – außer – und da lag das methodologische Problem – ich zog eine Linie in meinem Innern der empathischen Haltung, den erinnerten und angesammelten Wissensbeständen, des Einfühlens in diese Person gegenüber, der ich mich nahe fühlte und so auch nur eine Melodie im Augenblick fühlen konnte – eine Form der Evidenz, die sich nicht wirklich in Worte fassen lässt (Panke-Kochinke 2013, Panke-Kochinke 2012). Klare methodische Regeln zu befolgen war eine erste Reaktion auf diese Verunsicherung. Irgendetwas musste doch sicher zu erkennen sein. Doch auch das wurde mir als Wissenschaftlerin zu einem Problem. Was wollte ich erkennen? Mich als Wissende, mein Gegenüber als Wissensverlierende oder uns beide als Musizierende?

Konfusion, Irritation, Parteilichkeit, Empathie – mein wissenschaftlicher Geist vernebelte sich auf eine bisher kaum bekannte Art und Weise. Ich begab mich auf die Suche nach einer Lösung und wusste, dass es ein erkenntnistheoretisches Problem sein würde. Ich erprobte unterschiedliche Zugangsweisen zum Text: immanente Paraphrasen, Sequenzen, Verläufe, Rahmenschaltelemente (Bohnsack 2010; Bohnsack u.a. 2010; Bohnsack u.a. 2006; Flick 2006; Schütze 1983). Irgendwann begann ich, mich von der angestregten Suche nach einer Lösung zu entfernen: Ich lernte zu spielen, und zwar zu spielen mit dem methodischen Wissen, das ich kenne. Zunächst recht eklektizistisch. In meinem Kopf entstanden Metaphern, -bilder; Versuche, Lückenmuster zu rekonstruieren; Lochmusterstickerei also statt mehr und mehr Füllmaterial zur Schließung der Lücken zu entwerfen (Panke-Kochinke 2014).

Ich erkenne, dass die Worte in der Sprache, die ich höre und lese, in ihren Mustern einer Melodie folgen und zwar einer Melodie, die sich aus meiner Erinnerung speist und in dem Moment, in dem sie sich von dieser abwendet, in der Phantasie der Logik landet, wie ich sie einzuüben gewohnt bin. Aber – das, was mir als Versatzstück erscheint, ist nicht unbedingt zu einem vollständigen Muster zusammensetzen, öffnet vielmehr den Zugang zu einem Denken, in dem der Bruch zum Leben wird, der sich in Geist und Wort manifestiert. Es ist nicht mehr die Logik, die ich hier rekonstruieren kann, es ist vielmehr der Versuch, sich in dem mitzuteilen, was der Person noch angehört und das ist keineswegs und nur auf der Verstandesebene zu begreifen aber durchaus auf einer solchen zu beschreiben.

Erkenntnisse

Welche methodologischen Konsequenzen ergeben sich aus diesem Erleben? Ich bemühe mich um Thesen, die eine Diskussion öffnen können. Die redundante Selbstversicherung wissenschaftlicher Erkenntnissicherheit erscheint an dieser Stelle nicht zielführend.

1. Ein Verstehen im Sinn eines klassischen hermeneutischen Überwurfs ist für solche Textfragmente nicht allein zielführend. Der Bruch, die Verwerfung – im Denkmodell der Psychoanalyse noch einer Logik der Sprache gehorchend – die Lücke und die Melodie dieser Selbstäußerung gilt es zunächst zu beschreiben. Vielleicht sind hier ergänzende Formen der epischen Erzählung, der dichten Beschreibung (Geertz 2003) ausbaufähig. In jedem Fall würde sich in einem solchen Text die Hilfsfunktion der Eigenlogik brechen.

2. Ein nahezu biblisches Verständnis von gesprochenen und/oder geschriebenen Worten als Ausdruck, Bedeutung und Gestalt, als Kontextvariable oder Erschließungsmetapher lässt sich in einem solchen Textfragment vermutlich nur in einem anderen Sinn prüfen denn als Ausdruck von Personsein. Die Fragmentierung zwischen Ich und Du, Selbst und Persona oder auch Individuum und Gesellschaft in einer Person oder im Bezug zu einer Person erschließt sich in der Lösung nicht unbedingt als hilfreich (Rogers 2012). Sprache wird im Sinne von Sibylle Krämer (2001) zu einem kommunikativen Akt der besonderen Form und führt zu einem Verständnis des Anderen im Prozess einer Anerkennung, die nicht auf dem Vernunftbegriff beruht (Nussbaum 2014). Selbstbestimmung an dieser Stelle als Vernunfthaltung zu interpretieren ist irreführend. Die Sprache transportiert ein Begehren und dieses Begehren gilt es zu entschlüsseln.

3. Das Problem der Empathie in ihrem changierenden Bezug zur Evidenz zerfällt im Angesicht des Augenscheinlichen in Bruchstücke der Selbsterkenntnis. Ethnomethodologisch entfremdet wird das gleich Erscheinende zum Gegenüber und ist doch weitgehend gehalten vom fremden Ich. Der spielerische Zugang scheint im Übergang dahin in einer Verhärtung des Selbstschutzes zu verkommen. Warum, so kann man sich fragen, erscheint es dann nicht geboten, Bruchstücke mit Kunstwerken und Poesie begleitend zu analysieren? Diese Idee ist nicht neu und öffnet in einer bestechend einfachen Perspektive die Verbindungstür zu einer Kreativität, die eben kontrollierbar ist.

Ich erprobe vor diesem Hintergrund noch einmal die Rückkehr an den Anfang meiner Beschreibung:

Frau A. Sie ist mir im Laufe der Jahre ans Herz gewachsen. Ich glaube sie zu verstehen, doch ihr Text sagt etwas anderes. Diesen Bruch erlebe ich als methodologische Bereicherung. Die Sprache wird in diesem Text zu einer Melodie, die den Diskurs der Krankheit im Binnenraum der Erfahrung nachzeichnet. Das zu entschlüsseln ist nicht möglich. Die Grenzen der Vernunft im Andern gespiegelt, sind nicht mehr klar zu definieren. Wenn man allerdings genau hinhören lernt, und das meint spielerisch, empathisch, malerisch, mit allen Sinnen und gleichzeitig voller Distanz dem Gesprochenen gegenüber, nicht mehr versucht, den Vernunftsinne zu entdecken, kann man lernen,

sich diesem Unsinn zu öffnen – denn warum sollte in etwas ein Sinn stecken, nur weil es unsere Vernunft so will? Möglicherweise wäre es sinnvoller, mich in der Spiegelung meines Gegenübers zu begreifen als ein Mensch, der bestrebt ist seinen Verstand zu retten und dabei doch fasziniert auf dieses Andere der Vernunft blickt, das er selbst nicht wahrhaben kann?

Der Mensch, den wir als Menschen mit Demenz bezeichnen, ist ein Mensch, der in der direkten Kommunikation ein erinnertes Gegenüber darstellt und in dem gesprochenen Wort, das er produziert das Gegenüber als Erinnerungspool nutzt. Als Text und abgelöst von der Person produziert er eine Ordnung, die unsinnig erscheint, weil sie keiner, auch nicht einer gefühlten Vernunft gehorcht. Diese dort hinein transportieren zu wollen, ist Reproduktion von Unsinn – zumindest wissenschaftlich betrachtet.

Zwei Perspektiven tun sich so auf: zum einen wird die Lücke im Text, das Dazwischen in seiner Melodie zum Thema und zum andern wird die Person, die analysiert, der Gegenstand der Untersuchung.

2.2 Zugangswege eröffnen – Der Einsatz von Videographie zum Verstehen von Menschen mit Frontotemporaler Demenz (FTD) Sabine Ursula Nover

Verstehen

Verstehen, als „universales lebenspraktisches Gebot“ (Hitzler 2015: 14) allen Menschen zugeschrieben, schließt auch diejenigen mit ein, deren (unterstellt sinnhaftes) Handeln für andere sinnlos, unzweckmäßig, eben unverständlich anmutet. Diese generelle Annahme ist für die Untersuchungsgruppe dieser Studie, die den Alltag von Menschen mit Frontotemporaler Demenz – buchstäblich – in den Fokus genommen hat³, methodisch leitend. Denn obwohl Menschen mit Frontotemporaler Demenz vor allem im frühen Stadium ihrer Erkrankung zum Teil gravierende Veränderungen der Persönlichkeit, ihres Sozialverhaltens und ihrer Emotionen zeigen, ist grundsätzlich davon auszugehen, dass es einen methodischen Weg gibt, sie in ihrem Denken und Handeln verstehen zu können. Das bedeutet allerdings eine Infragestellung zentraler methodologischer Grundannahme qualitativer Forschung:

So ist es zunächst zu bezweifeln, ob die Methoden der qualitativen Sozialforschung angewendet werden können, deren zugrunde liegende theoretische Annahmen, etwa über die Rekursivität von Handlung oder die Ausrichtung des Handelns an vorfindbaren Strukturen, nicht mehr greifen. Methodologisch ist also zu diskutieren, ob Erhebungs- und vor allem Auswertungsmethoden angewendet werden können, d. h. tragfähige Ergebnisse liefern können, wenn die Begründungskette Theorie => Methodologie => Methode zerrissen ist.

3 Alltag aus der Perspektive von Menschen mit Frontotemporaler Demenz (AspektFTD), Sabine Ursula Nover, Claudia Dinand, Margareta Halek, vgl. DZNE Witten. Jahresbericht 2013

Ohne damit das interpretative Paradigma⁴ verlassen zu wollen, kann festgehalten werden, dass ein Grundpfeiler sozialen Handelns und damit Teil von Prozess und Praxis der Herstellung sozialer Wirklichkeit Normen und Regeln sind. Normen lösen Koordinationsprobleme von Handeln, sie sind interaktionsrelevant und haben einen verpflichtender Charakter. Soziales Handeln ist normatives Handeln bei sozialer Mehrheit wie bei sozialen Randgruppen, unabhängig davon, ob diese Normen schon bestanden haben oder im Prozess gemeinsam entwickelt werden⁵. Unabhängig auch davon, ob versucht wird, sie zu beachten, zu modifizieren oder sie zu missachten, bleiben sie Referenz und Maßstab sozialer Aktion. Wie aber kann der Umgang mit Menschen gestaltet werden, die diese Regeln ‚nicht einmal ignorieren‘, bei denen auch ‚soziale Tatbestände‘ (Durkheim 1984) scheinbar nicht mehr wirken?

Diese Problematik ist demnach nicht projektspezifisch, sondern spielt eine Rolle bei allen Projekten, die unterschiedliche Kulturen zum Forschungsthema haben. Sie ist programmatisch bei allen ethnografischen Studien. Aber auch da wird weiterhin davon ausgegangen, dass es sich um eine soziale, also gemeinsam hergestellte Wirklichkeit handelt. Den medizinischen Erkenntnissen zufolge wäre auch diese theoretische Grundannahme nicht gültig. So werden bei der Erkrankung der Frontotemporalen Demenz in der Regel zwei Grundformen unterschieden. Die häufigste Form (Rabinovici et al. 2010), die Verhaltensvariante (bv-FTD), geht vor allem in den frühen Krankheitsstadien mit zum Teil gravierenden Veränderungen der Persönlichkeit, des Sozialverhaltens und der Emotionen einher, während Abweichungen in der Gedächtnisleistung oder kognitiven Fähigkeiten kaum eine Rolle spielen (Rankin et al. 2005, Piguet et al. 2013). Einerseits haben die Symptome z. B. großen Einfluss auf den Alltag und die sozialen Beziehungen der Erkrankten; gleichzeitig haben die Betroffenen selbst kein oder kaum ein Krankheitsempfinden, erleben im Gegenteil ihre Umwelt als verändert, während sie selbst „die Alten“ geblieben sind. Aktuell gibt es weder psycho-soziale noch pharmakologische Interventionen, die über die Unterdrückung der Symptome hinausgehen (Massimo et al. 2008, Mendez 2009, Piguet et al. 2011, Warren et al. 2013).

Diese Ausgangssituation brachte gravierende Herausforderungen für die in der Forschung eingesetzten Methoden mit sich. So war zu klären,

- wie die subjektive Sicht/die Perspektive des Gegenüber bei einer grundsätzlich anderen Realitätswahrnehmung nachvollzogen bzw. eingenommen werden kann,
- wie Verhaltensweisen, die sich nicht an normativen Strukturen orientieren, „verstanden“ werden können
- wie Verständigung bei stark veränderten Kommunikationswegen erzielt werden kann.

Den Prozess der Reflexion aller Ebenen des Verstehens durch die Forschenden hat Hitzler (2002) sehr anschaulich „Verstehendes Verstehen von Verstehen“, damit die

⁴ Etwa Schütz (1932) oder in Weiterführung Berger/Luckmann (1969)

⁵ s. dazu Beiträge so unterschiedlicher Theorieschulen wie Weber (1972), Mead (1968), Parsons (1964), Habermas (1992)

Rekonstruktion von Sinn, genannt. Die Verbindung von Verstehen und Sinnkonstruktion legt damit einen ersten Lichtstrahl ins Dunkel: Wenn unterstellt wird, dass Menschen immer nach je eigenen Sinnkonstruktionen handeln, unabhängig davon, ob sie sich dabei eng oder (scheinbar) gar nicht an die Sinnkonstruktionen anderer anlehnen, muss es möglich sein, auf dieser ersten Ebene Verstehen nachzuvollziehen. Auf unsere Zielgruppe angewendet heißt das also, die Realitätswahrnehmung der Menschen mit FTD als untrennbar mit ihrer eigenen Interpretation verbunden zu begreifen.

Verstehen als grundlegendes Ziel von Sozialforschung, damit der zweiten Ebene, ist abhängig vom unbedingten Willen, Zweifeln zu wollen und Zweifel zu jeder Zeit als unschätzbare Hilfe im Forschungsprozess willkommen zu heißen.

Das Verstehen dessen, was und wie die Forschenden selbst agiert bzw. rekonstruiert haben, bildet die dritte Ebene.

Umgang mit Zweifeln

Eine weitere Schwierigkeit kam also in Bezug auf unsere Untersuchungsgruppe hinzu. Wenn sich diese Vorannahmen der medizinisch geprägten Sichtweise als richtig erweisen sollten, und es keine gemeinsame Ebene der interaktiv hergestellten Wirklichkeitskonstruktion gab, mussten wir uns fragen, ob wir überhaupt einen methodischen Zugang, wie ihn die qualitative empirische Sozialforschung bot, einsetzen konnten. Ein Wissen darüber, wie Menschen mit FTD ihre Wirklichkeit erleben und ob sie dabei auch in einen nachvollziehbaren sozialen Bezug zu ihrer Umwelt traten, fehlte fast völlig.

Wir entschlossen uns zunächst einmal dazu diese Vorannahme, die ja einen weitreichenden methodologischen und in der Folge auch theoretischen Zweifel auslöste, in einer Pilotstudie zu überprüfen. Wir stellten zunächst unsere eigentliche, zentrale Forschungsfrage danach, welche Bedürfnisse Menschen mit FTD in ihren Selbstäußerungen erkennen lassen, zurück, und konzipierten die Vorstudie entlang der beiden zunächst zu klärenden Fragen:

- Wie kommunizieren und interagieren Menschen mit FTD?
- Welche Erhebungs- und Auswertungsmethoden sind zielführend anwendbar?

Aus den genannten Gründen kam für uns nur ein ethnographisches Design infrage. In das Sample der Pilotstudie wurden fünf Menschen mit FTD und ihre Angehörigen aufgenommen.

Wir entschieden uns für das Verfahren der teilnehmenden Beobachtung und die Technik der Videographie. Dieses technische Medium als Erhebungsinstrument erlaubt es, in der Analyse auch eine Form der Interaktion zu erfassen, die für das menschliche Auge auf den ersten Blick nicht wahrnehmbar ist. Sprache, Gestik und Mimik lassen sich in einer mikroanalytischen Form und einer zeitlichen Verlangsamung der Handlungsabläufe „unter die Lupe“ nehmen.

Wir begleiteten zwei Menschen mit FTD mit ganz anders geprägten Bewegungsmustern: eine Person war ständig „unterwegs“, bei der anderen wechselten Phasen scheinbarer Erstarrung mit Bewegungen sehr unterschiedlicher Zeitmaße und Geschwindigkeiten. Eine Kameraführung, die alle Wege und Tempi mitvollzog, war hier unsere Lösung.

Die nächste Stufe des Zweifelns betraf die Auswertung der erhobenen Daten. Hier hat sich erst über eine Kombination der Analyse von Handlungsabläufen („Handlungscharakter des bildlichen Ausdrucks“, Reichertz 2014: 62), von Einzelbildern und des Tons (Sprache, Laute, Geräusche der Anwesenden) eine tragfähige Erkenntnisbasis entwickeln lassen. Im Detail heißt das: zunächst in einer Detailanalyse von Handlungszügen Muster/Strukturen erkennen, im gesamten Datenkorpus danach suchen, dann mit ähnlichen oder kontrastierenden Sequenzen vergleichen. Zweifel an der Interpretation des Gesehenen ließen sich nur dadurch beheben, dass wir unser methodisches Vorgehen und die ersten gewonnenen Ergebnisse in der Forschungsgruppe wie auch zusätzlich mit unbeteiligten ForscherInnen diskutierten, um eine Ebene der methodischen Kontrolle einzufügen, nach obiger Skizzierung die dritte Ebene des Verstehens.

Erkenntnisse

Durch eine schrittweise Annäherung an die Forschungsfrage haben wir Lösungen und damit eine neue Stufen temporärer Gewissheit gefunden. Gemäß den gestellten Fragen erhielten wir Antworten auf drei Ebenen.

1. Inhaltlich:

Hinsichtlich der Frage nach Kommunikation/Interaktion der beobachteten Menschen mit FTD ließen sich bei sehr unterschiedlichen Arten von Reaktionen zumindest drei Verhaltensmuster nachweisen, bei denen die beobachteten Menschen mit FTD sprachlich wie auch handlungs-technisch agieren. Die eingesetzte Methode hat sich also als wirksam herausgestellt, um Interaktionsmuster unterschiedlichster Art zu identifizieren.

2. Methodologisch:

Wenn ein Zweifel darüber besteht, ob überhaupt eine Form der rekursiven Kommunikation besteht und damit die Grundannahme qualitativer empirischer Sozialforschung in Frage steht, erscheint es zunächst einmal sinnvoll, diese Annahme selbst zu überprüfen. Der Einsatz eines methodischen Erhebungszuganges wie die Technik der Videographie erwies sich in unserem Fall als geeignet. Sie bietet die Möglichkeit, neue mikroanalytische Interpretationswege zu verfolgen.

3. Methodisch:

- Um die Lebenswirklichkeit von Menschen mit FTD zu erschließen, ist eine möglichst umfassende Rekonstruktion ihres Erlebens in konkreten Handlungssituationen durch Beobachtung der primäre methodische Zugang.

- Das schließt auch die Beschreibung ihrer Erfahrungen auf der Grundlage von Selbstäußerungen ein. Dazu ist es nötig, sämtliche Äußerungen und Ausdrucksformen der Menschen mit FTD zu registrieren und zu analysieren.
- Ergänzend können Interviews mit Angehörigen/Pflegenden geführt werden, um deren jeweilige Realität zu erheben. Differenzen in der Wahrnehmung bergen Konfliktpotential.

Die oben beschriebene Vorgehensweise hat es ermöglicht, kleinste Selbstäußerungen und Reaktionen der Menschen mit FTD zu bemerken – in der Situation selbst sind sie keinem der Anwesenden aufgefallen – und zu analysieren. Somit können mittelfristig Hinweise entwickelt werden, worauf „in Echtzeit“ zu achten ist.

Die Klärung dieser inhaltlichen wie methodischen Grundlagen ermöglicht es nun, in nächsten Schritten von Zweifel und Gewissheit zur Frage danach zu gelangen, welche Rückschlüsse auf Bedürfnisse sich aus den analysierten Handlungen ziehen lassen.

2.3 Mittels teilnehmender Beobachtung zur Rekonstruktion der Schmerzkommunikation bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus gelangen. **Erika Sirsch**

Verstehen

In dem Projekt zur Entscheidungsfindung bei der Selbst- oder Fremdeinschätzung von Schmerz bei Menschen mit mittelschwerer Demenz im Akutkrankenhaus (SmeDeK)⁶, dessen Ergebnisse auch meine Promotion begründeten, stand die Schmerzerfassung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus im Fokus. Zunächst einmal war zu klären, was eigentlich unter Schmerz zu verstehen ist. Schmerz wird, so die tragende Vorannahme, von jedem Individuum individuell erlebt. Seit mehr als einem halben Jahrhundert gilt, dass Schmerz das ist, was der Betroffene als solches beschreibt (McCaffery 1968). Schmerzerleben drückt sich dabei über drei unterschiedliche Dimensionen aus: sensorisch, affektiv und kognitiv (Melzack 1999; Scherder et al. 2005; Nilges et al. 2011). Als vierte Dimension wird eine behavioristische beschrieben (Snow et al. 2004). Entscheidend ist, dass diese Schmerzdimensionen sich durch unterschiedliche Informations- und Kommunikationswege auszeichnen. So können mittels der sensorisch-diskriminativen Dimension Hinweise zum Schmerzort, zur Lokalisation und der -intensität gegeben werden. Ob Schmerz als zerstörend, schrecklich oder beherrschbar erlebt wird, wird der motivational-affektiven Dimension zugeschrieben (Scherder et al. 2005; Nilges et al. 2011). Die kognitiv-evaluative Dimension hingegen kennzeichnet die bewusste gedankliche Beschäftigung mit dem Schmerz (Melzack 1999) und die von Snow und KollegInnen (2004) beschreibende behavioristische Dimension des Schmerzes adressiert die Auswirkung des Schmerzes auf das individuelle Verhalten der Person.

⁶ Erika Sirsch, Birgit Panke-Kochinke, Margareta Halek, Sabine Bartholomeyczik, vgl. DZNE Witten. Jahresbericht 2013

Was ist nun das Besondere, das die Schmerzäußerungen von Menschen mit Demenz bestimmt? Welche Herausforderungen stellen sich für eine wissenschaftliche Untersuchung?

Menschen mit Demenz büßen im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung zunehmend die Fähigkeit ein, ihr Schmerzerleben durch Selbsteinschätzung benennen zu können (Basler et al. 2001; Lautenbacher et al. 2007). Sie sind dann häufig nicht mehr zur Selbstauskunft in der Lage und präsentieren z. B. unspezifische verbale Äußerungen, non-verbale Reaktionen oder reagieren mit herausfordernden Verhaltensweisen auf ihr Schmerzerleben (Husebo et al. 2011). Personen mit fortgeschrittener Demenz sind besonders im Krankenhaus darauf angewiesen, dass Pflegende verbale und non-verbale Schmerzäußerungen als Kommunikationsmittel zum Schmerzleben wahrnehmen und entsprechend interpretieren, denn eine adäquate Schmerzbehandlung setzt voraus, dass Schmerz überhaupt erst einmal erkannt wird. Ausschließliche Informationen zum Schmerzerleben der Patienten über Selbstauskunft und damit über die sensorisch-diskriminative Dimension greifen bei dieser Gruppe zu kurz. Daher wird empfohlen, dass Pflegende systematische Selbst- und Fremdeinschätzungen von Schmerz bei dieser Personengruppe gezielt einsetzen (DNQP 2011; DNQP 2014). Professionell Pflegende sollten sich bewusst sein, dass sie häufig die „Definitionsmacht“ haben, ob die Selbstauskunft zu Schmerz adäquat ist oder ob das Verhalten oder die Äußerungen bei Personen mit fortgeschrittener Demenz als non-verbale Kommunikation des Schmerzerlebens gedeutet werden müssen. Instrumente zu einer systematischen Fremdeinschätzung von Schmerz, die auch Aspekte der behavioristischen und emotionalen Dimensionen umfassen, sind zwar vorhanden. Empfehlungen allerdings, wann eine solche Fremdeinschätzung zu erfolgen hat, fehlen bislang (DNQP 2011; DNQP 2014).

Die Studie SmeDek verfolgte daher konkret das Ziel, eine Entscheidungshilfe für Pflegende zum Einsatz von Selbst- und Fremdeinschätzungsinstrumenten zum Schmerzerleben bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus zu entwickeln.

Umgang mit Zweifeln

Eine systematische Literaturanalyse erschien als ein wichtiger erster Schritt, um herauszufinden, ob im internationalen Kontext bereits eine solche Entscheidungshilfe existierte. Aus der Literatur ließ sich allerdings keine Empfehlung zum Einsatzpunkt einer standardisierten Fremdeinschätzung von Schmerz ableiten. Daher wurde die Entwicklung einer Entscheidungshilfe zum Einsatz konzeptioniert. Das pflegerische Handeln sollte in der klinischen Praxis analysiert und das implizite Wissen der Pflegenden, das zu einer solchen Entscheidungsfindung bereits genutzt wurde, sichtbar gemacht werden. Mögliche Muster der Schmerzkommunikation sollten durch die Rekonstruktion der Kommunikation Pflegender untereinander und mit Patienten erkennbar werden. Aber wie konnte es gelingen, die Kommunikation zum Schmerzerleben bei per definitionem als kommunikationseingeschränkt geltenden Personen mit Demenz im Krankenhaus zu erfassen, zu analysieren und zu rekonstru-

ieren? Wie ließ sich das Schmerzerleben von Menschen mit Demenz im Krankenhaus aus der Perspektive einfangen, wie sie die Pflegenden und ihre Patientinnen und Patienten erlebten? Wie konnte man die alltägliche pflegerische Situation aus der Sicht der beteiligten Personen beschreiben? Wie konnte man verhindern, dass sich das Vorwissen als Forschende eher behindernd auf die Analyse des Forschungsfeldes auswirkte? Konnte es sein, dass meine Anwesenheit als Forschende eher als eine Kontrollfunktion wahrgenommen wurde und ich daher gar keinen wirklichen Einblick in den Ablauf des alltäglichen Pflegehandelns bekommen würde?

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung, eingebettet in den methodologischen Rahmen der ethnografischen Lebensweltanalyse (Honer 1993; Honer 2003), erschien als ein geeigneter Zugang (Flick et al. 2003). Die Beobachtungen sollten während der Früh-, Spät- und Nachtdienste nach einem definierten Zeit- und Ablaufplan erfolgen, sie gliederten sich in einen teilstrukturierten und einen offenen Teil.

Konkrete Befürchtungen, die Pflegehandlungen durch die Beobachtungen massiv zu stören erwiesen sich durchgehend als unberechtigt. Durch die Beobachtungsprotokolle gelang es, die pflegerischen Handlungssituationen, in denen Schmerzäußerungen von Menschen mit Demenz auftraten, zu erfassen. Viele Aussagen ließen sich in der wörtlichen Rede erinnern und dokumentieren. Die Genauigkeit der Protokolle war aufgrund des gesteigerten Aufmerksamkeitslevels in der Beobachterrolle hoch und Situation zur Schmerzkommunikation konnten kontinuierlich erfasst werden. Beginn und Ende der Kommunikation konnten, entgegen der Vornahme, mit dem Betreten und Herausgehen aus dem Patientenzimmer klar definiert werden. Es zeigten sich Muster im pflegerischen Handeln, durch die Kommunikationsfähigkeit der Patienten getriggert wurden.

Dennoch blieb eine eher methodologische Problematik bestehen: die möglichen Auswirkung der eigenen Position als Forscherin auf die Rekonstruktion und Analyse der Handlungen der Pflegenden. Es bestand die Gefahr, dass ich weniger die Erfahrungen und Eigenlogik der handelnden Pflegenden, als vielmehr meine eigenen Vorurteile vor mir sah. Die Güte der Ergebnisse war ja davon abhängig, inwieweit es gelang, über einen verstehenden Zugang die Erfahrungen und die Eigenlogik der handelnden Pflegenden zu rekonstruieren und dabei auch meine eigenen Anteile zu reflektieren (Panke-Kochinke 2004).

Erkenntnisse

Zwei klassische methodische Instrumente erwiesen sich als hilfreich, um einer Lösung dieses Problems zumindest näher zu rücken: die Führung eines Forschungstagebuches und die Reflexion wesentlicher Auswertungsschritte in einer Forschergruppe.

Im Rahmen des Forschungstagebuches erwies sich die permanente Reflexion von Beobachtungssituationen als hilfreich. Zur eigenen Reflexion wurden meine Anmutungen und persönlichen Einschätzungen zur und in der jeweiligen Situation in diesem Forschungstagebuch dokumentiert. Dadurch konnte in der Analysephase auch die

persönliche Einschätzung während der teilnehmenden Beobachtung rekonstruiert und reflektiert werden.

Zudem erfolgte während der Erhebung der Daten im Anschluss an jeden Beobachtungstag eine Reflektion mit Mitgliedern einer Peergruppe. Eigene Anmutungen wurden dabei formuliert und erneut dokumentiert, um auch sie in der Reflexionsfolge sichtbar zu machen. Ebenfalls während der Analysephase selbst erfolgten regelmäßige Treffen und Reflektionen mit Mitgliedern einer Peergruppe.

Prozessbegleitend gelang es so, die sich immer wieder aus meiner Position als ausgebildete Pflegende und Forscherin einschleichenden Bewertungsmaßstäbe und Einschätzungen zu reflektieren.

Als ein zentrales Ergebnis der teilnehmenden Beobachtungen konnte ein grundlegendes Muster der Schmerzkommunikation identifiziert werden: pflegerische Handlungen richten sich an Fähigkeiten und Möglichkeiten der Kommunikation der betroffenen Patienten aus, nicht immer jedoch an deren Bedürfnissen beim Schmerzmanagement. Durch die bei den teilnehmenden Beobachtungen identifizierten Kommunikationsmuster konnte die Basis für die geplante Entscheidungshilfe geschaffen werden. Ob es dabei gelang, die Einflüsse durch die bestehenden Vorannahmen vollständig zu reduzieren, muss allerdings bezweifelt werden. Als entscheidende Erkenntnis bleibt daher, dass die Ergebnisse im Sinn einer „systematischen Vervollständigung der Erkenntnisse“ durch einen mehrperspektivischen Ansatz (Flick 2012: 520) weiter validiert werden müssen.

Was auf einer anderen, ganz handlungspraktischen Ebene bleibt, ist der inhaltliche Zweifel der Pflegenden, wenn sie eine Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz im Krankenhaus vornehmen.

„Wenn man jetzt einen Patienten hat, der aua, aua ruft und man fragt: „Haben Sie Schmerzen?“ „Nein.“ Und dann denkt man sich: Okay. Was mach ich jetzt? (...). Dann ist man sich halt unsicher als Pflegender: Hat er jetzt Schmerzen oder hat er keine Schmerzen, wenn er aua sagt? Das ist für mich immer ein bisschen schwierig einzuschätzen.“

Diese Ebene des lernenden Umgangs mit Ungewissheit bei Pflegenden weist über die hier angestoßene methodische Diskussion hinaus auf Forschungsperspektiven in der Zukunft.

2.4 Expertenpraxis erschließen – Videographie als Zugang zu inkorporiertem Wissen, das die alltägliche Handlungspraxis im Umgang mit Menschen mit Demenz orientiert. Beatrix Doettlinger

Verstehen

Im Umgang mit Menschen mit fortgeschrittener Demenz (MmFD) stehen Pflegende immer wieder aufs Neue vor der Herausforderung, einen Zugang zum Anderen zu fin-

den, denn Menschen mit schwerer Demenz agieren und reagieren oft anders, als wir es gewohnt sind.

Jedoch mit welchen Methoden können gelingende Muster der Interaktion zu gestisch-kommunikativem Handeln und die damit verbundene Beziehungs- und Interaktionsqualität aufgedeckt werden? Diese Frage hat mich in meinem Promotionsprojekt „Gestisch-kommunikatives Handeln als Bindeglied zwischen Sprache und Handeln bei Menschen mit Demenz“ beschäftigt. Der Forschungsgegenstand ist hierbei umfassend: die verbale Kommunikation, wie auch das gestisch-kommunikative Handeln und andere körperbezogene Ausdrucksformen und die damit verbundene Interaktion zwischen den Kommunikationspartnerinnen und -partnern.

Die Herausforderung bestand also darin, einen theoretisch wie auch methodologisch-methodisch kontrollierten Zugang zu diesen Bereichen erst einmal zu schaffen. Zudem erschien es zwingend geboten, eine wenig invasive Erhebungsmethode für diesen Personenkreis zu wählen. Eine weitere Vorannahme und Schwierigkeit kam hinzu: das implizite Wissen der Pflegeexpertinnen konnte von ihnen selbst nicht oder nur schwer verbalisiert werden. Es war eben kein theoretisches, reflexiv verfügbares Wissen. Das ist das Grundmuster impliziter Wissensbestände. Diese zu erfassen erforderte ein methodisches Verfahren, das sie „sichtbar“ und damit auch reflektierbar und für andere verstehbar machte. Denn das war die praktische Zielsetzung meiner Untersuchung: die Entwicklung eines Schulungsprogramms für Pflegenden im kommunikativen Umgang mit dieser Personengruppe.

Ich entschloss mich, eine videogestützte Beobachtung durchzuführen. Dazu wurden eine Person mit schwerer Demenz und eine Pflegeexpertin, die während einer pflegerischen Handlung (z. B. Zähne putzen) in einem kommunikativen Austausch stehen, einzeln mit jeweils einer Digitalkamera, die auf einem Stativ stand, aufgenommen. So konnten alle Äußerungen der Personen aufgefangen und in der Analyse auch berücksichtigt werden. Um diese Aufnahmen später im Fallvergleich analysieren zu können, war es zudem notwendig, unterschiedliche pflegerische Handlungssituationen aufzunehmen.

Einen geeigneten Zugang zu inkorporierten Wissensbeständen, die in der Studie analysiert werden sollten, bot die dokumentarische Methode der Interpretation nach Ralf Bohnsack (2009). Bohnsack orientierte sich bei der Weiterentwicklung der dokumentarischen Methode zum einen an der „Wissenssoziologie“ nach Mannheim (1952) und zum anderen an der Weiterentwicklung der praxeologischen Wissenschaft nach Bourdieu (1976).

- Mannheim war bestrebt, einen theoretischen wie auch methodologisch-methodisch kontrollierten Zugang zu jenen Bereichen des Wissens zu entwickeln, an denen sich unsere alltägliche Handlungspraxis orientiert. *„Das Wissen, das in dieser Praxis angeeignet wird und das diese Praxis zugleich orientiert, ist ein präreflexives, in Mannheims Begrifflichkeit „atheoretisches Wissen“ (Hervorh. i. O., Mannheim 1964: 100).*

- Bei der praxeologischen Wissenssoziologie und Praxeologie im Sinne von Bourdieu (1976) handelt es sich um einen erweiterten Konstruktivismus. Dieser erfasst nicht nur die interpretative, sondern beschreibt auch konkret die handlungspraktische Herstellung und Konstruktion von Welt (Bohnsack 2009).

Aus dem vorliegenden Videomaterial wurde eine Sequenz zur Analyse als „zentraler Fall“ ausgewählt, der eine gelingende gestische Handlungskommunikation zwischen den beiden Kommunikationspartnerinnen widerspiegelt und dem Fallvergleich dienen sollte.

Umgang mit Zweifeln

Wie analysierte ich das Material, das ich über die videogestützte Beobachtung gewonnen hatte?

In einem ersten Schritt musste ich dieses Material erst einmal für eine textanalytische Bearbeitung erschließen. Eine genaue Transkription des Videomaterials hat in dieser Untersuchung eine zentrale Bedeutung. Nach Sichtung verschiedener empfohlener Transkriptionssysteme entschied ich mich für ELAN. ELAN (EUDICO Linguistic Annotator) ist ein semi-professionelles Annotations-Tool zur Auswertung von Video- und Audiodaten in Partiturzeilen. Die beiden Kamerabilder wurden zur Analyse synchronisiert und in das Transkriptionsprogramm ELAN eingefügt. Mir war schon zu diesem Zeitpunkt klar, dass ich in der Nutzung dieser technischen Matrix eine eigene Version entwickeln musste. Durch meine veränderte Vorgehensweise konnten Bild und Ton in einen Zeitrhythmus von 0,2 Sekunden und Einzelbildern transkribiert werden. Der Zeitaufwand für so eine mikroanalytische Transkription ist ganz erheblich.

Der nächste methodische Schritt war es dann, das empirische Material in einem anderen Format, der vor-ikonographischen Interpretation, zusammenzufassen. Grundlage dafür war das Transkript von Körperbewegungen und sprachlich-stimmlichen Äußerungen. Ein Wechsel zwischen Einzelbildern, Zeitlupe und Echtzeit war zusätzlich bei Unklarheiten nötig. Um die körperbezogenen und andere aufeinander bezogenen Äußerungen zu rekonstruieren, folgte diese Transkription dem konkreten Nacheinander der Äußerungen/Bewegungen der einzelnen Personen, wie sie durch die wechselseitige aufeinander bezogene Interaktion vorangetrieben wurde. Die Einzelbildanalyse gewann auch bei der Interaktionswahrnehmung zwischen den Kommunikationspartnerinnen an Bedeutung, da das schnelle interaktive Geschehen zwischen den Kommunikationspartnerinnen erst anhand von Einzelbildern von mir wahrgenommen werden konnte. Auf diesem Wege gelang es, zumindest einen Teil der äußerst komplexen Logik des Zusammenwirkens von gestischer, korporierter und sprachlicher Kommunikation in einer pflegerischen Handlungssituation näherzurücken und wesentliche Strukturen zu entschlüsseln. Es ließ sich genauer erfassen, auf was und wie die Person mit Demenz auf Handlungsangebote der Pflegeexpertin reagierte oder eben auch nicht reagierte, was den Impuls dafür gab und an welcher Stelle das jeweilige Kommunikationsangebot

nicht wahrgenommen werden konnte. Durch die dokumentarische Methode in ihren exakt vorgeschriebenen und deutlich voneinander getrennten Arbeitsschritten der formulierenden und reflektierenden Interpretation konnte ich anhand von Interaktionsfiguren Modi der Interaktionsorganisation, Strukturen und den Charakter pflegerischer Interaktion zu gestisch kommunikativen Handeln rekonstruieren.

Ich hatte jedoch Zweifel daran, ob charakteristische Elemente im gestisch-kommunikativen Handeln speziell der Pflegeexpertinnen im gesamten zentralen Fall durch die dokumentarische Methode erfasst werden können. Wie also ließ sich dieses komplexe Handlungsmuster so erfassen, dass es beschreibbar und – wichtig für die Konzeption einer Schulung – auch lehr- und lernbar wurde? An dieser Stelle trat zwar kein Zweifel darüber ein, dass die dokumentarische Methode nach Bohnsack sinnvoll war, um implizite Logiken zu erschließen; wie diese allerdings zusammen wirksam wurden, ließ sich nicht klären. Es fehlte eine Ebene der immanenten Kategorienbildung, wie sie die Grounded Theory vorschlägt. War damit – so der Zweifel – eine Verfälschung des Materials verbunden? Bisher war ich davon ausgegangen, dass es mir gerade mit dem Vorgehen der dokumentarischen Methode gelingen konnte, eine widersprüchlich erscheinende Forscherinnenhaltung aufrecht zu erhalten: nah am Forschungsmaterial zu bleiben und trotzdem sicher zu sein, dieses nicht leichtfertig oder unbewusst zu verfälschen. Doch nun entschloss ich mich, quer zu dieser Logik eine Form der Mustererkennung von Handlungsprozessen in ihrer mikroskopischen Struktur vorzunehmen, die sich eher in dem Feld der abduktiven Logik bewegte. Etwas, was sich im Forschungsprozess als sinnvoll ergeben hatte, musste erkenntnistheoretisch reflektiert werden. Dabei reichte es auch nicht aus, dass sich die Evidenz meiner Untersuchung in der Reaktion anderer Forschender zu beweisen schien: die Augenscheinlichkeit der Richtigkeit meiner Ergebnisse sagte nichts darüber aus, ob und wenn ja wo sich hier Fehler eingeschlichen haben konnten.

Also begann ich mit einem weiteren Durchgang durch mein Material. Ich strukturierte den Text der reflektierten Interpretation, indem ich den einzelnen Passagen eine kurze aussagekräftige Beschreibung zugewiesen habe und diese mit Buchstaben und Zahlen hinterlegte (z. B. 1B = konzentrierte Aufmerksamkeit der Person mit Demenz). In einer weiteren Analyse konnte ich so aufdecken, ob bestimmte charakteristische Merkmale im gesamten empirischen Material bei der Pflegeexpertin immer wieder auftauchten und in welchen Zusammenhang. Es ließ sich beispielsweise erkennen, dass die Pflegeexpertin nach einer gestisch kommunikativen Handlungsaufforderung den Sprecherwechsel einleitet, indem sie körperlich inne hält, verbal schweigt und eine wartende Haltung einnimmt. Das gleiche Verhalten zeigte sich im komparativen Fallvergleich.

Ich hatte mich bereits entschieden, nur einen Fall zu analysieren. Der Arbeitsaufwand im Rahmen meiner Dissertation gab diese Einschränkung vor. Methodisch war dieses Vorgehen abgesichert. Jetzt wurde es auch aus erkenntnistheoretischen Gründen wichtig, einen zweiten Fall hinzuzunehmen. Ich ging zunächst von der Illusion aus, dass der Zeitaufwand in diesem zweiten Fall geringer werden würde. Je mehr ich mich

mit diesem zweiten Fall auseinandersetzte, desto deutlicher wurde jedoch, dass hier mikroanalytisch nicht nur den ersten Fall bestätigende Handlungskombinationen, sondern auch andere Handlungskombinationen vorlagen, die wiederum nach dem gleichen aufwendigen Prinzip analysiert werden mussten: es trat eben nicht immer die gleiche Handlungsmusterkette auf, die ich als gelingendes Prinzip für meinen ersten Fall herausgearbeitet hatte. Durch die komparative Analyse wurde deutlich: es gab nicht „ein“ gelingendes Muster, sondern mehrere und diese waren in jeweils anderen Handlungszusammenhängen auch anders zu begründen. Jedoch konnten bestimmte charakteristische Merkmale/Haltungen bei den Pflegeexpertinnen herausgearbeitet werden, die einander gleichen.

Erkenntnisse

1. Um die Struktur von gestisch-kommunikativen Handlungsprozessen in pflegerischen Szenarien mit Menschen mit Demenz zu erfassen, ist der mikroskopische Blick auf sehr kleine Zeiteinheiten, die in ihre unterschiedlichen Ausdrucksebenen (Partituren) zu zerlegen und dann wieder zusammensetzen sind, notwendig. Das Zerlegen ist ein notwendiger Schritt, um neue Zusammenhänge erschließen zu können.
2. Die dokumentarische Methode nach Bohnsack erwies sich in der methodologisch begründeten Form der Trennung von formulierender und reflektierender Interpretation zwar als äußerst sinnvoll für meine Zielsetzung aber nicht als ausreichend. Die Frage, wie denn die Interaktionsqualität der Pflegeexpertinnen bezogen auf die gesamte Interaktion und nicht nur mit Blick auf eine Szene erfasst werden konnte, um charakteristische Merkmale herauszuarbeiten, erforderte in meinem logischen Denken einen methodologischen Bruch. Ich strukturierte den Text der reflektierten Interpretation durch Attribution.
3. Ein als gelingend beschriebenes Handlungsmuster zu erfassen hieß nun keineswegs – und das erwies sich an der Analyse des zweiten Falls – dass dieses Muster immer reproduzierbar war. Damit war die Quadratur der Erschließung impliziter Wissensbestände keinesfalls gelungen. Neue Muster wurden erkennbar und ein Zweifel daran entstand, wann und wo denn letztendlich das Prinzip der Deckungsgleichheit oder Redundanz eintreten könnte. Die klassische Frage der Grounded Theory, wann denn dieser Punkt der theoretischen Sättigung eintritt, kann sich für mein Material nur auf charakteristische Haltungen der Pflegeexpertinnen beziehen und nicht auf konkrete Handlungsmuster oder -ketten.

3. And the matter is...

In den vier Projektbeispielen ist ein für die qualitative Forschung grundlegendes Muster des Umgangs mit Zweifel deutlich geworden, das man sich als dreidimensionales Modell vorstellen kann. Es ist gekennzeichnet durch wellenförmig verlaufende Graduierungen von Zweifel und Gewissheit und regelmäßig wiederkehrenden systematische

Reflexionsschleifen. Dabei erzeugen während unterschiedlicher Phasen des Forschungsprozesses auftauchende methodische Probleme, z. B. des Verstehens, der Interaktion, der Dissemination, Zweifel, die wiederum Reflexionsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen, z. B. der Erhebungs- oder Auswertungsmethoden oder der zugrunde gelegten Theoriemodelle, auslösen. Über deren Klärung bzw. Lösung kann eine weitere Stufe vorübergehender Gewissheit erlangt werden, die jeweils andere, zur Problemenebene analoge Erkenntnisse mit sich bringt. Das Durchlaufen dieses Musters und die dadurch erzielten Ergebnisse sind somit nicht nur zuverlässig und belastbar, sondern typischerweise auch deutlich ertragreicher, als es die ursprüngliche Forschungsfrage versprochen hat. Darüber hinaus wären die aufgezeigten Fragen etwa der Ermöglichung von Kommunikation oder ihres je subjektiv gemeinten Sinns auf anderem Wege nicht zu klären gewesen.

Die angesprochenen drei Ebenen des „Verstehens“ als grundlegendes Ziel von Sozialforschung seien hier in Erinnerung gerufen: Die erste Ebene bezeichnet die des Wahrnehmens und Interpretierens der je eigenen Wirklichkeit (hier: der im Fokus der Forschenden stehenden Menschen). Auf der zweiten Ebene geht es darum, dieses Verstehen und damit die Sinnhaftigkeit von Handeln zu rekonstruieren und zu verstehen. Das Verstehen dessen, was und wie die Forschenden selbst agiert (hier: rekonstruiert) haben, bildet die dritte Ebene.

Die Reflexion erfolgt in der Regel dadurch, dass die Forschenden zunächst auf Distanz zu ihrem Fall gehen, in dem der Zweifel entstanden ist. Dann wird der Zweifel produktiv genutzt, unter Anwendung unterschiedlicher Verfahren, in aller Regel in der Diskussion mit und Kontrolle der transparent gemachten Schritte und (Zwischen)Ergebnisse durch andere fachkundige, aber im direkten Projekt nicht involvierten Forscherinnen und Forscher; und zuletzt steigt man wieder in den Fall ein.

Die Frage der angestrebten Reichweite bzw. des Abstraktionsniveaus der Forschung bestimmt dabei in der Regel auch die Bedeutung von und den Umgang mit auftauchenden Zweifeln. Sollen z. B. aus gewonnenen Erkenntnissen Handlungskonzepte oder psycho-soziale Interventionen entwickelt werden, sind weitere und anders gelagerte Zweifel als die beschriebenen erforderlich.

Die Erschließung des Erlebens und Handelns von Menschen mit Demenz auf der Grundlage von Selbstäußerungen mithilfe qualitativer Methoden der empirischen Sozialforschung setzte bei uns einen Prozess der kritischen Reflexion bereits bestehender methodischer und methodologischer Gewissheit in Gang. Folgende Perspektiven lassen sich für die Zukunft daraus ableiten:

1. Der Umgang mit einem methodischen Zweifel ist grundlegend für Prozesse der Erkenntnisgewinnung im Forschungsprozess.
2. Es wird in der Zukunft systematisch danach zu fragen sein, wie sich das theoretische Paradigma der qualitativen Forschung in ihrer hermeneutisch/verstehend begründeten Intersubjektivität/ Interaktion besser als bisher erfassen lässt.

3. Die Frage der Funktion und Kontrolle von Empathie und damit auch der Evidenz von Forschungsperspektiven wird erneut auf den Prüfstand zu heben sein, wenn Verstehen nicht heißt, etwas „augenscheinlich“ verstehen zu können, sondern eher auf die Irritation und den Zweifel zu hören.
4. Die Suche nach Lösungen setzt einen Prozess der Theoriebildung bzw. Weiterentwicklung bereits bestehender Theorien in Gang. Sie begründet jeweils eine temporäre Gewissheit.
5. Die Funktion der Forschungsgruppe als Entwicklungs- und Kontrollorgan ist zentral. Dabei hilft ein interdisziplinärer Diskurs zu erkennen, wie sich unterschiedliche methodische Zugänge sinnvoll ergänzen können.
6. Die Komplexität der Aufgabe, psycho-soziale Interventionen für Menschen mit Demenz zu entwickeln, erfordert eine Spannweite von der Erforschung (kommunikativer) Grundlagen bis zur Evaluation eingesetzter Kommunikationsformen (z. B. der gestischen Kommunikation)
7. Es sind Lösungen für einen angemessenen methodischen Umgang mit den Zweifeln der in die analysierte Kommunikationssituation involvierten Pflegenden an seinem/ihrer eigenen Handeln zu entwickeln.

Literatur

- Basler, H. D./Bloem, R./Casser, H. R./Gerbershagen, H. U./Griessinger, N./Hankemeier, U./Hesselbarth, S./Lautenbacher, S./Nikolaus, T./Richter/W. Schroter/ C./Weiss, L. (2001): Ein strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten. In: *Der Schmerz* 3, 164-171
- Bohnsack, R. (2009): *Qualitative Bild- und Videointerpretation*. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich
- Berger, P. L./Luckmann, Th. (1969): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit*. Frankfurt/Main: Fischer-Verlag
- Bohnsack, R. (2010): *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen & Farmington Hills: Verlag Barbara Budrich
- Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I. (2010): *Dokumentarische Evaluationsforschung. Theoretische Grundlagen und Beispiele aus der Praxis*. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich
- Bohnsack, R./Przyborski, A./Schäffer, B. (2006): *Das Gruppendiskussionsverfahren in der Forschungspraxis*. Opladen: Verlag Barbara Budrich
- Bourdieu, P. (1976): *Entwurf einer Theorie der Praxis*. Frankfurt a. Main: Suhrkamp Verlag
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2011): *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2014): *Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)
- Dewing, J. (2007): *Participatory research A method for process consent with persons who have dementia*. In: *Dementia* 1, 11-25
- Durkheim, E. (1984): *Die Regeln der soziologischen Methode*. Herausgegeben und eingeleitet von René König. Frankfurt a.M: Suhrkamp Verlag
- Flick, U. (2012): *Qualitative Sozialforschung Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

- Flick, U. (2011): Das episodische Interview. In: Oehlrich, G./Otto, H.-U. (Hrsg.), Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Flick, U. (2006): Qualitative Evaluationsforschung. Konzepte. Methoden. Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag
- Flick, U./Kardoff von, E./Steinke, I. H. (2003): Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Geertz, C. (2003): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Habermas, J. (1992): Faktizität und Geltung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag
- Hitzler, R. (2015): Einleitung. Vorbemerkungen zu Hans-Georg Soeffners Vorschlag. In: derselbe (Hrsg.): Hermeneutik als Lebenspraxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa Verlag
- Hitzler, R. (2002): Sinnrekonstruktion. Zum Stand der Diskussion (in) der deutschsprachigen interpretativen Soziologie. In: Forum Qualitative Sozialforschung 3(2), Art. 7, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs020276>
- Honer, A. (2003): Lebensweltanalyse in der Ethnographie. In: Flick, U./Kardoff, E./Steinke I. H. (Hrsg.), Qualitative Forschung: Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. (2), 197-204
- Honer, A. (1993): Lebensweltliche Ethnographie: ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag
- Honer, A. (1989): Einige Probleme lebensweltlicher Ethnographie. Zur Methodologie und Methodik einer interpretativen Sozialforschung. In: Zeitschrift für Soziologie 4, 297-312
- Husebo, B. S./Ballard, C./Aarsland, D. (2011): "Pain treatment of agitation in patients with dementia: a systematic review." In: International Journal of Geriatric Psychiatry 10, 1012-18
- Kim, S. Y./Kim, H. M./Langa, K. M./Karlavish, J. H./Knopman, D. S./Appelbaum, P. S. (2009): Surrogate consent for dementia research: a national survey of older Americans. In: Neurology 2, 149-155
- Klie, T./Vollmann, J./Pantel, J. (2014): Autonomie und Einwilligungsfähigkeit bei Demenz als interdisziplinäre Herausforderung für Forschung, Politik und klinische Praxis. In: informationsdienst altersfragen 41, (4) 2015
- Knoblauch, H./Schnettler, B. (2009): Videographie. In: Buber, R./Holzmüller, H. (Hg.): Qualitative Marktforschung. Wiesbaden: Gabler Verlag
- Krämer, S. (2001): Sprache, Sprechakt, Kommunikation. Sprachtheoretische Positionen des 20. Jahrhunderts. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Lautenbacher, S./Kunz, M./Mylius, V./Scharmann, S./Hemmeter, U./Schepelmann, K. (2007): „Mehrdimensionale Schmerzmessung bei Demenzpatienten.“ In: Der Schmerz 6, 529-538
- Mannheim, K. (1952): Ideologie und Utopie. Frankfurt am Main, Schulte Blumke Verlag
- Mannheim, K. (1964): Wissenssoziologie. Berlin: Luchterhand Verlag
- Massimo, L./Grossman, M. (2008): Patient care and management of frontotemporal lobar degeneration. In: American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 23, 125-131
- Mead, G. H. (1968): Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp Verlag
- McCaffery, M. (1968): Nursing Practice Theories Related to Cognition, Bodily Pain, and Man-environment Interactions. Los Angeles: University of California Students Store
- Melzack, R. (1999): From the gate to the neuromatrix. In: Pain 6, 121-126
- Mendez, M. F. (2009): Frontotemporal dementia: therapeutic interventions. In: Frontiers of Neurology and Neuroscience 24, 168-178
- Nover, S./Panke-Kochinke, B./Rosier, U. (2014): Mehr Methode wagen. Methodologische und methodische Erkenntnisse für eine Versorgungsforschung für Menschen mit Demenz. Bericht aus einem Workshop. In: Pflege & Gesellschaft 4, 1-5
- Nilges, P./Diezemann, A. (2011): Schmerzanamnese. In: Kröner-Herwig, B./Frettlöh, J./Klinger, R./Nilges, P. (Hrsg.). Schmerz-Psychotherapie. Heidelberg: Springer-Medizin Verlag, (7) 262-291
- Nussbaum, M. (2014): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin: Suhrkamp Verlag

- Panke-Kochinke, B. (2014): Menschen mit Demenz in Selbsthilfegruppen. Krankheitsbewältigung im Vergleich zu Menschen mit Multipler Sklerose. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Panke-Kochinke, B. (2013): Empathisch Wissenschaft praktizieren – die Berührung mit Gewalt und chronischer Krankheit. In: *Der Mensch* 1, 33 – 37
- Panke-Kochinke, B. (2012): Augenscheinlich fehlgeleitet. Evidenz und Empirie. Methodische Postulate für eine qualitative Versorgungsforschung. In: *Pflege & Gesellschaft* 1, 5 - 20.
- Panke-Kochinke, B. (2004): Die rekonstruktive hermeneutische Textanalyse. Einführung in qualitative Methoden. In: *Pflege & Gesellschaft* 2, 59 – 63
- Parsons, T. (1964): *The Structure of Social Action*. New York: Free Press of Glencoe
- Piguet, O./Hodges, J. R. (2013): Behavioural-variant frontotemporal dementia. *Dementia & Neuropsychologia* 1, 10-18
- Piguet, O./Hornberger, M./Mioshi, E./Hodges, J. R. (2011): Behavioural-variant frontotemporal dementia: diagnosis, clinical staging, and management. *The Lancet Neurology* 10, 162-172
- Rabinovici, G. D./Miller, B. L. (2010): Frontotemporal lobar degeneration: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management. In: *CNS Drugs* 24, 375-398
- Rankin, K. P./Baldwin, E./Pace-Savitsky, C./Kramer, J. H./Miller, B. L. (2005): Self-awareness and personality change in dementia. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 76, 632-639
- Reichertz, J. (2014): Das vertextete Bild. In: Moritz, C. (Hg.) *Transkription von Video- und Filmdateien in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer-VS
- Reichertz, J./Englert C.J. (2010): *Videographie praktizieren*. Wiesbaden: Springer-VS
- Rogers, C. R. (2012): *Der neue Mensch*. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung
- Scherder, E./Oosterman, J./Swaab, D./Herr, K./Ooms, M./Ribbe, M./Sergeant, J./Pickering, G./Benedetti, F. (2005): "Recent developments in pain in dementia." In: *British Medical Journal*, 330(7489): 461-464
- Schütz, A. (1932): *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt*. Wien: Springer-Verlag
- Schütze, F. (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: *Neue Praxis* 3, 283 - 293
- Snow, A. L./O'Malley K.J./Cody, M./Kunik, M. E./Ashton, C. M./Beck, C./Bruera, E./Novy, D. (2004): "A conceptual model of pain assessment for noncommunicative persons with dementia." In: *The Gerontologist*, 6, 807-817
- Tuma, R./Schnettler, B./Knoblauch, H. (2013): *Videographie. Einführung in die interpretative Videoanalyse sozialer Situationen*. Wiesbaden: Springer
- Warren, J. D./Rohrer, J. D./Rossor, M. N. (2013): Frontotemporal dementia. In: *British Medical Journal* 347: f4827
- Weber, M. (1972): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*. Studienausg., 5., rev. Aufl. besorgt von Johannes Winkelmann, Tübingen: Mohr Verlag

Dr. Sabine Ursula Nover^{1,2}

Prof. Dr. Erika Sirsch^{1,3}

*Beatrix Doettlinger*¹

PD Dr. Birgit Panke-Kochinke^{1,2}

- 1 Deutsches Zentrum für neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Stockumer Straße 12, 58453 Witten, c/o birgit.panke-kochinke@dzne.de
- 2 Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Gesundheit, Alfred-Herrhausen-Straße 50, 58448 Witten
- 3 Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Fakultät für Pflegewissenschaft, Pallottistr. 3, 56179 Vallendar

Erika Sirsch, Sandra Zwakhalen, Irmela Gnass

Schmerzassessment und Demenz – Deutschsprachige Ergebnisse eines europäischen Surveys

Pain Assessment and Dementia – German Results from a European Survey

Pain assessment in people with cognitive impairment (z. B. dementia) is complex. In the last decade numerous instruments and standards have been developed, unfortunately less attention was paid for the application. Therefore the Working Group II of the (COST) Initiative 'Pain assessment in patients with impaired cognition, especially dementia' developed a survey. This article shows the results of the German speaking countries (Germany, Switzerland & Austria). An online-based questionnaire was distributed to health care workers to identify the usage, barriers and strengths of pain assessment. Participants were mostly nurses working in acute care. Analysis was descriptive and based on content analysis. In total 215 questionnaires were evaluated. The barriers of pain assessment were characterized by uncertainty, lack of objectivity, lack of knowledge and lack of time. As supportive the participants mentioned: knowledge, awareness of the need, binding regulations and appropriate tools. For the first time data are available about the use of pain assessment for this particular group of persons.

Keywords

Pain, Cognitive Impairment, Dementia, Nursing, Assessment, Survey, European

Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) ist komplex. In den letzten Jahren wurden dazu zahlreiche Instrumente und Standards entwickelt, der Anwendung hingegen weniger Aufmerksamkeit gewidmet. Die Arbeitsgruppe II der (COST) Initiative „Pain assessment in patients with impaired cognition, especially dementia“ entwickelte dazu einen Survey. Mittels eines online gestützten Fragebogens wurden Daten zum Nutzerverhalten, zu Barrieren und Stärken des Schmerzassessment ermittelt. Befragt wurden Mitarbeiter des Gesundheitswesens, es nahmen mehrheitlich Pflegende teil, die in der Akutpflege tätig waren. Die Auswertung erfolgte deskriptiv und inhaltsanalytisch. Insgesamt konnten 215 Fragebögen ausgewertet werden. Die Barrieren des Schmerzassessment waren gekennzeichnet durch Unsicherheit, mangelnde Objektivität, fehlende Kenntnisse und Zeitmangel. Als unterstützend wurden Fachwissen, das Bewusstsein der Notwendigkeit, verbindliche Regularien und geeignete Instrumente beschrieben. Mit diesem Survey liegen erstmals Daten zur Nutzung zum Schmerzassessment bei dieser speziellen Personengruppe aus den deutschsprachigen Ländern Deutschland, Schweiz und Österreich vor.

Schlüsselwörter

Schmerz, kognitive Beeinträchtigung, Demenz, Pflege, Assessment, Survey

eingereicht 01.06.2015
akzeptiert 24.07.2015

1. Hintergrund

Schmerz ist ein allgegenwärtiges Phänomen, bei dem die Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz eine besondere Herausforderung darstellt. Entsprechend der demografischen Entwicklung wird die Versorgung von alten, hochbetagten und an Demenz erkrankten Menschen mit Schmerzen in den unterschiedlichsten Versorgungsstrukturen der stationären und ambulanten Versorgung zunehmen und damit, so steht zu vermuten, auch die Gruppe der an Demenz erkrankten Personen (Dietl, Korczak 2011).

1.1 Prävalenz von Schmerz bei Menschen mit Demenz

Untersuchungen zur Schmerzprävalenz zeigen, dass Schmerzen immer noch ein weit verbreitetes und gravierendes Problem sind. In einer deutschen Untersuchung wiesen in der stationären Altenhilfe 25% der BewohnerInnen (n= 436) mittelstarke bis unerträgliche Schmerzen auf. Bei 45% der Betroffenen handelte es sich um Belastungsschmerz, der am häufigsten beim Aufstehen, Sitzen, Liegen und Gehen auftrat. Bei dreiviertel der BewohnerInnen dauerte dieser Schmerz seit über einem Jahr an (Osterbrink et al. 2012). International wird die Schmerzprävalenz bei alten Menschen sehr unterschiedlich ausgewiesen. Takai und KollegInnen (2010) beschreiben in einem Review zur stationären Versorgung Prävalenzen zwischen 3.7 - 79.5%. Die AutorInnen merken an, dass diese großen Unterschiede durch die jeweilig unterschiedliche Methode der Schmerzerfassung und unterschiedliche Studiendesign entstanden. Takai und KollegInnen identifizieren sehr unterschiedliche Methoden der Schmerzerfassung. Diese reichten von Interviews mit und/oder Beobachtungen bei BewohnerInnen über die Überprüfung der Dokumentation bis zur standardisierten Befragung des Managements. Menschen mit Demenz wurden lediglich in einer der 27 identifizierten Studien einbezogen (Takai et al. 2010).

Menschen mit Demenz sind bei der Erhebung der Prävalenz von Schmerz im Krankenhaus ebenfalls wenig repräsentiert und die Prävalenz zeigt ebenfalls eine große Spanne. Mukadam & Sampson (2011) wiesen dazu in ihrem Review sehr unterschiedliche Zahlen aus, die Angaben schwankten zwischen 12.9 – 63.0%. Die AutorInnen berichten ebenfalls von sehr unterschiedlichen Vorgehensweisen bei den Erfassungen von Schmerz, so dass Fehleinschätzungen möglich seien (Mukadam & Sampson 2011: 344).

Wird akuter Schmerz nicht erkannt und dadurch auch nicht ausreichend behandelt, erfahren die betroffenen Personen unnötiges Leid, zudem können akute Schmerzen chronifizieren (Basler 2007, Hadjistavropoulos et al. 2007).

Personen mit Demenz leiden zudem häufig unter einer doppelten Beeinträchtigung. An den Auswirkungen, die die Demenzerkrankung mit sich bringt und parallel an chronischem Schmerz (Zwakhalen et al. 2009). Die Konstellation von Demenz und Schmerz ist komplex. Zum einen erschweren Beeinträchtigungen einer Demenz das Schmerzassessment, zum anderen wirken sich Schmerzen negativ auf die kognitive Situation aus (Zwakhalen et al. 2006, Shega et al. 2010).

1.2 Entwicklung im Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz

International wurden in den letzten Jahren zahlreiche Leitlinien und Standards entwickelt, in denen das Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz beschrieben und Empfehlungen dazu ausgesprochen wurden (The Australian Pain Society 2005, Closs et al. 2007, Hadjistavropoulos, Fitzgerald et al. 2010, Verenso 2011). Deutschsprachig liegt, neben interdisziplinären Leitlinien zum akuten Schmerz, auch ein aktualisierter nationaler Expertenstandard zum Management akuter Schmerzen vor (DIVS 2008, DNQP 2011). Aktuell wurde der nationale Expertenstandard zum Management chronischer Schmerzen in der Pflege veröffentlicht (DNQP 2015)

Allen Leitlinien und Standards ist gemeinsam, dass die AutorInnen zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz neben der initial vorgenommen Selbsteinschätzung die Anwendung von standardisierten Fremdeinschätzungsskalen fordern.

International liegen dazu zahlreiche Skalen vor (Herr et al. 2006, Zwakhalen et al. 2006, McAuliffe, Nay et al. 2009, Wulff et al. 2012). Für den deutschsprachigen Raum werden für Pflegende derzeit drei Instrumente zum Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz empfohlen (DNQP 2011: 28):

- BESD (Beurteilung von Schmerz bei Demenz) aus dem Amerikanischen PAINAD übersetzt
- BISAD (Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) deutsche Weiterentwicklung aus dem Französischen
- ZOPA (Zürich Observation Pain Assessment) schweizerisch-deutsche Entwicklung

Wenn auch in den letzten Jahren zahlreiche Instrumente entwickelt und biometrisch überprüft wurden, standen der Umgang und der klinische Einsatz bisher weniger im Fokus. Es steht damit zwar eine Vielzahl von Assessmentinstrumenten zur Erfassung von Schmerz bei dieser Personengruppe zur Verfügung, diese werden allerdings nicht routinemäßig eingesetzt und die Nutzung scheint nicht eindeutig zu sein (Australian Pain Society 2005, Herr et al. 2010). Dabei ist eine systematische Schmerzerfassung die Grundvoraussetzung für ein gelingendes Schmerzmanagement, im Umkehrschluss stellt das Fehlen einer solchen eine große Barriere zum suffizienten Schmerzmanagement dar (McAuliffe et al. 2009).

Aus dieser Situation heraus schlossen sich WissenschaftlerInnen und klinisch tätige Personen im Rahmen einer europäischen Initiative (European Cooperation in Science and Technology Initiative/(COST)¹ zusammen. Ziel dieser Initiative ist es, ein Toolkit zum Schmerzassessment bei kognitiv beeinträchtigten (z. B. durch Demenz) älteren Menschen zu entwickeln und Empfehlungen zur Nutzung zu geben.

2. Methodik

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe 2/Nursing and Care fokussieren in ihrer Arbeit auf die Nutzung, die Stärken und Barrieren des Schmerzassessments. In einem europäi-

¹ Informationen zu dieser COST Initiative können auf der Homepage unter <http://www.cost-td1005.net> abgerufen werden.

schon Survey sollen zudem Informationen zum Nutzerverhalten generiert werden, um dadurch ein tieferes Verständnis zum Umgang und zu den Stärken und Barrieren des Schmerzassessments zu erlangen. Die Ergebnisse der deskriptiv, explorativ angelegten Umfrage könnten die Entwicklung des Toolkits unterstützen. Der Fokus liegt weniger auf nationalen Unterschieden, vielmehr auf der Identifizierung von Stärken und Barrieren bei der Anwendung, sowie auf möglichen Hinweisen zur Implementierung.

2.1 Projektplanung

Die Mitgliedern der Arbeitsgruppe 2, der „COST Action TD1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia“, in der Pflegenden aus Großbritannien, den Niederlanden und Deutschland vertreten sind, entwickelten dazu einen Online Fragebogen, dessen Beantwortung innerhalb von circa 15 Minuten möglich sein sollte.

2.1.1 Ziel der Surveys

Von Interesse sind die Einsatzmöglichkeiten und die Verfahrensweisen beim Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Ob beispielsweise am Arbeitsplatz definierte Standards oder Leitlinien zum Schmerzassessment genutzt werden. Weiterhin interessiert, ob Schmerzeinschätzungsinstrumente gekannt und wenn ja, welche eingesetzt werden. Das Nutzerverhalten steht ebenso im Fokus, wie positive Erfahrung und Barrieren des Schmerzassessments. In diesem Artikel wird folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche Leitlinien und Standards werden aktuell genutzt, und wie werden sie von Angehörigen der Gesundheitsberufe in der stat. Altenhilfe und der Akutversorgung genutzt, um Schmerzen bei älteren Menschen mit Demenz zu bewerten?
- Welche Instrumente zur Schmerzerfassung werden derzeit verwendet, und wie werden sie von Angehörigen der Gesundheitsberufe in der stat. Altenhilfe und der Akutversorgung angewendet, um Schmerzen bei älteren Menschen mit Demenz zu bewerten?
- Welche Optionen und Herausforderungen erleben Angehörige der Gesundheitsberufe in der Anwendung von Assessmentinstrumenten zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz?

2.1.2 Zielgruppe der Surveys

Der Survey richtete sich an beruflich mit dem Schmerzassessment beauftragte Personen, z. B. an Pflegenden, die zu ihrem Wissen zu verfügbaren und genutzten Schmerzeinschätzungsinstrumenten sowie zu ihren Erfahrungen mit dem Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz befragt wurden. Im Gesamtsurvey wurden Personen in deutsch-, englisch- und niederländisch-sprachigen Ländern zur Teilnahme eingeladen.

TeilnehmerInnen konnten nur dann teilnehmen, wenn sie selbständig und aktiv die dazu eingerichtete Internetpräsenz aufsuchten. Der Survey erfolgte anonym, Rückschlüsse auf Teilnehmende konnten nicht hergestellt werden. Weder die Namen der TeilnehmerInnen noch andere personalisierte Daten wurden erhoben.

2.1.3 Der Fragebogen

Der originär englischsprachig entwickelte Fragebogen enthielt 36 Fragen. Er wurde von MuttersprachlerInnen in je eine niederländische und deutsche Version übersetzt. Der Fragebogen wurde in jedem teilnehmenden Land einer Pilotierung durch je zwei Personen unterzogen, Rückmeldungen zum Umfang und der Nutzbarkeit des Fragebogens machen geringfügige Veränderungen erforderlich.

Neben sozio-demografischen Daten waren Fragen zum Wissen, zur Nutzung und zur Implementierung von Schmerzassessment enthalten. Dazu sind multiple-choice und offen zu beantwortende Fragen enthalten. Eingerichtet wurde der Fragebogen an der Universität Glasgow (UK) auf einer eigenen Homepage mittels eines Survey Monkey®.

2.1 Datenerhebung und Auswertung

Eine Stichprobenkalkulation erfolgte bei diesem webbasierten Survey nicht, jedoch ging der Distribution des Fragebogens eine differenzierte Planung voraus. So wurden in Deutschland, Österreich und der Schweiz jeweils die Gesellschaften für Pflegewissenschaft gezielt angeschrieben und gebeten die Informationen zum Survey an ihre Mitglieder zu versenden. Für Deutschland wurden zusätzlich die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft in einem Newsletter über den Survey informiert und zur Teilnahme eingeladen. Zudem wurden die Deutsche Schmerzgesellschaft, sowie die Ausbildungszentren zur „Pain Nurse“² in Nürnberg und zur „Algesiologischen Fachassistenz“³ in Köln kontaktiert, die ebenfalls ihre Mitglieder über die Homepage oder E-Mailverteiler über den Survey informierten. Darüber hinaus wurde der Fragebogen an alle Mitglieder der COST Action 1005 versandt.

Die Auswertung der Multiple-Choice Fragen erfolgte deskriptiv, dazu werden die absoluten Häufigkeiten ausgewiesen. Zur Analyse wurde das Auswertungsprogramm SPSS⁴ (Version 19) genutzt. Die offenen Fragen wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) entlang theoretisch vorbestimmter Kategorien deskriptiv zusammenfassend ausgewertet. Dies geschah mit Unterstützung des Auswertungsprogramms MAXQDA11⁵.

2 Der Fernlehrgang „Pain Nurse – Schmerzmanagement in der Pflege“ ist eine durch den DBfK unterstützte und zertifizierte Weiterbildung zum pflegerischen Schmerzmanagement, die dem Curriculum der Deutschen Schmerzgesellschaft entspricht.

3 Der Fernlehrgang „Algesiologische Fachassistenz“ bietet eine zertifizierte Weiterbildung zum Schmerzmanagement, die dem Curriculum der Deutschen Schmerzgesellschaft entspricht.

4 SPSS = Statistical Package for the Social Science Version 19.0

5 MAXQDA = Software zur qualitativen Text- und Datenanalyse

3. Ergebnisse

Der Survey erfolgte zwischen September und November 2013. Es gingen Antworten aus Belgien, Dänemark, Deutschland, England, Österreich, Niederlande, Schweiz und dem Vereinigten Königreich ein. In dieser Publikation werden die spezifischen deutschsprachigen deskriptiven Ergebnisse des Surveys vorgestellt. Die Ergebnisse im europäischen Vergleich werden in einer weiteren Publikation für alle teilnehmenden Länder vorgestellt.

3.1 TeilnehmerInnen

Für die deutschsprachigen Länder Deutschland, Schweiz und Österreich nahmen insgesamt 385 Personen teil. Da nicht alle Fragebögen komplett beantwortet wurden, konnten 215 Fragebögen ausgewertet werden, die auch zu einzelnen Fragen Missings aufwiesen. Um die Transparenz zu den Antworten zu erhalten, wurde jeweils aufgeführt wie viele Personen die jeweilige Frage beantworteten. Es konnten für Deutschland (n=147), Österreich (n=39) und die Schweiz (n=18) Fragebögen identifiziert werden. Angaben zur Anzahl der Aussendung des Fragebogens können nicht gemacht werden, da es sich um eine völlig offene Aufforderung zur Teilnahme handelte. Die Einladung zur Teilnahme erging durch die zur Verfügung stehenden Zugänge primär an Pflegende mit wissenschaftlichem Interesse und an Pflegende mit einer Weiterqualifizierung als SchmerzexpertIn. Wünschenswert wäre ein weiterer Zugang gewesen, eine gezielte Einbeziehung weiterer Organisationen sowie die Versendung eines Reminders erwiesen sich im Rahmen des Surveys als nicht durchführbar. Dem Survey liegt damit eine Gelegenheitsstichprobe zugrunde, dieser Umstand muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Bei den TeilnehmerInnen dominiert das Setting Akutpflege deutlich vor TeilnehmerInnen aus den Settings stationäre Altenhilfe oder ambulante Versorgung. Es gaben 85 (n= 140) TeilnehmerInnen aus Deutschland als Arbeitssetting das Krankenhaus an, im Gegenzug zu 26 (n= 140) Mitarbeitenden aus der stationären Altenhilfe und 7 (n= 140) aus ambulanten Versorgungsbezügen (Tabelle 1).

Antworten zu dieser Frage (N=207)			Deutschland	Schweiz	Österreich
			n=140	n=28	n=39
Setting	Krankenhaus	n=127	85	7	35
	Stat. Altenhilfe	n= 34	26	7	1
	Amb. Versorgung	n= 22	7	14	1
	Keine Angaben zum Setting	n= 24	22	0	2
	Missing	n= 8			

Tab. 1: TeilnehmerInnen der Umfrage (n= 215)

Der Fragebogen enthielt auch Fragen zur Verfügbarkeit von Spezialstationen/Bereichen zur Versorgung von Menschen mit Demenz. Für Deutschland zeigte sich eine annähernd gleiche Verteilung bei den 147 TeilnehmerInnen, in 69 Institutionen war ein

solcher Bereich vorhanden, bei 71 nicht, sieben TeilnehmerInnen machten keine Angaben dazu. Bei den Angaben aus der Schweiz überwog mit 10 Antworten (n=18) die Verfügbarkeit, bei den Österreicherinnen mit 29 Antworten nicht (n=39) (Tabelle 2).

Antworten zu dieser Frage (N=204)			Deutschland	Schweiz	Österreich
			n=147	n=18	n=39
Institution verfügt über eine Spezialstation/Bereich zur Pflege an Demenz erkrankter Menschen	Ja	n= 88	69	10	9
	Nein	n=107	71	7	29
	Keine Angaben	n= 9	7	1	1
	Missing	n= 11			

Tab. 2: Verfügbarkeit der Spezialbereiche zur Versorgung von Menschen mit Demenz (n= 215)

Gefragt nach dem eigenen Arbeitsfeld, gaben für Deutschland 102 (n= 147) TeilnehmerInnen an, nicht auf einem solchen Spezialbereich zu arbeiten. In der Schweiz waren es 13 (n=18) und in Österreich mit 19 jeweils die Hälfte der TeilnehmerInnen (Tabelle 3).

			Deutschland	Schweiz	Österreich
			n=147	n=18	n=39
TeilnehmerInnen arbeiten auf/ im Spezialstation/Bereich zur Pflege an Demenz erkrankter Menschen	Ja	n= 66	43	4	19
	Nein	n=134	102	13	19
	Keine Angaben	n= 4	2	1	1
	Missing	n= 11			

Tab. 3: Arbeitsfelder der TeilnehmerInnen (n= 215)

Die TeilnehmerInnen wurden in offenen Fragen gebeten Angaben zu ihrer Qualifikation zu machen. Dabei zeigte sich, dass die überwiegende Mehrheit Pflegende waren (Tabelle 4). Eine Zuordnung zu jeweiligen Arbeitsfeldern beruflichen Qualifikationen und/oder spezialisierten Expertisen wurde durch die Teilnehmenden selber vorgenommen. Lediglich drei ÄrztInnen und ein SozialpädagogeIn beteiligten sich neben 185 Pflegenden mit sehr unterschiedlichen Qualifikationen. Es gaben 15 Personen an als Altenpflegefachkräfte tätig zu sein. Mit Bezug zum Schmerzmanagement waren 16 TeilnehmerInnen mit Weiterbildung als Fachpflegende zur Anästhesie/ Intensivpflege, acht Pflegende mit einer spezialisierten Fortbildung zum Schmerzmanagement und zwei Pflegende mit einer Weiterbildung Palliativ Pflege/ bzw. Onkologie vertreten.

3.2 Nutzung von Leitlinien und Standards

Insgesamt machten 174 (n= 215) Personen Angaben zur Nutzung von Standards und Leitlinien (Tabelle 5). Für Deutschland und Österreich überwogen dabei die NichtnutzerInnen, hier gaben 61 (n=121) bzw. 28 (n=38) Personen an, keine Leitlinien oder Standards zu nutzen (Tabelle 2). Insgesamt 21 (n=174) Personen gaben an, nicht zu wissen ob in ihrem täglichen Arbeitsumfeld Leitlinien oder Standards genutzt wurden.

Gesundheits- und Krankpflegefachkräfte	119
Pflegefachkräfte mit Weiterbildung Anästhesie/ Intensiv Pflege	16
Altenpflegefachkräfte	15
Pflegefachkräfte mit nicht spezifizierten Weiterbildungen/ PflegeexpertInnen	13
Pflegefachkräfte mit zusätzlichem Studium	12
Leitungen im Gesundheitswesen (z. B. PDL)	7
Pflegefachkräfte mit Weiterbildung Pain Nurse/ Algesiologische Fachassistenz	8
PflegepädagogInnen/ LehrerInnen	6
ÄrztInnen	3
Qualitätsmanagement Beauftragte/ Pflege	3
Pflegefachkräfte mit Weiterbildung Palliativ Care/ Onkologie	2
Grundständig Studierende/ Auszubildende	2
Sozialpädagogin	1
Missing	8

Tab. 4: Qualifikation der TeilnehmerInnen (n= 215)

			Deutschland	Schweiz	Österreich
Leitlinien und Standards werden genutzt			n=121	n=19	n=38
	Ja	n= 63	51	8	4
	nein	n= 94	61	5	28
	Weiß nicht	n= 21	9	6	6
	Missing	n= 37			

Tab. 5: Nutzung von Leitlinien und Standards (N=215)

Freitextangaben zu den genutzten Leitlinien und Standards zeigten, dass die TeilnehmerInnen sehr breit gestreute Vorstellungen von Leitlinien hatten. So wurden in den Freitextangaben auch einzelne Assessmentinstrumente als Leitlinien oder Standards bezeichnet. Nachfolgend sind alle von den TeilnehmerInnen als Standard oder Leitlinien bezeichneten Ausführungen aufgelistet (alphabetische Reihung):

- AGS Leitlinie
- Behaviour Pain Scale (BPS)
- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)
- DOLOPLUS Skala©
- DNQP Standards
- ECPA Skala
- Numerische Rang Skala
- Resident Assessment Instrument for Nursing Homes (RAI)
- S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen (DGAI)
- Skala nicht spezifiziert
- Smiley Skala
- Visuelle Analog Skala
- WHO Stufen Leiter
- Zürich Observation Pain Assessment (ZOPA)

3.3 Nutzung von Fremdeinschätzungsinstrumenten

Zur Nutzung von Fremdeinschätzungsinstrumenten machen 202 TeilnehmerInnen Angaben (Tabelle 6). Hier gaben 80 Personen an, dass sie im klinischen Alltag standardisierte Fremdeinschätzungsinstrumente zur Schmerzerfassung bei Menschen mit schwerer Demenz nutzen, 112 der TeilnehmerInnen taten dies nicht. Zehn Personen waren sich nicht sicher, ob sie Instrumente nutzten.

			Deutschland	Schweiz	Österreich
Standardisierte Beobachtungsinstrumente zur Schmerzerfassung werden genutzt			n=147	n=17	n=38
	Ja	n= 80	66	9	5
	nein	n=112	75	6	31
	Weiß nicht	n= 10	6	2	2
	Missing	n= 13			

Tab. 6: Nutzung von Fremdeinschätzungsinstrumenten von Schmerz (N=215)

In den Freitextangaben wurden folgende Instrumente benannt (alphabetische Reihung):

- Behaviour Pain Scale (BPS)
- Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD)
- Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)
- Braden Skala
- Doloplus Skala©
- ECPA Skala
- Nicht spezifizierte Skala
- Numerische Rang Skala (NRS)
- Smiley Skala
- Visuelle Analog Skala
- Zürich Observation Pain Assessment (ZOPA)

Bei genutzten Instrumenten zur Einschätzung von Schmerz bei Menschen mit Demenz wurden nicht nur, z. B. im nationalen Expertenstandard empfohlenen Instrumente wie BESD, BISAD oder ZOPA genannt, sondern auch ein Einschätzungsinstrument zur Dekubitus Risikoerfassung (Braden Skala).

Zur Anwendung von Fremdeinschätzungsinstrumenten machten insgesamt 93 (n=215) TeilnehmerInnen Angaben, drei Personen nutzen keine Fremdeinschätzungsinstrumente. Dabei zeigte sich, dass die TeilnehmerInnen Anwender in 2 Gruppen zerfallen, 47 (n= 93) Personen gaben an, dass die Anwendung leicht bis sehr leicht war, 43 hingegen bewerteten die Anwendung als schwierig bis sehr schwierig. Allerdings beantworteten weit mehr als Hälfte der TeilnehmerInnen diese Frage nicht (Tabelle 7).

Auf die Frage: Wer führt in der Regel das Schmerzassessment durch? antworteten 198 (n=215) Teilnehmende ohne Ausnahme: Pflegefachkräfte.

Die TeilnehmerInnen wurden gebeten, ihre Einschätzung zur Notwendigkeit einzelner Kategorien, der in Fremdeinschätzungsinstrumenten zu Schmerz, enthaltenden

Fremdeinschätzungsinstrumente sind:	93 Antworten
Sehr leicht anzuwenden	3
Leicht anzuwenden	44
Schwer anzuwenden	33
Sehr schwer anzuwenden	10
Ich nutze keine	3
Missing	122

Tab. 7: Schwierigkeitsgrad der Anwendung von Fremdeinschätzung (n= 215)

Einschätzung der Kategorien	Absolut notwendig	hilfreich	Nicht sehr hilfreich	Als Bestandteil nicht notwendig	Missing
Mimik/Gesichtsausdruck	178	33	4	./.	./.
Bewegung Körpersprache	168	42	5	./.	./.
Verbalisation/Vokalisation	101	99	15	./.	./.

Tab. 8: Notwendigkeit einzelner Kategorien in Fremdeinschätzungsinstrumenten (n= 215)

Kategorien zu bewerten (Tabelle 8). Dazu wurden drei Kategorien des Panel on Persistent Pain in Older People (AGS) (2002) Verbalisation/Vokalisation, Bewegung/Körpersprache und Gesichtsausdruck/Mimik zur Bewertung gestellt. Dabei zeigte sich, dass die Kategorie Mimik/Gesichtsausdruck als sehr notwendig eingeschätzt wurde, gefolgt von den Kategorien Bewegung/Körpersprache und Verbalisation/Vokalisation.

Auf die Frage welcher Zeitaufwand zur Durchführung des Schmerzassessment angemessen ist, antworteten 211 (n= 215) Personen, die überwiegend einen Aufwand von ein bis zwei Minuten für angemessen hielten (Tabelle 9).

Angemessener Zeitaufwand	Weniger als eine Minute	1-2 Minuten	6-10 Minuten	Mehr als 10 Minuten	Missing
	12	140	35	24	4

Tab. 9: Angemessener Zeitaufwand zur Fremdeinschätzung (n= 215)

Die Frage, bei welchen Gelegenheiten eine Fremdeinschätzung von Schmerz vorgenommen werde, beantworteten hingegen nur 11 Personen (n= 215). Die Antworten sind nachfolgend im Originalwortlaut aufgeführt:

- 3x täglich sowohl in Ruhe als auch Bewegung
- Aus pflegefachlicher Sicht
- Bei Belastung
- Bei pflegerischen Handlungen (...)
- BESD: punktuell während und nach Therapie, nach Medigabe. (...)
- Dann, wenn es sinnvoll erscheint. Vor allem: in verschiedenen Situationen über eine Woche verteilt ...
- Im Rahmen geplanter Konsilien
- Sowohl in Ruhe als auch in Bewegung
- Bei Schmerzspitzen

- Zu allen Gelegenheiten mit Angabe der Aktivität im Tagesprofil
- Zur Erfolgskontrolle nach Medikamentengabe

Die Angaben sind auf sehr unterschiedlichen Ebenen angesiedelt und zum Teil sehr vage, eine systematische Erfassung zu definierten Gelegenheiten lässt sich daraus nicht ableiten. Auffallend ist, dass auf diese Frage die wenigsten Antworten eingingen.

Nach ihrer Zufriedenheit mit dem aktuell in ihren jeweiligen Einrichtungen vorherrschendem Schmerzmanagement gefragt, waren die TeilnehmerInnen mehrheitlich unzufrieden, 94 Personen waren leicht bis sehr unzufrieden, 67 sehr- bis meistens zufrieden. 52 Personen waren weder zufrieden, noch unzufrieden (Tabelle 10).

Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement	Sehr unzufrieden	Leicht unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Meistens zufrieden	Sehr zufrieden	Missing
	27	67	52	58	9	2

Tab. 10: Zufriedenheit mit dem aktuellen Schmerzmanagement (n= 215)

3.4 Herausforderungen bei der Nutzung von Fremdeinschätzungsinstrumenten zur Verhaltensbeobachtung zum Schmerzassessment

Pflegende wurden in offenen Fragen nach ihren Schwierigkeiten, aber auch den Potentialen und den Verbesserungsoptionen zum Schmerzmanagement bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Demenz) gefragt. Die Schwierigkeiten äußerten sich insbesondere in den Kategorien Unsicherheit bei der Fremdeinschätzung, mangelnde Objektivität, fehlende Kenntnisse und Zeitmangel. Im Kapitel 3.4 werden zur Verdeutlichung Zitate aus dem Survey genutzt, die als Originalzitate kenntlich gemacht sind.

3.4.1 Unsicherheit bei der Beobachtung

Die TeilnehmerInnen gaben an, bei der Einschätzung und auch vor allem bei der Interpretation der Ergebnisse unsicher zu sein. Dabei spielt der Faktor Zeit, der zur Beurteilung zur Verfügung steht eine große Rolle, besonders im Krankenhaus. *„Da Patienten oft nur sehr kurz stationär sind, ist es für mich sehr schwierig den Patienten so gut zu kennen, dass ich ihn richtig verstehe.“* Die TeilnehmerInnen geben dabei Probleme mit der Interpretation der Fremdeinschätzung an: *„Erfassung der Einzelkriterien sind gut zu bewältigen, Schlussfolgerungen und Gesamtbewertungen machen Probleme.“* Die bei der Fremdeinschätzung erfassten Verhaltensweisen seien nicht eindeutig zuzuordnen: *„Mimik und Gestik sind nicht immer eindeutig, Laute die nicht eindeutig als Schmerz zu deuten sind.“*

3.4.2 Mangelnde Objektivität

Eine immer wieder zum Ausdruck gebrachte Problematik war die scheinbar fehlende Objektivität bei der Fremdeinschätzung von Schmerz bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Dies wird auch in den Antworten deutlich: *„die verwendeten Items sind sehr subjektiv und lassen einen breiten Interpretationsspielraum“* oder seien *„leicht*

anzuwenden, aber immer als probativ anzuschauen. Es ist letztendlich nicht klar, ob der Schmerz die Ursache ist der Symptome“. Diese nicht erlebte Objektivität der Fremdeinschätzung von Schmerz spiegelt sich dann auch in unterschiedlichen Interpretationen der Einschätzung wieder: *„Jeder Mitarbeiter hat eine andere Einschätzung oder nimmt die nonverbale Sprache anders wahr.“* Es fehle die letzte Sicherheit zur Einschätzung, da die Einschätzung keine Gewissheit bringe: *„Trotz Instrument, die sichere Gewissheit zu haben, dass die betroffene Person an Schmerzen leidet.“*

3.4.3 Fehlende Kenntnisse

Unzureichende Ausbildung und fehlendes Wissen sind nach der Einschätzung der TeilnehmerInnen große Barrieren zum suffizienten Schmerzassessment: *„Es braucht eine gute Schulung und Einführung und danach Begleitung bei der Anwendung.“* Aber nicht nur die Ausbildung und Fortbildungen, auch die Einführung solcher Instrumente ist nach Meinung der TeilnehmerInnen mangelhaft: *„Mitarbeitern ist der Umgang mit den Instrumenten nicht vertraut/nicht bekannt. Sinnhaftigkeit wird teilweise nicht gesehen. Instrumente werden den Mitarbeitern nicht erläutert – werden als Vorgabe in die Dokumentation geheftet und dann sollen die Mitarbeiter ohne weitere Informationen damit arbeiten.“* Es wird sogar die Meinung vertreten, dass es *„ (...) kein speziell ausgelegtes Assessment auf dementiell erkrankte Patienten“* gibt. Wissenslücken scheinen auch über die Verfügbarkeit aktueller Instrumente zum Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (Demenz) zu bestehen.

3.4.4 Mangel an Zeit

Das Schmerzassessment und besonders die Fremdeinschätzung von Schmerz erfordert Informationen, die durch Beobachtungen generiert werden müssen. *„Man ist angewiesen auf körperliche oder verbale Hinweise der Patienten.“* Der Zeitmangel hindert allerdings bei der Fremdeinschätzung von Schmerz. *„Aufgrund von Zeitmangel in der Pflege, kreuzen Kollegen leider immer nur das an, was der erste angekreuzt hat, so bekommt man kein ernsthaftes Ergebnis.“* Aber es wird auch die Meinung vertreten, dass Zeit vorhanden, aber nicht zum Schmerzassessment genutzt wird: *„Schlechtes Zeitmanagement - daher Zeitmangel“.*

3.5 Stärken bei der Nutzung von Fremdeinschätzungsinstrumenten zur Verhaltensbeobachtung zum Schmerzassessment

Die TeilnehmerInnen wurden auch gebeten Stärken im Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) in ihren aktuellen Arbeitsbezügen zu beschreiben. Zur Darstellung der Ergebnisse werden im Kapitel 3.5. ebenfalls Zitate aus dem Survey genutzt, die als Originalzitate kenntlich gemacht sind.

Vielfach antworteten die TeilnehmerInnen auf diese offen gestellte Frage: *„Es gibt keine Stärken, da es nur vereinzelt und sporadisch eingesetzt wird.“* oder *„Keine Stärken, da es keine strukturierte Vorgehensweise gibt.“*

Aus den vorhandenen Angaben bildeten sich dennoch Kategorien als Stärken im Schmerzassessment heraus: Bewusstsein, Wissen, klare Regelungen und geeignete Instrumente.

3.5.1 Bewusstsein

Das Bewusstsein und die Sensibilisierung der Mitarbeitenden wirken sich positiv auf das Schmerzassessment aus. Dies erleichtere die Interpretation der Fremdeinschätzung. *„In der Sensibilisierung innerhalb der Deutung von Symptomen (sowohl bei Selbst- als auch Fremdeinschätzung. “* Handelnden Personen müsse die Notwendigkeit der Besonderheit der Fremdeinschätzung und der Interpretation der Ergebnisse bei Menschen mit Demenz bewusst sein.

3.5.2 Wissen

Wissen und Kenntnisse zu Demenz und zu den speziellen Erfordernissen zum Schmerzassessment bei dieser Personengruppe erleichtern das Schmerzassessment: *„Die Mitarbeiter sind geschult, die technischen Voraussetzungen sind gegeben.“* Dazu gehört aber auch, dass die Mitarbeitenden über Erfahrungen verfügen, und Kontinuität in der Versorgung besteht. *„(...) Erfahrenes Personal, wenig Fluktuation, eine Mitarbeiterin ist (...) fortgebildet und kümmert sich immer um aktuelles Fachwissen.“*

3.5.3 Klare Regelungen

Die TeilnehmerInnen stellten heraus, dass auch klare Regelungen in der Einrichtung ein entscheidender Beitrag zu einem suffizienten Schmerzassessment sind. *„Dadurch, dass wir ein Schmerzkonzept haben, ist Schmerz ein Thema in unserem Betrieb. Das ist meinerseits das Wichtigste. Falls es Verhaltensänderungen bei den Bewohnenden gibt, wird an Schmerzen gedacht.“* Dazu gehörten auch Regelungen zum systematischen Einsatz wie: *„Verpflichtende Anwendung bei Aufnahme von Patienten. Wöchentliche Evaluation.“*

3.5.4 Geeignete Instrumente

Geeignete Instrumente stehen nicht immer zur Verfügung oder werden nicht zielgruppenspezifisch eingesetzt. Ist dies der Fall, erleichtert dies ebenfalls das Schmerzassessment: *„Das überhaupt ein Schmerzassessment für diese Patienten zu Verfügung steht und man sich gezielt an Kriterien orientieren kann.“*

4. Diskussion

Die Intention des deskriptiv angelegten Surveys war es, Informationen zum Wissen um sowie zum Umgang mit dem Schmerzassessment zu erlangen und so ein tieferes Verständnis zu Problemen und Stärken bei der Anwendung zu gewinnen. Dieser Survey bietet dazu eine punktuelle Einschätzung.

Es nahmen 215 Personen teil, die zumeist als Gesundheits- und Krankenpflegende im Krankenhaus arbeiteten. Daher lässt die Interpretation der Ergebnisse eher Aussa-

gen zur akuten Versorgung im Krankenhaus zu. Die genutzten Zugänge scheinen nicht geeignet zu sein, Mitarbeitende aus der stationären Altenhilfe zu erreichen. Aber auch über einen Zugang über Weiterbildungsstätten konnten nur vergleichsweise wenige Pflegenden mit einschlägiger Weiterbildungserfahrung zur Teilnahme gewonnen werden. Es verfügten nur sechs der insgesamt 215 TeilnehmerInnen über eine Weiterbildung zum speziellen Schmerzmanagement. Zudem fokussierten die Weiterbildungen zur Pain Nurse in ihren älteren Ausbildungsgängen eher auf Selbsteinschätzung bei auskunftsfähigen Personen (Gnass, Sirsch 2013). Eine Schmerzeinschätzung bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder in palliativen Situationen wurde erst in den letzten Jahren verstärkt in den Blick genommen (Corbett et al 2014).

Die teilnehmenden Personen benannten genutzte Leitlinien und Standards wie den DNQP Standard (DNQP, 2011), die S3 Leitlinie zur Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen (DIVS 2008). Aber auch zahlreiche Instrumente zur Schmerzerfassung waren darunter, interessanterweise wurden auch andere Skalen wie die Braden Skala genannt. Das lässt vermuten, dass nicht alle TeilnehmerInnen über das aktuelle Wissen zu Standards und zur Verfügung stehender Instrumente verfügten. Auch Antworten, die ein fehlendes Instrument zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz bemängeln, lassen das vermuten.

Interessant zu wissen wäre, warum nur 93 der 215 TeilnehmerInnen die Frage nach Schwierigkeiten bei der Anwendung von Fremdeinschätzungsinstrumenten beantworteten. Die antwortenden Personen beschrieben die Anwendung als eher leicht, die Interpretation der Einschätzungen zeigte sich allerdings schwierig. Das macht deutlich, dass die Einführung von Schmerzassessment geschult und die Anwendung in der Praxis begleitet muss werden (Snow et al. 2004, Scherder et al. 2004). Die TeilnehmerInnen wünschten sich mehrheitlich eine Zeitdauer von 1 bis 2 Minuten zur Fremdeinschätzung des Schmerzassessment, der zeitliche Aspekt scheint in der Versorgung in akuten Versorgungssituationen ein relevanter Faktor zu sein. Dazu stehen im englischsprachigen Raum Instrumente wie die Abbey Skala zur Verfügung, die eine Einschätzung in einer Minute möglich macht (Abbey et al. 2004). Aber auch eine Einschätzung mittels der BESD Skala ist in 2 bis 3 Minuten möglich. Erstaunlicherweise antworteten auf die Frage nach den Gelegenheiten, in denen Fremdeinschätzungen vorgenommen werden, nur 11 von 215 Personen. Die vorliegenden Angaben lassen jedoch nicht auf umfassende Kenntnisse zu den Situationen, in denen eine systematische Fremdeinschätzung erfolgen sollte, schließen. Die Zufriedenheit mit dem Schmerzmanagement in der jeweiligen Einrichtung zeigte sich geteilt, nur 67 Personen von 215 Personen waren zufrieden. Dies zeigt aus Sicht der Mitarbeitenden Optimierungsbedarf beim Schmerzmanagement. Schon vor Jahren beschrieben Tarzian et al. (2004) dazu, dass eine Optimierung der Schmerzmanagementstrategien und Regularien auch dazu führt, vertieftes Wissen zum Schmerzmanagement nachzufordern. Als Barriere im Schmerzassessment wurde insbesondere fehlendes Wissen zu vorhandenen Instrumenten und zum Vorgehen bei der Anwendung identifiziert. Unsicherheiten bei der Anwendung und Berichte über fehlende Objektivität in diesem Survey legen dies ebenso nahe. Diese Informationen decken sich mit Angaben, wie sie in der Literatur vielfach beschrie-

ben wurden (Achterberg et al. 2013, Herr et al. 2010), Trotz dieses scheinbar bekannten Sachverhalts hat sich an der unzureichenden Weiterbildung von Pflegenden wenig verändert. Dies ist besonders vor dem Hintergrund der steigenden Anzahl von Menschen mit Demenz in allen Settings eine Herausforderung für ein angemessenes Schmerzassessment. Die Expertise zum Schmerzassessment und Schmerzmanagement bedarf angesichts dieses steigenden Versorgungsbedarfes der Ausweitung. Zudem scheint ein erhöhter Bedarf an spezialisierter Expertise zu bestehen. Es bleibt abzuwarten, wie sich die Einbeziehung von pflegerischen Experten beim differenzierten Schmerzassessment und Schmerzmanagement, wie sie inzwischen im nationalen Expertenstandard DNQP (2015) formuliert wird, auswirken wird.

Limitation dieser Surveys

Die Aussendung über die jeweiligen nationalen wissenschaftlichen Fachgesellschaften für Pflegewissenschaft und in Deutschland, zudem über die Deutsche Schmerzgesellschaft und zwei zentrale Ausbildungsstätten für im Schmerzmanagement spezialisierte Pflegenden bewirkte möglicherweise eine Vorauswahl der Teilnehmenden. Zudem waren nicht alle Fragen vollständig beantwortet worden. Dennoch liegen hiermit erste Ergebnisse zur Nutzung von Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) für den deutschsprachigen Raum vor. Es wäre wünschenswert, diese Untersuchung mit einer breiteren Stichprobe zu wiederholen. Dabei sollten sowohl der Krankenhausbereich mit der Akutversorgung, als auch der Bereich der Langzeitversorgung in der stationären Altenhilfe und die häusliche Versorgung in den Blick genommen werden.

Schlussfolgerungen

Auf Basis der Ergebnisse der Surveys lassen sich dennoch erste Empfehlungen zum Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (z. B. Demenz) ableiten:

1. Ausweitung der Aus- und Fortbildung zum Schmerzassessment
2. Verbindliche und für alle Mitarbeitenden klare Regelungen zum Schmerzassessment
3. Implementierung von Instrumenten zum Schmerzassessment und Maßnahmen zur Schmerzassessment durch Schulung und Evaluation begleiten

Der Survey wurde finanziert durch die European Cooperation in Science and Technology Action Group (COST) Pain assessment in patients with impaired cognition, especially dementia' TD1005 und ideell unterstützt von der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP) e. V./Sektion „Pflege kritisch kranker Menschen“.

Die Autorinnen geben an, keine Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Achterberg, W. P./Gambassi, G./Finne-Soveri, H./Liperoti, R./Noro, A./Frijters, D. H./Cherubini, A./Dell'acquila, G./Ribbe, M. W. (2010): Pain in European long-term care facilities: cross-national study in Finland, Italy and The Netherlands. In: *Pain*. 148 (1), 70-74
- AGS Panel on Persistent Pain in Older People (2002): The Management of Persistent Pain in Older Persons. In: *Journal of the American Geriatrics Society*. 50(6 Suppl), S206-S224
- Australian Pain Society (2005): Pain in Residential Aged Care Facilities. In: *Management Strategies*. Sydney: http://www.apsoc.org.au/PDF/Publications/Pain_in_Residential_Aged_Care_Facilities_Management_Strategies.pdf [Stand 2015-08-18]
- Basler, H.-D. (2007): Schmerz und Alter. In: *Schmerz-psychotherapie*. B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger / P. Nilges. Heidelberg: Springer-Medizin Verlag, 195-206
- Closs, S. J./Collet, B./Giffin, J./Gough, J./Harari, D./Jones, L./O'Mahony, S./Potter, J. and Schofield, P. (2007): The assessment of pain in older people. In: *National Guidelines. CONCISE GUIDANCE TO GOOD PRACTICE*. A series of evidence-based guidelines for clinical management. Royal College of Physicians and British Geriatrics Society and British Pain Society. London. 8
- Corbett, A./Achterberg, W./Husebo, B./Lobbezoo, F./de Vet, H./Kunz, M./Strand, L./Constantinou, M./Tudose, C./Kappesser, J./de Waal, M. / Lautenbacher, S. (2014): An international road map to improve pain assessment in people with impaired cognition: the development of the Pain Assessment in Impaired Cognition (PAIC) meta-tool. In: *BMC Neurology*. 14229
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) (2008): S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. <http://www.dnqp.de>. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) [Stand 2015-08-18]
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. <http://www.dnqp.de>. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), [Stand 2015-08-18]
- Dietl, M./Korczak, D. (2011): Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) Bd. 111. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information and (DIMDI). Köln: Deutsche Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information 1
- Gnass, I./Sirsch, E. (2013): Schmerzerfassung und -dokumentation. In: Fernlehrgang Pain Nurse Ce- kib. Nürnberg: Klinikum Nürnberg, 1-55
- Hadjistavropoulos, T./Fitzgerald, T. D./Marchildon, G. P. (2010): Practice Guidelines for Assessing Pain in Older Persons with Dementia Residing in Long-Term Care Facilities. In: *Physiotherapy Canada*. 62(2), 104-113
- Hadjistavropoulos, T./Herr, K./Turk, D. C./Fine, P. G./Dworkin, R. H./Helme, R./Jackson, K./Parmelee, P. A./Rudy, T. E./Lynn Beattie, B./Chibnall, J. T./Craig, K. D./Ferrell, B./Fillingim, R. B./Gagliese, L./Gallagher, R./Gibson, S. J./Harrison, E. L./Katz, B./Keefe, F. J./Lieber, S. J./Lussier, D./Schmader, K. E./Tait, R. C./Weiner, D. K./Williams, J. (2007): An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. In: *The Clinical Journal of Pain*. 23(1 Suppl), S1-43
- Herr, K./Bjoro, K./Steffensmeier, J./Rakel, B. (2006): Acute pain management in older adults. Iowa City, Iowa, The University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center Research Translation and Dissemination Core (RTDC). 1-116
- Herr, K./Bursch, H./Ersek, M./Miller, L. L. /Swafford, K. (2010): Use of pain-behavioral assessment tools in the nursing home: expert consensus recommendations for practice. In: *Journal of Gerontological Nursing*. 36(3), 18-29; quiz 30-11
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

- McAuliffe, L./Nay, R./O'Donnell, M. /Fetherstonhaugh, D. (2009): Pain assessment in older people with dementia: literature review. In: Australian Journal of Advanced Nursing. 65(1), 2-10
- Mukadam, N. / Sampson, E. L. (2011): A systematic review of the prevalence, associations and outcomes of dementia in older general hospital inpatients. In: International Psychogeriatrics. 23(3), 344-355
- Osterbrink, J./Hufnagel, M./Kutschar, P./Mitterlehner, B./Kruger, C./Bauer, Z./Aschauer, W./Weichbold, M./Sirsch, E./Drebenstedt, C./Perrar, K. M. /Ewers, A. (2012): Die Schmerzsituation von Bewohnern in der stationären Altenhilfe. Ergebnisse einer Studie in Münster. In: Der Schmerz. 26(1), 27-35
- Scherder, E./Oosterman, J./Swaab, D./Herr, K./Ooms, M./Ribbe, M./Sergeant, J./Pickering, G. /Benedetti, F. (2005): Recent developments in pain in dementia. In: BMJ. 330(7489), 461-464
- Shega, J. W./Weiner, D. K./Paice, J. A./Bilir, S. P./Rockwood, K./Herr, K./Ersek, M./Emanuel, L. / Dale, W. (2010): The association between noncancer pain, cognitive impairment, and functional disability: an analysis of the Canadian study of health and aging. In: The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences. 65(8), 880-886
- Snow, A. L./O'Malley K, J./Cody, M./Kunik, M. E./Ashton, C. M./Beck, C./Bruera, E. /Novy, D. (2004): A conceptual model of pain assessment for noncommunicative persons with dementia. In: Gerontologist. 44(6), 807-817
- Takai, Y./Yamamoto-Mitani, N./Okamoto, Y./Koyama, K. /Honda, A. (2010): Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. In: Pain Management Nursing. 11(4), 209-223
- Tarzian, A. J./Hoffmann, D. E. (2004): Barriers to managing pain in the nursing home: findings from a statewide survey. In: Journal of the American Medical Directors Association. 5(2), 82-88
- Verenso (2011): Multidisziplinäre Richtlijn Pijn, Herkenning en behandeling van Pijn bij kwetsbare ouderen. Utrecht: VERENSO
- Wulff, I./Konner, F./Kolzsch, M./Budnick, A./Drager, D. / Kreutz, R. (2012): Interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 45(6), 505-544
- Zwakhalen, S. M./Hamers, J. P./Abu-Saad, H. H./Berger, M. P. (2006): Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. In: BMC Geriatrics. 63 <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/6/3> [Stand 2015-08-18]
- Zwakhalen, S. M./Koopmans, R. T./Geels, P. J./Berger, M. P. /Hamers, J. P. (2009): The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. In: European Journal of Pain. 13(1), 89-93

JProf. Dr. Erika Sirsch

Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Fakultät für Pflegewissenschaft
Pallottistraße 3, 56179 Vallendar, esirsch@pthv.de (Kontaktadresse)

Assistant Prof. Dr Sandra Zwakhalen

Maastricht University, Niederlande, Department of Health Services Research
s.zwakhalen@maastrichtuniversity.nl

Irmela Gnass, MScN

Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft
Irmela.Gnass@uni-wh.de

Ein besonderer Dank ergeht an die weiteren Mitglieder der „COST Action TD1005 Pain Assessment in Patients with Impaired Cognition, especially Dementia“ und ganz besonders an die Mitglieder der Workgroup „Nursing and Care (WG2)“

- Prof. Dr. Nick Allcock, Glasgow Caledonian University, Scotland
- Dr. Rachel Elizabeth Docking, University of Greenwich, England
- Prof. Dr. Pat Schofield, University of Greenwich, England
- Dr. Carrie Lee Stewart, University of Aberdeen, Scotland

Nadja Nestler, Christoph Maier, Jürgen Osterbrink

Selbsteinschätzung Pflegender zum Schmerzmanagement und zur Qualität der Versorgung vor und nach einer Schulung

Nurses' self-ratings of about pain management and quality of patient-centred care before and after an educational training

Acute pain therapy is still a problem because of structural shortcomings and nurses' lack of knowledge. The project "Pain-Free Hospital" aimed to improve pain management in 19 German hospitals. Nurses (n= 3915, pre 2124, post 1791) of surgical and non-surgical departments rated the change in pain management in their hospitals before and after training and assessed quality of pain therapy in relation to patients' (n= 5535) pain intensities. Using German school-grades (1-6), nurses graded their own and physicians' knowledge of pain therapy, communication among themselves and with physicians, satisfaction with in-house trainings and the quality of pain therapy. 80% of all nurses rated improvements in pain assessment, 2/3 of surgical nurses reported improvements in pharmacological pain therapy and counseling of patients. Nurses' satisfaction with the quality of pain therapy correlated closely with physician communication and physicians' knowledge of pain therapy, but only moderate for patients' pain intensity. The ratings of physicians' communication and knowledge had a higher influence on nurses' satisfaction with the quality of pain management than patient' pain intensities.

Keywords

nursing pain management, acute pain, pain education, quality improvements

Akutschmerztherapie ist ein Problem in der klinischen Versorgung aufgrund struktureller Defizite und einem Wissensmangel der Pflegenden. Das Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ hatte das Ziel, die Schmerztherapie in 19 deutschen Kliniken zu verbessern. Pflegende von operativen und nicht-operativen Abteilungen (n= 3915, prä 2124, post 1791) beurteilten das Schmerzmanagement in ihrer Klinik vor und nach einer Schulung. Sie schätzten die Qualität der Schmerztherapie im Verhältnis zu den Schmerzintensitätsangaben der Patienten (n= 5535) ein. Mit Schulnoten (1-6) bewerteten sie ihr eigenes und das Wissen der Ärzte zur Schmerztherapie, die Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe wie mit den Ärzten, die Zufriedenheit mit Fortbildungen und der Qualität der Schmerztherapie. 80% der Pflegenden gaben Verbesserungen im Schmerzassessment an, 2/3 der operativ Tätigen berichteten Verbesserungen in der medikamentösen Schmerztherapie und der Beratung von Patienten. Die Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie korrelierte stark mit der Bewertung der Kommunikation mit den Ärzten und der Einschätzung deren Wissens, nur gering dagegen mit den Schmerzintensitätsangaben der Patienten nach der Intervention. Die Bewertungen der Kommunikation mit den Ärzten und die Einschätzung deren Wissens hatten einen größeren Ein-

fluss auf die Zufriedenheit der Pflegenden mit der Qualität der Schmerztherapie als die Schmerzintensitätsangaben der Patienten.

Schlüsselwörter

pflegerisches Schmerzmanagement, Akutschmerz, Schulung, Qualitätskriterien

1. Hintergrund

Pflegende haben eine bedeutsame Rolle in der Schmerzmanagementversorgung von Patienten im Krankenhaus. Trotz vorhandener Therapieoptionen und Leitlinien für den Umgang mit akuten Schmerzen (Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege 2011, Macintyre et al. 2010) zeigen verschiedene Studien aber eine inadäquate Schmerzbehandlung in Kliniken bei über 50% der postoperativen wie auch nicht-operativ versorgten Patienten¹ (Fletcher et al. 2008, Gerbershagen et al. 2013, Korczak et al. 2013, Maier et al. 2010). Viele Kliniken haben diese Leitlinien nicht in der täglichen Routine eingeführt (Usichenko et al. 2013). Obwohl verschriftlichte Protokolle eine wichtige Basis für ein koordiniertes Schmerzmanagement darstellen, ist die Anzahl der Kliniken, die solche Protokolle nutzen, gering (Fragemann et al. 2012, Schafheutle et al. 2001, Watt-Watson et al. 2004).

Studien zeigen ebenfalls ein zu geringes Wissen der Pflegenden zum Thema Schmerz (Michaels et al. 2007, Schreiber et al. 2014), zur Schmerzpathophysiologie wie zur Schmerzbehandlung (Holley et al. 2005, Lin et al. 2008). Dies erklärt sich durch eine lediglich geringe Repräsentation der Themen in der pflegerischen Ausbildung in der Vergangenheit (Fragemann et al. 2012, Zhang et al. 2008), gepaart mit zu wenigen Praxistrainings in den Kliniken (Watt-Watson et al. 2004). Eine fehlende kontinuierliche Fortbildung wird als ein entscheidender Faktor für ein insuffizientes pflegerisches Schmerzmanagement diskutiert (Schreiber et al. 2014).

Ebenfalls haben Studien gezeigt, dass die Schmerzsituation der Patienten durch die Einführung von Praxisleitlinien für das Schmerzmanagement verbessert werden kann (Usichenko et al. 2013). Solche Standardprozeduren (SOP) müssen verschriftlicht vorliegen und für alle Beteiligten transparent kommuniziert sein. Allerdings sind solche Regelungen in vielen Kliniken nicht vorhanden, so dass den Mitarbeitern klare Vorgaben für den Umgang mit Schmerzsituationen der Patienten fehlen (Erlenwein et al. 2014, Nestler et al. 2013).

Schulungsprogramme zum Schmerzmanagement sind notwendig, um grundlegendes Wissen zum Schmerz zu vermitteln, bewirken häufig aber nur geringe Verbesserungen in der Qualität des Schmerzmanagements, da ein Theorie-Praxis Transfer nicht gelingt (Fragemann et al. 2012), bieten kontinuierliche Programme aussichtsreichere Ergebnisse für ein verbessertes Schmerzmanagement als standardisierte, einzeitige Trainings (Abdalahim et al. 2011, Lin et al. 2008). Kiekkas et al. (2014) postulieren ei-

¹ Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird nur die männliche Form genutzt. Natürlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

ne aktive und autonome Einbindung von Pflegenden in das Schmerzassessment und in Therapieentscheidungen. Daher sollten In-house Trainings auf dem Bedarf der jeweiligen Klinik basieren. Abgesehen von der Notwendigkeit, das Wissen und die Fähigkeiten der Pflegenden zu verbessern, ist die Einstellung der Pflegenden gegenüber dem Schmerz der Patienten ein wichtiger Faktor, da die Einstellungen ebenfalls einen hohen Einfluss auf das Handeln der Pflegenden und damit den Schmerzmanagementprozess haben (Schreiber et al. 2014).

Die hier dargestellte Untersuchung ist Teil des Versorgungsforschungsprojektes „Schmerzfrees Krankenhaus“, welches von 2003 bis 2007 von einem interprofessionellen Forscherteam der Ruhr-Universität Bochum in Kooperation mit der Universität Witten Herdecke in 25 Kliniken in Deutschland durchgeführt wurde² und das Ziel hatte, in diesen Kliniken das Schmerzmanagement mittels eines Prä- Posttests zu evaluieren und durch eine strukturierte Intervention das Schmerzmanagement zu optimieren³. In jedem Krankenhaus wurde eine spezifische In-house Schulung durchgeführt, gefolgt von einer systematischen Einführung von Schmerzmanagementregelungen und -strategien, die von einem klinikinternen Qualitätszirkel erarbeitet wurden.

Die hier dargestellten Ergebnisse stellen Daten aus Erhebung im Versorgungsforschungsprojekt Schmerzfrees Krankenhaus dar. Dieses Projekt wurde von 2003 bis 2007 von einem interprofessionellen Forscherteam der Ruhr-Universität Bochum in Kooperation mit der Universität Witten Herdecke in 25 Kliniken in Deutschland durchgeführt⁴.

Eine erste Untersuchung der Mitarbeiterangaben (Nestler et al. 2014) zeigte, dass vor der Intervention die Hälfte der Pflegenden nicht wusste, ob ihre Klinik schriftliche Regelungen für das Schmerzmanagement hatte. Zur gleichen Zeit berichteten 50% der Patienten Schmerzstärken, die über den international anerkannten Interventionsgrenzen lagen (Maier et al. 2010). Insbesondere war der Schmerz der nicht-operativ versorgten Patienten nicht ausreichend behandelt.

Daher war das Ziel der präsentierten Studie zu evaluieren, (a) wie Pflegende Veränderungen im Schmerzmanagement in ihrer Klinik nach der edukativen Intervention einschätzten und (b) wie sie die Qualität der Schmerztherapie in Relation zu den Schmerzintensitätsangaben der Patienten (aktueller Schmerz und Belastungsschmerz) beurteilten um mögliche Erklärungen für die pflegerischen Einschätzungen zu finden.

2. Methodik

Für diese Untersuchung wurden die Daten von 19 der 25 in das Projekt eingeschlossenen Kliniken berücksichtigt. Ein Krankenhaus schloss das Projekt nicht ab, fünf Kliniken waren Teil des Pilotprojektes mit einer differierenden Intervention.

2 Positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Ruhr-Universität Bochum (Nr. 2204, 12.10.2003)

3 Die Studie „Schmerzfrees Krankenhaus“ wurde finanziell unterstützt von der Mundipharma GmbH. Es gab aber keine Einflussnahme hinsichtlich des Vorgehens oder der Ergebnisse.

4 Positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Ruhr-Universität Bochum (Nr. 2204, 12.10.2003)

Im Forschungsprojekt „Schmerzfreies Krankenhaus“ wurden pflegerische und ärztliche Mitarbeiter sowie Patienten vor und nach einer systematischen Schulungsintervention (Prä-/Posttest) zum Schmerzmanagement und dem erlebten Schmerz befragt. Alle Mitarbeiter gaben eine Zustimmung zur Befragung durch Ausfüllen des Fragebogens. Die Patienten willigten schriftlich zur Teilnahme ein. Die Daten aller Teilnehmer wurden mittels automatisch erstellten Codes anonymisiert und elektronisch gespeichert. Zur Sicherstellung der Anonymisierung der Mitarbeiter wurden lediglich die Profession und die Dauer der Berufszugehörigkeit erfasst. Die Mitarbeiter und die Patienten wurden mit standardisierten, für das Forschungsprojekt entwickelten und vorab getesteten Fragebögen befragt.

In dieser Untersuchung werden die Angaben der Pflegenden exklusiv bzw. in Zusammenführung mit Ergebnissen der Patienten analysiert, gleichwohl Stationsärzte und Anästhesisten in die Untersuchung eingeschlossen waren.

2.1 Sample

Alle examinierten Pflegenden der operativen und nicht-operativen Abteilungen mit einer dreijährigen Ausbildung waren zur Teilnahme aufgefordert worden. Pflegende der Intensivstationen und aus Funktionsabteilungen waren ebenso ausgeschlossen wie Pflegehilfskräfte.

2.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung im Prätest erfolgte für vier Wochen in jedem Krankenhaus. Nach einer Interventionsphase von sechs Monaten erfolgte die Posttest Erhebung analog zum Prätest.

2.3 Fragebogen für Pflegende

Die Pflegenden wurden im Prä- wie im Posttest zu dem in ihren Kliniken stattfindenden Schmerzmanagement mit einem 27-Item umfassenden, hier nicht in Gänze dargestellten Fragebogen befragt. Mittels Schulnoten (von 1 bis 6, 1= sehr gut bis 6= ungenügend) bewerteten die Pflegenden ihr eigenes wie das Wissen der Stationsärzte zur medikamentösen Schmerztherapie, ihr Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen, die Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe und mit den Ärzten, ihre Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot zum Thema Schmerz wie auch die Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie in der eigenen Abteilung.

Nach der Intervention wurden die Pflegenden zudem gefragt, ob sie Änderungen im Schmerzmanagement – im Schmerzassessment, in der medikamentösen wie nicht-medikamentösen Schmerztherapie, in der Beratung von Patienten und der Kommunikation mit den Ärzten – wahrgenommen haben. Die Einschätzungen wurden mit Likert Skalen von -2 (sehr verschlechtert) bis 2 (sehr verbessert) erhoben.

2.4 Fragebogen für Patienten

Operativ behandelte Patienten wurden am ersten postoperativen Tag, nicht-operativ behandelte Patienten an einem beliebigen Tag während des Krankenhausaufenthaltes, unabhängig von der Dauer des stationären Aufenthaltes, mit einem 22-Item umfassenden Fragebogen befragt. Dieser enthielt Fragen zu ihrer aktuellen Schmerzstärke wie bei Bewegung mittels einer elfteiligen numerischen Rangskala (0 = kein Schmerz bis 10 = maximal vorstellbarer Schmerz; NRS). Weitergehende Ergebnisse der Patientenbefragungen des Prä-Posttestvergleichs werden an anderer Stelle publiziert.

2.5 Datenanalyse

Die von den Pflegenden wahrgenommenen Änderungen im Schmerzmanagement werden als Prozentangaben dargestellt. Arithmetische Mittelwerte wurden errechnet für alle Selbsteinschätzungen und für jede Abteilung der einzelnen Kliniken im Vergleich zwischen Prä- und Posttest. Bivariate Korrelationen (Pearson's) wurden berechnet für (1) die pflegerischen Einschätzungen zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie im Vergleich mit allen anderen Selbsteinschätzungen und (2) die pflegerischen Einschätzungen zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie im Vergleich mit den Angaben der Patienten zu ihren Schmerzintensitäten. Es wurden die Korrelation zwischen den Mittelwerten der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie mittels Schulnoten (1-6) und den Mittelwerten der Schmerzintensitätsangaben der Patienten zum aktuellen Schmerz mit NRS (0 bis 10) für jedes Krankenhaus für nicht-operative Abteilungen und operative Abteilungen vor und nach der Intervention berechnet.

Effektstärken wurden bestimmt mit g_{Hedges} für die Mittelwerte der Selbsteinschätzungen der Pflegenden vor und nach der Intervention für operative und nicht-operative Abteilungen. Nach Kontrolle der Normalverteilung mittels Kolmogorov-Smirnov-Test, wurden t-tests für die Darstellung der Unterschiede der Mittelwerte der Selbsteinschätzungen der Pflegenden des Prä- und Posttest genutzt. Chi-Quadrat Tests wurden für den Vergleich der Prä- und Posttestpopulation genutzt. Alle Auswertungen erfolgten mit SPSS20 (SPSS 2011), die statistische Signifikanz wurde für $p < 0,05$ festgelegt.

2.6 Intervention

Nach dem Prätest wurden in allen Krankenhäusern zu Beginn einer sechsmonatigen Interventionsphase eintägige, gemeinsame Schulungen für Pflegenden mit einer dreijährigen Ausbildung und Ärzte zum Schmerzmanagement durch Projektmitarbeiter durchgeführt. Neben allgemeinen Inhalten zu den Themen Schmerzerfassung, medikamentöse und nicht-medikamentöse Schmerztherapie, Information der Patienten und Organisation eines berufsgruppenübergreifenden Schmerzmanagements, wurden auch die Prätest-Ergebnisse der jeweiligen Kliniken präsentiert, so dass die Schulungen auf die individuellen Bedarfe der Kliniken abgestimmt werden konnten.

In allen Kliniken wurden Qualitätszirkel gegründet, die im Nachgang zu den Schulungen standardisierte für alle Berufsgruppen verbindliche schmerztherapeutische Regelungen erarbeiteten (Nestler 2013) und einführten.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der befragten Pflegenden dargestellt, wenn gleich auch die Ärzte an den Schulungen teilnahmen.

3. Ergebnisse

3.1 Sample der Pflegenden

Vor der Intervention wurden 2124 Pflegenden (939 von nicht-operativen Abteilungen; 1048 von operativen Abteilungen, 137 ohne Angabe der Abteilung) interviewt, nach der Intervention konnten 1791 Pflegenden (694 von nicht-operativen Abteilungen, 896 von operativen Abteilungen) einbezogen werden. Die meisten Pflegenden waren seit mehr als 16 Jahren pflegerisch tätig. Es gab einen signifikanten Geschlechterunterschied zwischen dem Prä- und dem Posttest für die Gruppe der operativ tätigen Pflegenden (Tabelle 1a).

	Nicht-operative Abteilungen		Operative Abteilungen	
	Prätest	Posttest	Prätest	Posttest
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	939 (44,2%)	694 (38,7%)	1048 (49,3%)	869 (48,5%)
Geschlecht				
weiblich	786 (83,7%)	593 (85,4%)	894 (85,3%)*	750 (86,3%)
männlich	99 (10,5%)	92 (14,3%)	92 (8,8%)	107 (12,3%)
missing values	54 (5,8%)	9 (0,1%)	62 (5,9%)	12 81,4%)
Zeit pflegerischer Tätigkeit				
0 bis 3 Jahre	133 (14,2%)	70 (10,1%)	118 (11,3%)	77 (8,95)
4 bis 6 Jahre	130 (13,8%)	101 (14,6%)	102 (9,7%)	80 (9,2%)
7 bis 9 Jahre	90 (9,6%)	74 (10,7%)	91 (8,7%)	94 (10,8%)
10 bis 12 Jahre	88 (9,4%)	81 (11,7%)	101 (9,6%)	87 (10,0%)
13 bis 15 Jahre	105 (11,2%)	93 (13,4%)	106 (10,1%)	99 (11,4%)
16 und mehr Jahre	330 (35,1%)	274 (39,5%)	470 (44,8%)	427 (49,1%)
missing values	63 (6,7%)	1 (0,1%)	60 (5,7%)	5 (0,6%)

Tab. 1a: Demographische Daten der Pflegenden für operative und nicht-operative Abteilungen und für Prä- und Posttest (prä n=2124, post n=1791), ausgenommen Pflegenden ohne Abteilungszugehörigkeit, * p<0,05 (ohne missing values)

3.2 Sample der Patienten

Insgesamt konnten 2431 Patienten (operativ 1714, nicht-operativ 717) im Prätest befragt werden. Im Posttest wurden 3104 Patienten (operativ 1995, nicht-operativ 1109) einbezogen. Es gab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter oder Geschlecht zwischen den Gruppen des Prä- und des Posttests (Tabelle 1b).

	Nicht-operative Abteilungen		Operative Abteilungen	
	Prätest	Posttest	Prätest	Posttest
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
	717 (30,6%)	1109 (35,7%)	1714 (69,4%)	1995 (64,3%)
Geschlecht				
weiblich	341 (47,6%)	522 (47,1%)	822 (48,0%)*	977 (49,0%)
männlich	376 (52,4%)	557 (50,2%)	815 (47,5%)	924 (46,3%)
missing values	-	30 (2,7%)	77 (4,5%)	94 (4,7%)
	MW ± SD	MW ± SD	MW ± SD	MW ± SD
Alter (MW ± SD)	65,3 ± 15,01	64,6 ± 15,30	56,6 ± 16,35	56,0 ± 16,86

Tab. 1b: Demographische Daten der Patienten der operativen und nicht-operativen Abteilungen und für den Prä- und Posttest (prä n=2431, post n=3104)

3.3 Die Einschätzungen der Pflegenden von Veränderungen im Schmerzmanagement

Die Pflegenden gaben für alle Ebenen des Schmerzmanagements positive Veränderungen an (Tabelle 2 a und 2b). Über 80% der Pflegenden der operativen wie der nicht-operativen Abteilungen schätzten die Veränderungen als „sehr verbessert“ für das Schmerzassessment ein. Zwei Drittel der Pflegenden der operativen Abteilungen erlebten die medikamentöse Schmerztherapie sowie die Beratung der Patienten als sehr verbessert. Die geringsten Verbesserungen wurden für die nicht-medikamentöse Schmerztherapie in beiden Fachbereichen sowie für Veränderungen in der Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden in den nicht-operativen Abteilungen gesehen. Generell wurden häufiger Verbesserungen im Schmerzmanagement in den operativen Abteilungen berichtet.

	Veränderungen im Schmerzassessment	Veränderungen in der med. Schmerztherapie	Veränderungen in der nicht-medikamentösen Schmerztherapie	Veränderungen in der Beratung von Patienten	Veränderungen in der Kommunikation mit Ärzten
deutlich verschlechtert	0%	0%	0%	0%	0%
verschlechtert	0%	0%	0%	0%	0%
unverändert	14%	29%	67%	31%	38%
verbessert	36%	41%	21%	40%	37%
deutlich verbessert	50%	31%	13%	29%	24%

Tab. 2a: Einschätzungen der Pflegenden zu Veränderungen in verschiedenen Kriterien des Schmerzmanagements nach der Intervention (Likert Skala von deutlich verschlechtert bis deutlich verbessert) in nicht-operativen Abteilungen (n=660)

Die Mittelwerte für die Selbsteinschätzungen der Pflegenden zum Wissen, der Kommunikation und der Zufriedenheit verbesserten sich vom Prä- zum Posttest in operativen wie nicht-operativen Abteilungen (Tabelle 3). Die deutlichste Verbesserung war für die Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot (nicht-operative Abt.: Prätest 3,8

	Veränderungen im Schmerzassessment	Veränderungen in der med. Schmerztherapie	Veränderungen in der nicht-medikamentösen Schmerztherapie	Veränderungen in der Beratung von Patienten	Veränderungen in der Kommunikation mit Ärzten
deutlich verschlechtert	0%	0%	0%	0%	0%
verschlechtert	0%	0%	0%	0%	0%
unverändert	12%	15%	67%	21%	27%
verbessert	28%	37%	21%	38%	42%
deutlich verbessert	61%	49%	16%	40%	31%

Tab. 2b: Einschätzungen der Pflegenden zu Veränderungen in verschiedenen Kriterien des Schmerzmanagements nach der Intervention (Likert Skala von deutlich verschlechtert bis deutlich verbessert) in operativen Abteilungen (n=835)

± 1,24 zu Posttest 3,1 ± 1,28; operative Abt.: Prätest 3,5 ± 1,21 zu Posttest 2,9 ± 1,26) und der Einschätzung des Wissens der Ärzte zur Schmerztherapie (nicht-operative Abt.: Prä. 3,0 ± 0,92 zu Post. 2,5 ± 0,847; operative Abt.: Prä. 3,0 ± 0,90 zu Post. 2,6 ± 0,84) gegeben (Tabelle 3). Die Effektstärken zwischen dem Prä- und dem Posttest variierten für die verschiedenen Items. Sie war am geringsten für die Einschätzung des Wissens der Ärzte zur Schmerztherapie in den nicht-operativen wie den operativen Abteilungen und am größten für die Zufriedenheit mit den Schulungen in den nicht-operativen Abteilungen sowie für das eigene Wissen zur medikamentösen Schmerztherapie in den operativen Abteilungen (Tabelle 3). In den operativen Abteilungen gab es generell größere Effektstärken.

	Nicht-operative Abteilungen			Operative Abteilungen		
	Prätest	Posttest	Effektstärke	Prätest	Posttest	Effektstärke
	MW ± SD (n)	MW ± SD (n)	g ^{Hedges}	MW ± SD (n)	MW ± SD (n)	g ^{Hedges}
eigenes Wissen zur medikamentösen Schmerztherapie	3,0 ± 0,90 (874)	2,6 ± 0,84 (688)	-0,455	3,0 ± 0,92 (966)	2,5 ± 0,84 (858)	-0,62
eigenes Wissen zur nicht-medikamentösen Schmerztherapie	3,5 ± 1,14 (867)	3,1 ± 1,11 (691)	-0,336	3,6 ± 1,14 (954)	3,0 ± 1,22 (857)	-0,444
Wissen der Ärzte zur Schmerztherapie	2,8 ± 0,97 (781)	2,7 ± 0,99 (673)	-0,133	2,7 ± 0,98 (870)	2,4 ± 0,97 (842)	-0,347
Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe	2,6 ± 1,00 (867)	2,4 ± 0,95 (686)	-0,265	2,5 ± 0,92 (950)	2,1 ± 0,92 (852)	-0,422
Kommunikation mit den Ärzten	2,8 ± 1,02 (868)	2,6 ± 1,00 (690)	-0,187	2,8 ± 1,00 (966)	2,3 ± 1,02 (856)	-0,445
Zufriedenheit mit dem Bildungsangebot	3,8 ± 1,24 (849)	3,1 ± 1,28 (683)	-0,508	3,5 ± 1,21 (948)	2,9 ± 1,26 (855)	-0,515
Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie	3,2 ± 1,02 (868)	2,7 ± 1,11 (688)	-0,431	2,9 ± 0,98 (962)	2,3 ± 0,93 (859)	-0,601

Tab. 3: Mittelwerte der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zum Wissen, der Kommunikation und Zufriedenheit, arithmetische Mittelwerte und Standardabweichungen für nicht-operative und operative Abteilungen, vor und nach der Intervention, Effektstärken berechnet mit g^{Hedges}

3.4 Die Bedeutung der Selbsteinschätzung der Pflegenden für die Qualität der Schmerztherapie

Die Korrelationen zwischen der Selbsteinschätzung der Pflegenden zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie und allen anderen Selbsteinschätzungen (Tabelle 4a und 4b) wurde berechnet, um mögliche Erklärungen für die Bewertung der Qualität der Schmerztherapie zu finden. Es waren im Vergleich zwischen Prä- und Posttest nur geringe Korrelationen für die Einschätzung der Qualität der Schmerztherapie durch die Pflegenden und die Einschätzung des eigenen Wissens zur medikamentösen wie zur nicht-medikamentösen Schmerztherapie und die Kommunikation in der eigenen Berufsgruppe vorhanden. Allein die Korrelation für die Zufriedenheit mit der Qualität des Fortbildungsangebots erhöhte sich auf $r=0,625$ in den nicht-operativen Abteilungen und $r=0,540$ in den operativen Abteilungen zwischen Prä- und Posttestergebnissen Tabelle 4a und 4b).

		Wissen zu med. Schmerztherapie	Wissen zu nicht-med. Schmerztherapie	Wissen der Ärzte	Kommunikation in der eigenen Berufsgruppe	Kommunikation mit den Ärzten	Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot
Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie	Prätest	0,3	0,219	0,584	0,288	0,504	0,281
	Posttest	0,347	0,305	0,537	0,468	0,582	0,625

Tab. 4a: Korrelation zwischen den arithmetischen Mittelwerten der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie und allen anderen Einschätzungen mit Deutschen Schulnoten (1 bis 6) aus nicht-operativen Abteilungen

		Wissen zu med. Schmerztherapie	Wissen zu nicht-med. Schmerztherapie	Wissen der Ärzte	Kommunikation in der eigenen Berufsgruppe	Kommunikation mit den Ärzten	Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot
Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie	Prätest	0,305	0,27	0,479	0,417	0,546	0,394
	Posttest	0,446	0,346	0,567	0,473	0,592	0,54

Tab. 4b: Korrelation zwischen den arithmetischen Mittelwerten der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie und allen anderen Einschätzungen mit Deutschen Schulnoten (1 bis 6) aus operativen Abteilungen

Die Selbsteinschätzung der Qualität der Schmerztherapie der Pflegenden korrelierte mit ihren Einschätzungen zum Wissen der Ärzte zur Schmerztherapie (operativ: Prätest $r=0,479$ zu Posttest $r=0,567$; nicht-operativ: $r=0,584$ zu $r=0,537$), der Kommunikation mit den Ärzten (operativ: $r=0,546$ zu $r=0,592$; nicht-operativ: $r=0,504$ zu $r=0,582$) und der Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot (operativ: $r=0,394$ zu $r=0,540$; nicht-operativ: $r=0,281$ zu $r=0,625$) für den Prätest und stärker noch für den Posttest.

Vor der Intervention wurde keine Korrelation gesehen für die Schmerzangaben der Patienten und der Einschätzung der Qualität der Schmerztherapie durch die Pflegenden (Abbildungen 1 und 2). Nach der Intervention war eine moderate Korrelation vorhan-

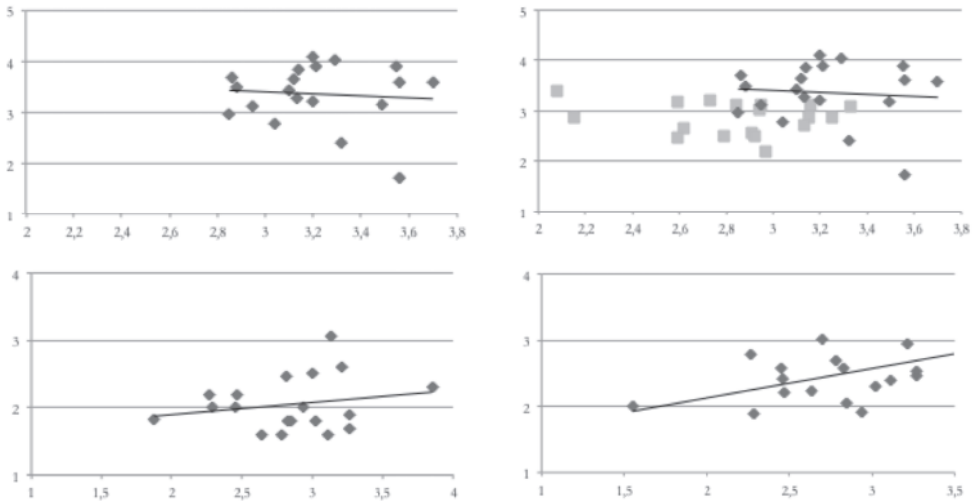


Abb. 1: Korrelation der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie mittels Schulnoten (1-6) und den Mittelwerten der Schmerzintensitätsangaben der Patienten zum aktuellen Schmerz mit NRS (0 bis 10) für jedes Krankenhaus für nicht-operative Abteilungen (links) sowie operative Abteilungen (rechts) vor (oben) und nach der Intervention (unten)

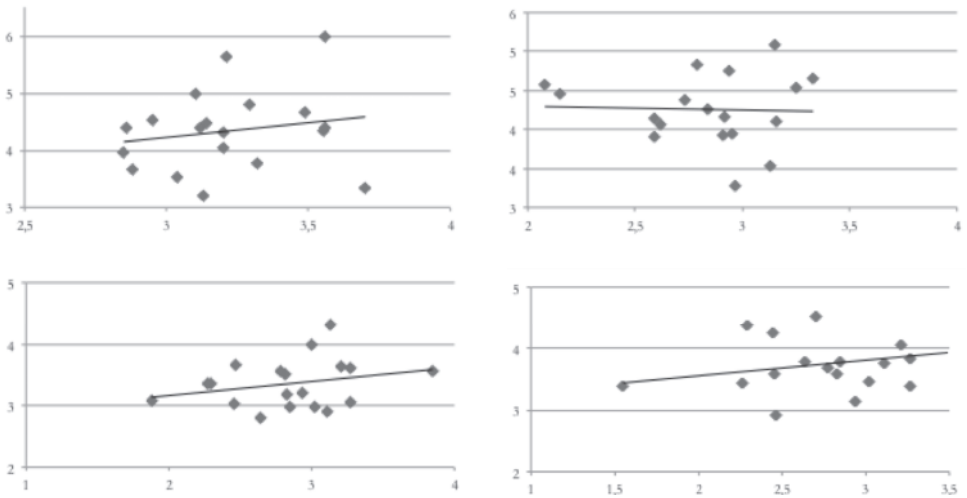


Abb. 2: Korrelation der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zur Zufriedenheit mit der Qualität der Schmerztherapie mittels Schulnoten (1-6) und den Mittelwerten der Schmerzintensitätsangaben der Patienten zum Belastungsschmerz mit NRS (0 bis 10) für jedes Krankenhaus für nicht-operative Abteilungen (links) sowie operative Abteilungen (rechts) vor (oben) und nach der Intervention (unten)

den für die Angaben der Patienten zum aktuellen Schmerz und der Einschätzung der Qualität der Schmerztherapie der Pflegenden aus nicht-operativen Abteilungen ($r=0,207$) und stärker noch für die Pflegenden der operativen Abteilungen ($r=0,261$) (Abbildung 1). Die stärkste Korrelation war für den Belastungsschmerz in den operativen Abteilungen ($r=0,383$) vorhanden (Abbildung 2).

Während in elf (58%) der nicht-operativen Abteilungen die Patienten hohe Schmerzintensitäten für den aktuellen Schmerz vor der Intervention angaben, bewerteten Patienten in zwölf Abteilungen nach der Intervention den Schmerz als gering. Trotzdem bewerteten die Pflegenden die Qualität der Schmerztherapie nach der Intervention kritisch (52,6% vs. 47,7%) (Abbildung 2). In den operativen Abteilungen waren die Schmerzangaben der Patienten in acht Abteilungen hoch vor der Intervention (44,4%) und nach der Intervention in elf Abteilungen niedrig (61,1%). Aber die Einschätzungen der Pflegenden verschlechterten sich auch hier (61,1% zu 83,3%).

4. Diskussion

Einige Studien evaluieren das Wissen oder die Erfahrungen von Pflegenden in einzelnen Kliniken (Lin et al. 2008, Michaels et al. 2007, Schreiber et al. 2014, Visentin et al. 2001) und andere fokussieren auf die pflegerische Versorgung in operativen Abteilungen (Lin et al. 2008, Schafheutle et al. 2001). Dies ist die erste Untersuchung, die systematisch die Selbsteinschätzungen von Pflegenden zum Wissen über die Schmerztherapie und die Kommunikation in operativen und nicht-operativen Abteilungen in einer multizentrischen Studie evaluiert. Daher kann diese Studie einen tieferen Einblick in Prozesse des Schmerzmanagements aus unterschiedlichen Perspektiven und über unterschiedliche Kliniken gewähren.

Für diesen Artikel wurden die Selbsteinschätzungen der Pflegenden sowie deren Wahrnehmung möglicher Veränderungen im Schmerzmanagement exploriert. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen auf, dass Pflegende positive Veränderungen im Akutschmerzmanagement nach der Implementierung einer systematischen Schulungsintervention und nachfolgender Erarbeitung von verschriftlichten Schmerzmanagementstrategien wahrnehmen.

Pflegende von operativen Abteilungen haben häufiger Veränderungen benannt als ihre Kollegen von nicht-operativen Abteilungen. Eine bereits längeren Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit eines berufsgruppenübergreifenden Schmerzmanagements in operativen Abteilungen kann dieses Ergebnis erklären (Fletcher et al. 2008, Maier et al. 2010). Ebenfalls kann angenommen werden, dass Pflegende von operativen Abteilungen häufiger vorbestehende Vorgaben für die Schmerztherapie in ihren Abteilungen hatten, ohne dass diese verschriftlicht vorlagen oder Standardprozessvorgaben waren, sie aber nach diesen gearbeitet haben. Die Unterschiede in den Bewertungen der Pflegenden aus operativen und nicht-operativen Abteilungen kann auch mit dem Umstand erklärt werden, dass Pflegende aus operativen Abteilungen häufiger den Schmerz ihrer Patienten aufgrund der durchgeführten Operation erwarten. Wie auch die Einstellung der Pflegenden ist die Erwartung ein das Schmerzmanagement beeinflussender Faktor. Hier konnten Schreiber et al. (2014) zeigen, dass die Einführung eines systematischen Schmerzmanagements nur gelingen kann, wenn Pflegende den Schmerz ihrer Patienten erwarten und die Schmerzáußerungen der Patienten berücksichtigen.

In nicht-operativen Abteilungen zeigen die Ergebnisse eine deutliche Senkung der Schmerzintensitätsangaben der Patienten, aber nur eine geringe Änderung der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zur Qualität der Schmerztherapie. Wie bereits Schreiber et al. darlegen, ist die Durchführung eines systematischen Schmerzmanagements in nicht-operativen Abteilungen häufig keine Routineaufgabe (Schreiber et al. 2014), so dass die Einstellungen der Pflegenden für die weniger erlebten Veränderungen verantwortlich sein können. Es kann ebenso angenommen werden, dass Pflegende dieser Abteilungen aufgrund ihres limitierten Wissens zur Schmerzpathophysiologie nicht wissen, bei welchen Erkrankungen typischerweise Schmerzen auftreten und diese folglich nicht ausreichend beachten. Diese Annahme stützt sich auf Erkenntnisse anderer Untersuchungen (Holley et al. 2005). Mit anderen Worten kann angenommen werden, dass Pflegende von nicht-operativen Abteilungen eine geringe Akzeptanz und ein geringes Bewusstsein gegenüber den Schmerzen ihrer Patienten haben, da Schmerz häufig nicht Teil der Einweisungsdiagnose und daher nicht im direkten Fokus der Wahrnehmung ist. In teilnehmenden Beobachtungen des Forschungsprojektes (Ergebnisse bisher nicht veröffentlicht) konnte z. B. beobachtet werden, dass Pflegende nicht nach Schmerzen bei einem Patienten fragten, der wegen eines Bluthochdrucks in der Klinik behandelt wurde, gleichzeitig aber zum Beispiel chronische Rückenschmerzen hatte. Auch sind in diesen Abteilungen seltener pflegerische Schmerzexperten (DNQP 2011) anzutreffen, die aufgrund ihrer Expertise dem Thema Schmerz eine höhere Bedeutung beimessen könnten.

Die geringen Veränderungen in der nicht-medikamentösen Schmerztherapie können mit einer generellen Unterrepräsentation in der pflegerischen Praxis in vielen Kliniken (DNQP 2011) erklärt werden, was ein generelles Problem in Deutschland zu sein scheint, wie auch Ewers et al. (2011) darstellen konnten. Die kurze Interventionsphase von sechs Monaten kann ebenso ein Grund für die relativ geringen Veränderungen in der nicht-medikamentösen Schmerztherapie sein, da kein ausreichendes Zeitfenster zur Bearbeitung aller Probleme bestand.

Insgesamt aber verbesserten sich die Selbsteinschätzungen der Pflegenden. Ebenso wie bei den wahrgenommenen Veränderungen, waren die Einschätzungen der Pflegenden der operativen Abteilungen besser als die ihrer Kollegen aus den nicht-operativen Abteilungen. Die Steigerung der Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot kann im direkten Zusammenhang zu den durchgeführten Schulungen im Rahmen des Forschungsprojektes gesetzt werden, welche speziell für jede Klinik konzipiert waren. Diese maßgeschneiderten Angebote waren ausgewählt worden, um die persönlichen Erfahrungen der Pflegenden mit dem Schmerzmanagement in ihrer Klinik einbeziehen zu können und so die Kluft zwischen Theorie und Praxis zu überbrücken (Fragemann et al. 2012). Gleichwohl muss angemerkt werden, dass die Bewertungen der Zufriedenheit mit dem Fortbildungsangebot vor der Intervention die schlechtesten Bewertungen darstellten, so dass dieses Item die beste Möglichkeit hatte gesteigert zu werden. Dagegen waren die Bewertungen der Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe und mit den Ärzten die beiden besten Benotungen, so dass nur eine geringe Verbesserung nach der Intervention zu erwarten war.

Die Berechnung der Korrelation für die Bewertung der Qualität der Schmerztherapie mit allen anderen Selbsteinschätzungen zeigt, dass die Bewertung der Qualität der Schmerztherapie mit der Bewertung der Kommunikation mit den Ärzten und deren Wissen über die Schmerztherapie in einem positiven Zusammenhang steht. Nach der Intervention korrelierte die Zufriedenheit mit der Schulung ebenfalls mit der Bewertung der Qualität der Schmerztherapie.

Diese Ergebnisse demonstrieren die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit auf der Basis von für alle Berufsgruppen verbindlichen schriftlichen Regelungen zum Schmerzmanagement, welche sowohl systematisierte Kommunikationsstrategien (Fragemann et al. 2012) wie auch berufsgruppenübergreifende Schulungsprogramme (Watt-Watson et al. 2011) enthalten.

Außerdem zeigen die Ergebnisse die Abhängigkeit der Pflegenden in Deutschland von dem Wissen und der Anordnungspraxis der Ärzte. Sie sind lediglich handlungsfähig mit einer vorhandenen ärztlichen Anordnung einer medikamentösen Schmerztherapie. Daher sind sie abhängig von einer effektiven und funktionierenden Kommunikation mit den Ärzten und einem ausreichenden ärztlichen Wissen über die medikamentöse Schmerztherapie.

Es wurde lediglich eine geringe Korrelation für die Bewertungen der Pflegenden zur Qualität der Schmerztherapie mit den Mittelwerten der Schmerzintensitätsangaben der Patienten gefunden. Es kann angenommen werden, dass die Schmerzintensitäten der Patienten keinen oder nur einen geringen Einfluss auf die Bewertung der Pflegenden haben. Allerdings bewerteten mehr Pflegende die Qualität der Schmerztherapie nach der Intervention geringer, was zeigt, dass die Pflegenden nach der durchgeführten Schulung kritischer geworden sind und daher die Qualität der Schmerztherapie kritischer bewerteten. Diese kritischere Sicht kann mit vermehrtem Wissen durch die Schulungen und einem höheren Bewusstsein für die Möglichkeiten eines systematischen Schmerzmanagements erklärt werden. Sie erkannten deutlicher die vorhandenen Defizite in ihrem klinikinternen Schmerzmanagement.

5. Limitationen und Fazit

Es gibt einige Limitationen durch das Forschungsdesign dieser Studie. Als erstes sind die Ergebnisse nicht repräsentativ, da es sich um eine Positivauswahl von Kliniken handelt, die sich an dem Projekt beteiligt haben. Zudem konnte aus Gründen der Datensicherheit und des Mitarbeiterschutzes nicht erhoben werden, ob dieselben Pflegenden im Prä- wie im Posttest befragt wurden. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass die Gruppen nicht identisch waren. Ebenfalls aus Gründen des Mitarbeiterschutzes wurden lediglich wenige demographische Daten von den Pflegenden erfasst. Auch der Fokus auf die Veränderungen im Schmerzmanagement kann eine Selbstkritik der Pflegenden unterstützt haben, so dass das Erleben positiver Entwicklungen ggf. vermindert war.

Als ein Ergebnis der Studie ist weitere Forschung über das Erleben der Pflegenden zum Schmerzmanagement zu fordern, sowohl in einzelnen Krankenhäusern wie in multizentrischen Erhebungen. Es gilt herauszufinden, welche Veränderungen im interprofessionellen Schmerzmanagement für Pflegenden bedeutsam sind und wo sie Hindernisse für diese Umgestaltungen erleben. Es ist bisher zu wenig untersucht, welche Elemente eines systematischen interprofessionellen Schmerzmanagements von den Pflegenden als hilfreich und welche als hemmend erlebt werden.

Die Ergebnisse stellen die Notwendigkeit einer systematischen und kontinuierlichen Unterstützung der Pflegenden durch Training und Schulung dar. Idealerweise sollten diese sowohl auf die jeweiligen inhaltlichen Bedarfe der einzelnen Einrichtung Bezug nehmen, als auch interprofessionell gestaltet sein. Zukünftige Untersuchungen sind notwendig, um herauszufinden, welche Schulungsformen die besten Ergebnisse zur Verstärkung eines interprofessionellen Schmerzmanagements ermöglichen.

Diese Studie demonstriert die Möglichkeit der Veränderung der Selbsteinschätzungen der Pflegenden zu ihrem Wissen und zur Kommunikation zum Schmerzmanagement durch die Einführung eines systematischen Schulungsprogramms und veränderter Schmerzmanagementstrategien in operativen und nicht-operativen Abteilungen. Gleichwohl waren keine Veränderungen zu allen Themenbereichen des Schmerzmanagements zu erzielen. Grundlegend bedarf es der Verbindlichkeit schriftlicher Regelungen für die Umsetzung des Schmerzmanagements als auch transparente Kommunikationsstrukturen für alle Berufsgruppen, deren Umsetzung die Basis für ein funktionierendes interprofessionelles Schmerzmanagement darstellen.

Literatur

- Abdalahim, M./Majahli, S. A./Stomberg, M. W./Bergbom, I. (2011): The effect of postoperative pain management program on improving nurses' knowledge and attitudes toward pain. In: *Nurse education in practice*, 11, 250-255
- Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011): *Nationaler Expertenstandard in der Pflege bei akuten Schmerzen I*. Osnabrück: DNQP
- Erlenwein, J./Emons, M. J./Hecke, A./Nestler, N./Przemeczek, M./Bauer, M./Meissner, W./Petzke, F. (2014): Prozesssteuerung in der Akutschmerztherapie - Eine Analyse des Organisationsgrades angewandter Behandlungsstandards. " In: *Der Schmerz* 28(5), 493-503
- Ewers, A./Nestler, N./Pogatzki-Zahn, E./Bauer, Z./Richter, H./Osterbrink, J. (2011): Nicht-medikamentöse Maßnahmen in der Schmerztherapie - Anwendung in 25 deutschen Krankenhäusern. In: *Der Schmerz*, 25(5), 516-521
- Fletcher, D./Fermanian, C./Mardaye, A./Aegerter, P. (2008): A patient-based national survey on postoperative pain management in France reveals significant achievements and persistent challenges. In: *Pain*, 137, 441-451
- Fragemann, K./Meyer, N./Graf, B./Wiese, C. (2012): Interprofessionelle Lehre in der Schmerztherapie. In: *Der Schmerz*, 4(26), 369-382
- Gerbershagen, H. J./Aduckathil, S./van Wijck, A. J. M./Peelen, L. M./Kalkman, C. J./Meissner, W. (2013): Pain Intensity on the First Day after Surgery. In: *Anesthesiology*, 118(4), 934-944
- Holley, S./McMillan, S. C./Hagan, S. J./Palacios, P./Rosenberg, D. (2005). Pain Resource Nurse: Believing the patients, believing in themselves. In: *Oncology Nursing Forum*, 32(4), 843-848
- Kiekkas, P./Gardeli, P./Bakalis, N./Stefanopoulos, N./Adamopoulou, K./Avdulla, C./Tzourala, G./Konstantinou, E. (2014): Predictors of nurse's knowledge and attitudes toward postoperative pain in Greece. In: *Pain Management Nursing*, pii: S1524-9042(14)00031-9

- Korczak, D./Kuczera, C. Rust, M. (2013): Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen. In: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.): Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland. Köln
- Lin, P./Chiang, H./Chiang, T. Chen, C. (2008): Pain management: evaluating the effectiveness of an educational programme for surgical nursing staff. In: Journal of Clinical Nursing, 17, 2032-2041
- Maier, C./Nestler, N./Richter, H./Hardinghaus, W./Pogatzki-Zahn, E./Zenz, M./Osterbrink, J. (2010): Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. In: Deutsches Ärzteblatt, 107(36), 607-614
- Macintyre, P.E./Schug, S.A./Scott, D.A./Visser, E.J./Walker, S.M.: APM:SE Working Group of the Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine (2010): Acute Pain Management: Scientific Evidence (3rd edition), ANZCA & FPM, Melbourne
- Michaels, T. K./Hubbarrt, E. H./Caroll, A. A./Hudson-Barr, D. (2007): Evaluating an Educational Approach to Improve Pain Assessment in Hospitalized Patients. In: Journal of Nursing Care Quality, 22(3), 260-265
- Nestler, N./Maier, C./Osterbrink, J. (2014): Soziale Erwünschtheit in der Schmerztherapie. In: Der Schmerz, 28, 384-390
- Schafheutle, E. I./Cantrill, J. A./Noyce, P. R. (2001): Why is pain management suboptimal on surgical wards. In: Journal of Advanced Nursing, 33(6), 728-737
- Schreiber, J. A./Cantrell, D./Moe, K. A./Hench, J./McKinney, E./Lewis, C. P./Weir, A./Brockopp, D. (2014): Improving Knowledge, Assessment and Attitudes Related to Pain Management: Evaluation of an Intervention. In: Pain Management Nursing, 15(2), 474-481
- Usichenko, T./Röttenbacher, I./Kohlmann, T. Jülich, A./Lange, J./Mustea, A., Engel, G./Wendt, M. (2013): Implementation of the quality management system improves postoperative pain treatment: a prospective pre / post-interventional questionnaire study. In: British Journal of Anaesthesia, 110(1), 87-95
- Visentin, M./Trentin, L./de Marco, R./Zanolin, E. (2001): Knowledge and Attitudes of Italian medical Staff towards the approach and treatment of patients in pain. In: Journal of Pain and Symptom Management, 22(5), 925-930
- Watt-Watson, J./Hunter, J./Pennefather, P./Librach, L./Raman-Wilms, L./Schreiber, M./Lax, L./Stinson, J./Dao, G./Gordon, A./Mock, D./Salter, M. (2004): An integrated undergraduate pain curriculum, based on IASP curricula, for six Health science Faculties. In: PAIN, 110, 140-148
- Watt-Watson, J./Carr, E./McGillion, M. (2011): Moving the pain education agenda forward: Innovative models. In: Pain research and Management, 16(6), 401
- Zhang, C.-H./Hsu, L./Zou, B.-R./Li, J.-F./Wang, H.-Y./Huang, J. (2008): Effects of a Pain Education Program on Nurses' Pain Knowledge, Attitudes and Pain Assessment Practices in China. In: Journal of Pain and Symptom Management, 36(6), 616-627

Nadja Nestler^{1,2}

Prof. Dr. med. Christoph Maier³

Prof. Dr. Dr. h.c. Jürgen Osterbrink¹

- 1 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Strubergasse 21, 5020 Salzburg, Österreich
- 2 Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Fakultät für Gesundheit, Department für Pflegewissenschaft, Stockumer Str. 12, 58453 Witten
- 3 Berufsgenossenschaftliches Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Palliativ- und Schmerzmedizin, Abteilung für Schmerztherapie Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum
Nadja Nestler (Korrespondierende Autorin)
Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und -praxis Strubergasse 21, 5020 Salzburg, Österreich, nadja.nestler@pmu.ac.at

Irmela Gnass

Die Schmerzeinschätzung – beobachtet im Intensivbereich

Pain assessment – observed in intensive care units

Pain is a present phenomenon in critical care. Pain assessment in general is prerequisite to an adequate pain therapy. Nurses, due to their close contact to critical ill patients do have a decisive role. Especially in sedated and mechanically ventilated patient, whom can't verbally express their pain. Therefore nurses are asked to assess subjective or physiological parameters for the creation of a pain diagnosis. A qualitative study was conducted following the question, how nurses assess pain in sedated and mechanically ventilated patients' to create a pain diagnosis. Data were analyzed along the structuring qualitative content analysis. The results show difference in pain assessment approaches for the creation of a pain diagnosis. Standardized pain assessment instruments are not in use regularly. Taken together no coherence could be observed for specific patient-situations or the course of action for the administering of pain relievers.

Keywords

Pain, critical care nursing, pain assessment, guidelines, observational study

Schmerz ist ein präsenes Phänomen auf Intensivstationen. Die Schmerzerfassung wird generell als wesentliche Voraussetzung für eine adäquate Schmerztherapie betrachtet, in der Pflegenden durch ihre Nähe zum Intensivpatienten eine herausragende Rolle innehaben. Insbesondere bei sedierten und beatmeten Patienten, die ihren Schmerz nicht verbal äußern, sind sie aufgefordert anhand von subjektiven und physiologischen Parametern die Erstellung einer Schmerzdiagnose vorzunehmen. In einer qualitativen Untersuchung wurde der Frage nachgegangen, wie Pflegenden den Schmerz bei sedierten und beatmeten Intensivpatienten zur Erstellung einer Schmerzdiagnose erfassen. Die Auswertung folgte der „Strukturierung“ der qualitativen Inhaltsanalyse. Es zeigt sich, dass Pflegenden unterschiedliche Ansätze zur Erstellung einer Schmerzdiagnose verfolgen. Standardisierte Schmerzeinschätzungsinstrumente werden nicht durchgängig eingesetzt. Insgesamt kann keine einheitliche Vorgehensweise für die Einleitung einer schmerztherapeutischen Maßnahme oder in einer spezifischen Patientensituation beobachtet werden.

Schlüsselwörter

Schmerz, Intensivpflege, Schmerzerfassung, Leitlinien, Beobachtungsstudie

1. Hintergrund

Die Internationale Gesellschaft zur Erforschung des Schmerzes (IASP) definiert Schmerz als „... ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder po-

eingereicht 01.06.2015

akzeptiert 21.08.2015

tenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP Task Force on Taxonomy 1994). Diese Definition weist die Subjektivität des Schmerzes aus. Schmerz kann somit vorhanden sein, auch wenn keine Ursache nachgewiesen werden kann. In der Versorgung von kritisch kranken Menschen in der Intensivmedizin ist jedoch davon auszugehen, dass Schmerzen auch im kausalem Zusammenhang vorhanden sind. Hierfür stehen jene Erkrankungen, die zur Aufnahme führen, z. B. traumatische Verletzungen und vitale Bedrohungen wie Herzstillstand. Notwendig zur Behandlung sind diagnostische und therapeutische Maßnahmen, die medizinisch oder pflegerisch ausgeführt, als Auslöser für Schmerz bekannt sind (Puntillo et al. 2001). Trotz umfänglicher therapeutischer Möglichkeiten, dem Schmerz adäquat zu begegnen, ist Schmerz in Ruhe bei Intensivpatienten in chirurgischen oder medizinischen Fachbereichen bis zu 51% vorhanden (Chanques et al. 2007), je nach eingeschlossener Patientengruppe oder in Belastungssituationen bei bis zu 63% (Martin et al. 2007, Chanques et al. 2006).

In zahlreichen Leitlinien wird detailliert beschrieben wie dem Schmerz adäquat begegnet werden kann und dass die systematische Schmerzerfassung immer der erste Schritt im Schmerzmanagement ist (DIVS 2007, DGAI & DIVI 2010, Barr et al. 2013).

Die Studienlage zeigt, dass die Schmerzerfassung – systematisch ausgeführt – Einfluss auf patienten- und kostenrelevante Ergebniskriterien wie z. B. die Länge des Aufenthaltes auf einer Intensivstation, die Dauer der Beatmungstage oder die Mortalität hat (Kastup et al. 2009, Williams et al. 2008, Ong et al. 2009).

In der aktuellsten internationalen Leitlinie wird für die systematische Schmerzerfassung z. B. bei Intensivpatienten, die sich selber nicht zu ihren Schmerzen äußern können, die Nutzung von validen und reliablen Schmerzeinschätzungsinstrumenten empfohlen (Barr et al. 2013). Die Nutzung von physiologischen Parametern, wie der Herzfrequenz und dem Blutdruck als Prädiktor von Schmerz wird abgeraten, da diese durch die Erkrankung oder die medikamentöse Therapie beeinflusst sind. Veränderungen z. B. der Herzfrequenz, die durch Stress, aber auch durch Schmerz verursacht sein können, sollten als „Einsatzzeichen“ genutzt werden, eine systematische Schmerzeinschätzung mit validen und reliablen Instrumenten durchzuführen (Barr et al. 2013).

In der nationalen Leitlinie „Schmerz, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“, aus dem Jahre 2010, die derzeit aktualisiert wird, wird expliziert: „Bei Patienten, die nicht oder nicht adäquat kommunizieren können, müssen subjektive Parameter zur Ermittlung des Schmerzniveaus wie Bewegung und Mimik und physiologische Parameter wie Herzfrequenz, Atemfrequenz und Blutdruck sowie deren Änderung nach analgetischer Therapie herangezogen werden. Der Einschätzung von Ärzten und Pflegepersonal kommt im Bezug auf die analgetische Therapie eine entscheidende Bedeutung zu. Insbesondere den Pflegenden obliegt durch ihre Nähe zum Patienten die Erstellung einer Schmerzdiagnose. Dies umfasst die regelmäßige und systematische Beobachtung des Patienten auf Schmerzindikatoren, die Bewertung mittels adäquater Schmerzmessinstrumente und die Dokumentation der Ergebnisse“ (DGAI & DIVI 2010: 8).

Ergebnisse eines vorgeschaltetem Surveys zeigen, dass die Empfehlungen zur systematischen Schmerzerfassung noch nicht durchgängig umgesetzt werden (Gnass et al. 2014). Im Detail wurde eine geringe Nutzung von Schmerzeinschätzungsinstrumenten, die generelle Einbeziehung von physiologischen und subjektiven Parametern zurückgemeldet und dass die Schmerzeinschätzung vorwiegend von Pflegenden vorgenommen wird (Gnass et al. 2014). Unklar blieb somit weiterhin wie Pflegende Schmerzen z. B. bei sedierten und beatmeten Patienten, also jenen die sich nicht zu ihren Schmerzen äußern können, erfassen. Im Rahmen der Dissertation der Autorin wurde daher in einer Folgestudie die Umsetzung und Durchführung der Schmerzeinschätzung bei sedierten und beatmeten Patienten und Patientinnen in der Intensivmedizin/-pflege betrachtet. Hierbei wurde der Frage nachgegangen: Wie erfassen Pflegende Schmerz bei sedierten und beatmeten Patienten oder Patientinnen in tiefer und zunehmend verringerter Sedierungstiefe zur Erstellung einer Schmerzdiagnose? Die Erkenntnisse sollen das Vorgehen von Pflegenden in der Erstellung einer Schmerzdiagnose beleuchten.

2. Methodik

2.1 Untersuchungsdesign

Im Rahmen der Untersuchung ist, in Anlehnung an die Grundsätze der Phänomenologie, eine Beobachtungsstudie mit deskriptiv-qualitativem Forschungsdesign konzipiert worden. Mit den nicht teilnehmenden Beobachtungen werden Vorgänge und Handlungen so erfasst, wie sie sind, und nicht so, wie sie auf Basis von Vorannahmen und Vorkenntnissen erscheinen. Die Methodik ermöglicht Handlungen von Pflegenden zu erfassen, welche von diesen bewusst und unbewusst ausgeübt werden. Zu dem wird in diesem Schritt ermöglicht, das Vorwissen und die Erfahrungen der Untersucherin zum Phänomen bzw. zum Forschungsgegenstand kritisch zu reflektieren, um mit möglichst vorurteilsfreiem Blick das Wesen des Phänomens zu erfassen.

2.2 Feldzugang

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte durch persönliche Kontakte der Autorin. Die Suche nach Kliniken, die bereits ein leitliniengerechtes Schmerzmanagement bzw. Schmerzerfassung umsetzten, gestaltete sich zeitaufwendig. Die Datenerhebung war ausschließlich in Intensiveinheiten, die Plätze für die Beatmungstherapie bereithielten, vorgesehen. Die innerklinische Kommunikation zum Projektvorhaben fand zunächst immer mit den Direktoren und Direktorinnen der Bereiche Pflege und Medizin statt. Nach ausführlicher Projektinformation sind vier Kliniken gewonnen worden, von denen drei eine interdisziplinäre Ausrichtung hatten (Tabelle 1).

2.2.1 Einschlusskriterien Pflegende und Ärzte oder Ärztinnen

Auf den Abteilungen wurden die Teilnehmer nach den folgenden Einschlusskriterien ausgewählt:

Klinikcode	Schwerpunkt, Bettenanzahl	Intensivstation	Abteilungsleitung
Klinik A	Regelversorgung, 10 Betten	Interdisziplinäre	Anästhesie
Klinik B	Regelversorgung, 10 Betten	Interdisziplinäre	Anästhesie
Klinik C	Maximalversorgung, 12 Betten	Nephrologische	Anästhesie
Klinik D	Regelversorgung, 12 Betten	Interdisziplinäre	Anästhesie

Tab. 1: Kliniken

- Pflegende mit mindestens 3jährigem Gesundheits- und Krankenpflege Examen
 - Approbierte Ärzte/Ärztinnen
 - Mitarbeiter der Intensivstation
- Erklärung zur freiwilligen Teilnahme

2.2.2 Einschlusskriterien Patienten oder Patientinnen

- Mindestens 18 Jahre
- Sedierte und maschinell beatmet
- Patienten oder Patientinnen ohne/mit Schädelhirntrauma oder Schlaganfall
- Erklärung der Teilnahme durch einen Vorsorgebevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer oder Betreuerin.

2.3 Datenerhebung

Um die Beeinflussung der Pflegenden und Ärzte oder Ärztinnen in der jeweiligen Intensivstation, sprich in ihrem beruflich-sozialem Umfeld und in ihren Alltagshandlungen, zu reduzieren, war die Datenerhebung als nichtteilnehmende Beobachtung konzipiert (Bortz and Döring 2006: 266).

Die Beobachtungen fanden bei pflegerischen oder ärztlichen Handlungen statt, die in Voruntersuchungen als schmerzauslösende therapeutische oder diagnostische Maßnahmen beschrieben wurden (Puntillo et al. 2001). Dies sind Maßnahmen wie:

- Endotracheale Absaugung (ETA)
- Punktionen (z. B. Anlage eines Zentralvenenkatheters)
- Drainageanlage oder -entfernung
- Lagerungen (insbesondere Bauch- bzw. 135°-Lagerung)
- Bewegungsanbahnende Maßnahmen
- Wundverbandwechsel bei nicht-brandverletzten Patienten oder Patientinnen.

Innerhalb einer Dienstsicht wurden bis maximal drei Patienten oder Patientinnen in den oben beschriebenen Interaktion mit Pflegenden, Ärzten oder Ärztinnen beobachtet. Wenn keine der oben beschriebenen Maßnahmen durchgeführt wurde, hielt sich die Beobachterin an einem neutralen Ort auf. Das ermöglichte ihr erneut mit in das Patientenzimmer zu gehen, wenn eine der definierten Maßnahmen zu erwarten war.

Die Datenerhebung wurde durch ein halbstandardisiertes Beobachtungsprotokoll systematisch umgesetzt. Die Inhalte des Beobachtungsprotokolls orientierten sich an

den Empfehlungen der zum Zeitpunkt der Erhebung aktuellsten S3 Leitlinie zum Schmerzmanagement in der Intensivmedizin (DGAI & DIVI 2010).

Die Erfassung von sozio-demografischen und gesundheitsbezogenen Aspekten, aber insbesondere jene für eine systematische Schmerzerfassung zur Erstellung einer Schmerzdiagnose wurden operationalisiert (Tabelle 2). Da mit der gewählten Methodik nicht zu erwarten war, dass der Grund für die Entscheidung zur Anpassung der medikamentösen Schmerztherapie explizit erfasst werden konnte, wurden alle Veränderungen der Schmerz-, Sedierungs- oder Delirtherapie systematisch parallel erfasst. Diese Vorgehensweise basiert auf der Annahme, dass Pflegende eine Schmerzdiagnose stellten oder ablehnten und eine Entscheidung für die Anpassung der medikamentösen Therapie zu Schmerzen oder der Sedierung vornehmen. Des Weiteren wurden die mündliche und schriftliche Kommunikation zum Thema Schmerz erfasst.

Codierung: (Zimmer, Bett, Datum, Uhrzeit)
 Alter (in Jahren)
 Geschlecht
 Aufnahmegrund (laut Patientenakte)
 Beatmungsregime (z. B. BIPAP)
 Schmerztherapie/-schema (existierende Zielsetzung)
 Sedierungstherapie/-schema (existierende Zielsetzung)
 Delirtherapie/-management (existierende Zielsetzung)
 Einsatz von Muskelrelaxanzien
 Erstellen der Schmerzdiagnose (bei z. B. ETA, Lagerung, Drainagen, Andere)
 Einsatz von Instrumenten zur Schmerzerfassung (Selbst- bzw. Fremdeinschätzung)
 > subjektive Parameter (z. B. Mimik)
 > physiologische Parameter (z. B. Atemfrequenz)
 Handlungen nach der Schmerzdiagnose
 > Änderung der Schmerztherapie
 > Änderung der Sedierungstherapie
 > Änderung der Delirtherapie
 Handlungen, die als Schmerz reduzierend oder fördernd kommuniziert werden
 > Kommunikation bzgl. Schmerz mit anderen Teammitgliedern
 > Dokumentation zu Schmerz
 weitere Beobachtungen (tM, mM, pM): _____

Ein Freitextfeld gewährleistete die systematische Erfassung von weiteren Beobachtungen im Sinne von theoretischen (tM), methodischen (mM) oder persönlichen Memos (pM).

Die Datenhebung fand im Zeitraum von August 2011 bis März 2013 statt. Insgesamt konnten 14 Patienten oder Patientinnen über den gesamten Zeitraum eines Schichtverlaufs beobachtet werden (Tabelle 3).

Nach den ersten Beobachtungen in der ersten Klinik zeigte sich, dass Veränderungen in der medikamentösen Schmerz- oder Sedierungstherapie in jenen Zeitraum stattgefunden hatten, in dem die Beobachterin nicht im Zimmer anwesend war.

Somit standen die Veränderungen der Schmerztherapie nicht in zeitlicher Nähe zu den festgelegten pflegerischen Handlungen, die als Schmerz auslösend galten und von der Beobachterin erfasst wurden. Es stellte sich die Frage, welche Ereignisse veranlassten, dass Pflegende, Ärzte oder Ärztinnen die medikamentöse Schmerz- bzw. Sedierungstherapie anpassten. Damit jene Situationen, die dem Entscheidungsmoment „beginnen oder anpassen einer schmerztherapeutischen Maßnahme“ zu Grunde lagen, zukünftig erfasst werden konnten, wurde die Beobachtungen nun mehr nur bei einem Patienten oder einer Patientin über die Dauer einer gesamten Dienstschicht durchgeführt.

Klinikcode	Datum	Dienstschicht	Fachdisziplin	Zahl der Patient
Klinik A	29.08.2011	Spät	Innere Medizin	2
Klinik A	02.09.2011	Früh	Innere Medizin	2
Klinik A	06.09.2011	Nacht	Innere Medizin	2
Klinik A	06.09.2011	Nacht	Chirurgie	1
Klinik A	19.09.2011	Spät	Chirurgie	1
Klinik B	19.06.2012	Früh	Chirurgie	3
Klinik C	21.10.2012	Früh	Nephrologie	2
Klinik D	19.03.2013	Früh	Innere Medizin	2

Tab. 3: Beobachtungen

2.4 Datenauswertung

Die handschriftlichen Beobachtungsprotokolle wurden zeitnah in eine elektronische Dateiform transkribiert. Somit konnten sie mittels MAXQDA 11 einer qualitativen Datenauswertung zugeführt werden. Die Auswertung der Beobachtungen folgte dem Ansatz der inhaltlichen Strukturierung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Die not-

wendigen Strukturdimensionen für die systematische Auswertung wurden aus der Fragestellung und den theoretischen Vorkenntnissen zum Thema Schmerzerfassung abgeleitet. Für alle Kategorien und Subkategorien wurden dann Ankerbeispiele definiert und ggfs. Kodierregeln erstellt, um die korrekte Textzuordnung beispielhaft darzustellen. Der Kodierleitfaden wurde um ein Feld für offene-induktive Kategorien ergänzt. Für den endgültigen Datenmaterialdurchlauf wurde ein, dem Kodierleitfaden entsprechender Kategorienbaum in MAXQDA angelegt und die entsprechenden Textsegmente aus den Transkripten zugeordnet und abschließend inhaltlich zusammengefasst.

2.5 Ethische Aspekte

Das Gesamtvorhaben der Dissertation ist von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft als ethisch und rechtlich unbedenklich eingeschätzt worden.

2.6 Pretest

Da für den Pretest keine Klinik gewonnen werden konnte, wurden die ersten beiden Beobachtungsprotokolle aus der ersten Klinik in der Peergruppe im Rahmen des Doktorandenprogramms kritisch reflektiert. Die Rückmeldung ergab, dass das Vorgehen und das Beobachtungsprotokoll eine strukturierte und nachvollziehbare Datenerhebung ermöglicht.

3. Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

In 15 Dienstsichten konnten bei 5 Patientinnen und 10 Patienten Beobachtungen durchgeführt werden. Das Alter lag zwischen 31 und 74 Jahren. Die Aufnahme Diagnosen zeigten Erkrankungen der Vitalorgane, wie Lungenembolie, Herzrhythmusstörung oder Zustand nach Herzinfarkt. Vorwiegend wurde das Beatmungsmuster BIPAP (Biphasic Positive Airway Pressure) angewendet. Bis auf einen Patienten erhielten alle

ein opiat-haltiges Schmerzmedikament, das in dreizehn Fällen intravenös und kontinuierlich über ein Spritzenpumpensystem verabreicht wurde. (Tabelle 4).

Klinik	Geschlecht	Alter in Jahren	Aufnahmediagnose	Beatmungsmuster	Applikationsart
A	w	63	Pneumonie, Z. n. Reanimation	BIPAP	i.v. kont.
A	m	32	Lungenembolie, Z. n. Reanimation	BIPAP	-
A	m	32	Lungenembolie, Z. n. Reanimation	BIPAP	i.v. kont.
A	w	72	COPD, Z. n. Reanimation	BIPAP	i.v. kont.
A	m	61	Aortenersatzklappe	BIPAP	i.v. kont.
A	m	31	Lungenembolie	BIPAP	i.v. kont.
A	w	74	Abszessspaltung rechter Unterschenkel	BIPAP	i.v. kont.
A	m	66	Sigmaresektion	BIPAP	PDA
B	m	41	Bronchialkarzinom, Pneumonie	CPAP	i.v. kont.
B	w	47	Lungenblutung unklarer Genese	BIPAP	i.v. kont.
B	m	56	Bronchialkarzinom	Druckkontrolliert	i.v. kont.
C	m	54	Septischer Schock nach Pneumonie	CPAP	i.v. frakt.
C	m	61	Kammerflimmern/fluttern, Z. n. Reanimation	CPAP	i.v. kont.
D	m	64	Mediainfarkt	BIPAP	i.v. kont.
D	w	43	Subarachnoidalblutung IV°	CPAP	i.v. frakt.

Tab. 4: Stichprobenbeschreibung Patient oder Patientin

In die Beobachtungen eingeschlossen wurden 13 weibliche und 16 männliche Gesundheits- und Krankenpflegenden mit dreijährigem Examen, sieben verfügten über eine Zusatzqualifikation zur Fachkrankenpflegende für Anästhesie und Intensivpflege. Die Intensivstationserfahrung der Teilnehmer in Jahren lag zwischen einem und 29 Jahren. Während der Beobachtungen sind 2 bis max. 4 Personen bei dem Patienten oder der Patientin anwesend (Tabelle 5).

3.2 Erstellung einer Schmerzdiagnose

Zunächst folgte die Auswertung zur Erstellung einer Schmerzdiagnose den definierten schmerzauslösenden Maßnahmen. Die Maßnahmen: Anlage oder Entfernen einer Drainage, Lagerung in 135° oder Bauchlage und bei Wundverbandwechsel bei nicht brandverletzten Patienten oder Patientinnen konnten nicht beobachtet werden.

3.2.1 Endotracheale Absaugung

Die Endotracheale Absaugung wird häufig nach „husten“, „pressen“ oder dem akustischen Alarm des Beatmungsgeräts durchgeführt. Ebenfalls vermehrt während und nach bewegungsanbahnenden Maßnahmen (z. B. BEO_14_67) beobachtet.

3.2.2 Bewegungsanbahnende Maßnahmen

Während bewegungsanbahnenden Maßnahmen, die subjektive Parameter oder Alarme des Beatmungsgerätes hervorbrachten, lies sich beobachten, dass Pflegende einen

Beobachtung	Berufliche Qualifikation	Geschlecht	Intensivstationserfahrung – in Jahren –
1	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	1
	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	10
	Facharzt für Intensiv- und Notfallmedizin	männlich	-
2	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	2
	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	7
	Stationsarzt	männlich	-
3	Fachgesundheits- und Krankenpflegerin A+I	weiblich	15
	Facharzt für Intensiv- und Notfallmedizin	männlich	-
4	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	2
	Fachgesundheits- und Krankenpflegerin A+I	weiblich	10
	Facharzt für Intensiv- und Notfallmedizin	männlich	-
	Praktikant (Rettungsassistent)	männlich	0
5	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	18
6	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	2
	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	-
	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	18
7	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	18
8	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	10
	Fachgesundheits- und Krankenpflegerin A+I	weiblich	5
	Praktikant (Rettungsassistent)	männlich	0
	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	0
9	Fachgesundheits- und Krankenpfleger A+I	männlich	16
	Facharzt Thoraxchirurgie	männlich	-
	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	-
11	Fachgesundheits- und Krankenpfleger A+I	männlich	16
	Stationsarzt	männlich	-
	Facharzt Thoraxchirurgie	männlich	-
12	Fachgesundheits- und Krankenpflegerin A+I	weiblich	20
	Gesundheits- und Krankenpfleger	männlich	-
13	Fachgesundheits- und Krankenpflegerin A+I	weiblich	26
	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	-
	Oberarzt	männlich	-
14	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	29
	Facharzt	männlich	16
15	Gesundheits- und Krankenpflegerin	weiblich	1
	Facharzt	männlich	16

Tab. 5: Stichprobenbeschreibung Mitarbeiter oder Mitarbeiterin

Bolus von der laufenden Sedierungsmedikation verabreichten und die Maßnahme ohne Verzögerung zu Ende führten (z. B. BEO_9_64). Die weitere Ausführung erfolgt dann zum Teil bei deaktivierten Monitoralarmen.

Pflegende beobachten während einer bewegungsanbahnenden Maßnahme die Mimik des Patienten oder der Patientin und fragen den Kollegen „Hat die Patientin die Augen auf?“, wenn sie diese nicht im Blick haben (BEO_4_60).

Des Weiteren war zu beobachten, dass bei einigen bewegungsanbahnenden Maßnahmen keine Veränderungen von subjektiven oder physiologischen Parametern auftraten. Eine explizite Analyse zeigte folgende Aspekte, die einen Einfluss genommen haben könnten:

- Zustand nach Reanimation, systematische Hypothermie, medikamentöse Muskelrelaxation (BEO_4_6)
- medikamentöse Muskelrelaxation (BEO_6_64)
- Analgesie über einen Periduralkatheter. Sofort beim Wachwerden schüttelt Patient deutlich mit dem Kopf auf die Frage: „Haben Sie Schmerzen?“ (BEO_9_62)
- mehrere Gaben von gleichzeitigen Einzeldosen von Analgetika und Sedierungsmedikation in kurzer Abfolge (BEO_12_72).

3.2.3 Punktionen

Die Tätigkeiten der Punktion, die durch einen Arzt oder eine Ärztin durchgeführt wurden, werden z. T. direkt während der Handlung kommentiert mit „Wie soll ich in eine kalte Patientin eine Viggo platzieren?“ (BEO_8_83). Pflegende ihrerseits fragen den anwesenden Arzt oder die anwesende Ärztin vor der Punktion ob eine prophylaktische Schmerzmittelgabe erfolgen soll. Von den Ärzten oder Ärztinnen wird diese Maßnahme zumeist abgelehnt (z. B. BEO_A_1_65).

3.3 Kategorie Instrumente für die Schmerzerfassung

In zwei der vier Kliniken konnte der Einsatz von Instrumenten für die Schmerzerfassung beobachtet werden. Hierbei handelte es sich um Instrumente zur Selbsteinschätzung, wie die NRS (Numerische Rating Skala) und die VAS (Visuelle Analog Skala) und zur Fremdeinschätzung von Schmerz, wie die BPS (Behavioral Pain Scale) oder die ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment). Allein für die BPS konnte ein regelhafter Einsatz beim ersten Patientenkontakt erfasst werden.

3.4 Kategorie subjektive Parameter

Die vorwiegenden subjektiven Parameter, die zu beobachten waren, bezogen sich auf die Mimik, z. B. das „Augenöffnen“ (BEO_4_64) oder das Bewegen des Kopfes „schütteln“ (BEO_13_77). Seltener wurden Bewegungsparameter der unteren Extremität erfasst.

3.5 Kategorie physiologische Parameter

Die bettseitigen Monitore lieferten die Werte der Herzfrequenz, die zwischen 52 und 110 Schlägen pro Minute lagen. Zu keinem Zeitpunkt konnte ein plötzlicher Anstieg

oder Abfall der Frequenz beobachtet werden. Die vorwiegend arteriell abgeleiteten Blutdruckwerte lagen systolisch um die 170 mmHG und diastolisch um die 50 mmHG und zeigten starke Schwankung bei den bewegungsanbahnenden Maßnahmen.

Die Atmung konnte über die Beatmungsmonitore am Beatmungsgerät abgelesen werden. Entsprechend der voreingestellten Parametergrenzen werden akustische Alar-me für Veränderungen der Atemfrequenz und des Atemminutenvolumens außerhalb der Grenzen ausgelöst. Die Alar-me sind eng im Zusammenhang mit den Symptomen „Pressen“ und „Husten“ zu beobachten (BEO_9_77).

3.6 Kategorie Handlung nach Schmerzdiagnose

Die erfassten subjektiven und physiologischen Parameter und die Nutzung von Schmerzeinschätzungsinstrumenten führten bei den Pflegenden zu uneinheitlichen Reaktionen. Welche Situation letztlich zu einer Einleitung oder Anpassung der Schmerztherapie führte, kann nur rückwirkend anhand der einmaligen Gaben (Boli) aus dem Spritzenpumpensystem mit einem opiat-haltigen Schmerzmedikament abgeleitet werden. Die Bolusgaben konnten bei fünf Patienten bzw. Patientinnen bei unterschiedlichen therapeutischen oder diagnostischen Maßnahmen erfasst werden (Tabelle 6). Hierbei kann aufgezeigt werden, dass in vier Situationen die Bolusgabe präventiv vor einer schmerzauslösenden Situation erfolgte, in vier Fällen ein Schmerzmittel zeitgleich zu einem Sedativum verabreicht wurde und einmal das Schmerzmedikament vermutlich vorübergehend gänzlich ausgestellt wurde. In keiner Situation kann ein Muster oder eine Systematik für die Erstellung einer Schmerzdiagnose erfasst werden.

Beobachtung	Situation vorher ...	Veränderung der Schmerztherapie, Bolusgabe ...	Situation nachher ...
1	Reanimation	Sufenta-Perfusor ausgestellt	Transport in die Röntgenabteilung
3	Vorbereitungen zur PEG Anlage	Propofol zeitgleich Sufentanyl	Vor der Bauchdeckenpunktion
12	Drehen des Patienten auf eine Seite, „hustet“	Sufentanyl zeitgleich Propofol	Endotracheale Absaugung
12	Re-Intubation	Sufentanyl zeitgleich Propofol	
12	Visite	Sufentanyl	
12		Propofol zeitgleich Sufentanyl	Lagerung für die Anlage einer Thoraxdrainage
12		Sufentanyl zeitgleich Propofol	Lagerungswechsel zum Wechseln der Bettwäsche
13		Fentanyl	Endotracheale Absaugung
22		Fentanyl	Endotracheale Absaugung

Tab. 6: Bolusgaben

3.7 Kategorie Kommunikation zu Schmerz

Pflegende kommunizieren mit Patienten oder Patientinnen

Pflegende fragen, sobald der Patient wacher erscheint: „Haben Sie Schmerzen?“

(BEO_9_91). Zu dem wird kommentiert, wenn eine schmerzauslösende Maßnahme, wie die endotracheale Absaugung durchgeführt wird mit den Worten „das ist jetzt mal unangenehm“ (BEO_4_54).

Ärzte oder Ärztinnen kommunizieren mit Pflegenden

In jenen Fällen, in denen ein Schmerzeinschätzungsinstrument zum Einsatz kommt, wird in der Kommunikation zwischen Pflegenden und Ärzten oder Ärztinnen der jeweilige Zahlenwert, auf Nachfrage des Arztes/der Ärztin erwähnt. Der Punktwert wird dann von den Ärzten oder Ärztinnen im direkten Abgleich zur aktuellen Beobachtung betrachtet und ggfs. kommentiert „sieht ruhig aus“ (BEO_13_78).

Pflegende kommunizieren untereinander

Pflegende untereinander kommunizieren über die Wahrscheinlichkeit, ob das aktuell zu beobachtende Verhalten des Patienten oder der Patientin ein Ausdruck für Schmerz sein kann. Gemeinsam wird die Entscheidung für oder gegen das Vorhandensein von Schmerz getroffen. Sofern die Situation als „Patient oder Patientin hat keine Schmerzen entschieden“ wird, wird das weitere Vorgehen (z. B. Gabe eines Blutdrucksenkers) eingeleitet (BEO_14_63). Der Einsatz des vorhandenen Schmerzeinschätzungsinstruments kann in dieser Situation nicht beobachtet werden. Der zuletzt dokumentierte Wert mittels eines Schmerzeinschätzungsinstruments fand 2,5 Stunden zuvor statt.

Die vorwiegende Kommunikation fokussiert nicht die Schmerzeinschätzung, sondern die medikamentöse Schmerztherapie: - ob diese zu verabreichen ist / - ob diese abzusetzen ist / - und ob die Wirkung ausreichend ist.

3.8 Kategorie Dokumentation zu Schmerz

In sieben Patientenkurven wurde die Reaktionen des Patienten oder der Patientin auf Ansprache, Berührung und Schmerzreiz dokumentiert (z. B. BEO_4_55). Zudem waren im Vitalzeichenblatt der Punktwert des jeweils genutzten Fremdeinschätzungsinstrumentes z. B. BPS 3 Punkte (BEO_13_59) oder z. B. ZOPA 0 Punkte (BEO_15_54) zu entnehmen.

3.9 Offene-induktive Kategorien

Zusätzlich zu den theoretisch abgeleiteten Kategorien wurde eine offen-induktive Kategorie abgeleitet.

3.9.1 (Nach-)Beobachtung

Nach abgeschlossenen Handlungen, wie dem Seitenwechsel des Endotrachealtubus, der endotrachealen Absaugung oder Lagerung, wird der sedierte Patient oder die sedierte Patientin und das Umfeld über einen Zeitraum von 5 bis 10 Sekunden betrachtet (BEO_5_68). Pflegende kommentieren diese Situation mit „ich wäre dann soweit fertig“ (BEO_2_82). In der (Nach-)Beobachtungszeit stehen Pflegende mit Abstand zum

Patienten oder zur Patientin, führen gleichzeitig die Händedesinfektion durch, bevor sie dann das Zimmer und somit den Patienten oder die Patientin verlassen (BEO_5_68).

4. Diskussion

In der Stichprobe, beatmete und sedierte Männer und Frauen im Alter zwischen 31 und 74 Jahren mit vitalen Erkrankungen an Herz, Lunge und Gehirn, konnten zu allen theoretisch abgeleiteten Kategorien Ergebnisse dargestellt werden.

In Bezug auf die kontinuierlich-intravenöse Schmerztherapie mit opiat-haltigen Schmerzmedikamenten zeigte sich nur in einem Fall von Anfang bis Ende einer Dienstschicht die Reduzierung der Flussrate. Insgesamt werden 9 Einzeldosen (Boli) verabreicht, wovon 5 Einzelgaben in Kombination mit einem Sedierungsmedikament auf einen Patienten kamen.

Da die Beobachtungen keinen direkten systematischen Rückschluss auf das Vorhandensein von Schmerz erlauben, lassen die Ergebnisse zur medikamentösen Schmerztherapie die Vermutung zu, dass Pflegende, Ärzte oder Ärztinnen mit der Schmerzsituation der Patienten oder Patientinnen zufrieden waren. Jene Fälle, in denen eine Anpassung der Schmerztherapie mittels Bolusgabe vorgenommen wurde, fanden in Zusammenhang mit schmerzauslösenden Maßnahmen statt. Diese Vorgehensweise kann als wünschenswerte prophylaktische Schmerzmittelgabe vor schmerzauslösenden Maßnahmen interpretiert werden. Warum innerhalb einer Dienstschicht keine Reduktion der kontinuierlichen intravenösen Schmerzmedikation zu erfassen war kann nur der Annahme folgen, dass die Kliniken kein standardisiertes Verfahren zur Reduktion von Analgetika und Sedativa anwenden. Ein entsprechender Standard ermöglichte die gezielte Anpassung an die Bedarfe des Patienten oder der Patientin. Die Reduktion des Sedativums würde den Patienten oder die Patientin in einen wacheren Bewusstseinszustand führen und ermöglicht den Schmerz mittels Selbstauskunft zu erfassen (Freyhoff et al. 2014). In diesem Zusammenhang zeigte sich, dass Pflegende diesen Moment – Patient oder Patientin in einem wacheren Bewusstseinszustand – gezielt für die Frage nach Schmerz nutzen.

Das Auftreten von physiologischen und subjektiven Parametern kann insbesondere bei den definierten schmerzauslösenden Maßnahmen wie z. B. endotracheale Absaugung beobachtet werden. Pflegende reagieren mit der Deaktivierung der Alarme an den Monitoren vom Beatmungsgerät oder der Vitalzeichenüberwachung. Es kann beim Aufkommen von Parametern nur selten erfasst werden, dass direkt ein Schmerzmedikament verabreicht wurde. Es zeigt sich eher, dass Pflegende die Maßnahme zu Ende führten ohne weiter auf die Veränderung von Parametern einzugehen oder direkt anschließend eine systematische Schmerzeinschätzung vorzunehmen (Barr et al. 2014). Die Kategorie (Nach-)Beobachtung bzw. Aussagen wie „beruhigt sich wieder“ nach pflegerischer Handlung sollten zukünftig unter dem Aspekt, wie werden subjektive oder physiologische Parameter für die Schmerzeinschätzung bzw. Erstellung einer Schmerzdiagnose von Pflegenden genutzt, kritisch betrachtet werden.

In den Fällen, in denen trotz ähnlicher pflegerischer Maßnahme keine Veränderung in physiologischen oder subjektiven Parametern zu erkennen waren, konnte eine dosisgesteigerte medikamentöse Sedierungstherapie oder die Gabe eines Muskelrelaxation festgestellt werden. Die Erfassung von Schmerz in diesen Situationen stellt eine besondere Herausforderung da. In beiden Situationen ist der Patient oder die Patientin medikamentös gehindert, vorhandenen Schmerz nonverbal mitzuteilen. Es ist bekannt, dass tiefsedierte Patienten oder Patientinnen eine geringe Schmerzmittelgabe erfahren und die Wahrnehmung von schmerzauslösenden Maßnahmen deutlich reduziert ist (Payen et al. 2009). Ein Teufelskreis, der die Vermutung stützt, dass für diese Patienten oder Patientin die Gefahr bestand unnötigen Schmerz zu erfahren. Wenn jedoch auf Grund von Erkrankungen, z. B. Schädelhirntraum oder Reanimation eine tiefe Sedierung oder Muskelrelaxation notwendig ist, könnte ein zusätzliches apparatives Monitoring unterstützend eingesetzt werden. Die EEG-gestützten Messmethoden werden allerdings wegen mangelnder Forschungslage derzeit noch nicht generell empfohlen (DGAI & DIVI 2007, Barr et al. 2013).

Insgesamt kann auch durch die Ergebnisse in den Kategorien Kommunikation und Dokumentation angenommen werden, dass das Thema systematische Schmerzeinschätzung mittels valider und reliabler Instrumente noch nicht als gänzlich umgesetzt gelten. Und physiologische oder subjektive Parameter werden nur selten als „Einsatzzeichen“ für eine systematische Schmerzeinschätzung wahrgenommen.

5. Limitation der Untersuchung und Schlussfolgerung

Die Methode der nicht-teilnehmenden Beobachtung lieferte unbeeinflusste Erkenntnisse zum Vorgehen der Schmerzeinschätzung im Intensivbereich. Es konnte aufgezeigt werden, dass evidenz-basierte Erkenntnisse und Empfehlungen zur Schmerzeinschätzung in der Intensivmedizin nur zum Teil umgesetzt sind. Die Beobachtungen zeigen Vorgehensweisen zur Schmerzerfassung im Umgang mit Patienten oder Patientinnen im Intensivbereich, die in gegenwärtigen Leitlinien zum Schmerzmanagement im Intensivbereich nicht detailliert expliziert werden. Die Ergebnisse lassen die Vermutung zu, dass Pflegenden empfohlene schmerzspezifische Parameter registrieren, diese unterschiedlich und evtl. nicht im direkten Zusammenhang mit Schmerz interpretieren und ggfs. entsprechend reagieren. Die Wahl einer anderen Methode wie z. B. die „thinking aloud technique“ könnte Erkenntnisse zum Entscheidungsprozess liefern und ggfs. aufzeigen welche Parameter von Pflegenden zur Einschätzung von Schmerz während einer spezifischen pflegerischen Handlung genutzt und wie schmerzbezogene Maßnahmen abgeleitet wurden (Flaherty 1975). Diese Methode wurde gezielt nicht gewählt, um die Gefahr der Beeinflussung von Handlungen zur Schmerzerfassung durch die direkte Befragung mittels der „thinking aloud technique“ zu vermeiden. Im weiteren Verlauf der Dissertation hat die Autorin in den teilnehmenden Kliniken mit Pflegenden und Ärzten oder Ärztinnen Fokusgruppen durchgeführt, um die Forschungsfrage aus einer weiteren Perspektive zu beleuchten.

- Interessenkonflikterklärung: Die Autorin gibt an, keinen Interessenkonflikt zu haben.
- Die dargestellte Teilstudie ist Bestandteil einer noch nicht veröffentlichten Dissertation der Autorin an der Privaten Universität Witten/Herdecke, Department für Pflegewissenschaft.

Literatur

- Barr, J./Fraser, G. L./Puntillo, K./Ely, E. W./Gélinas, C./Dasta, J. F./Davidson, J. E./Devlin, J. W./Kress, J. P./Joffe, A. M./Coursin, D. B./Herr, D. L./Tung, A./Robinson, B. R. H./Fontaine, D. K./Ramsay, M. A./Riker, R. R./Sessler, C. N./Pun, B./Skrobik, Y./Jaeschke, R. (2013): Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit [Online]. Mount Prospect: Society of Critical Care Medicine. <<http://www.learnicu.org/SiteCollectionDocuments/Pain, Agitation, Delirium.pdf>> [Stand 2013-05.25]
- Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human-, und Sozialwissenschaftler (4 Ed.). Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Chanques, G./Sebbane, M./Barbotte, E./Viel, E./Eledjam, J.-J./Jaber, S. (2007): A Prospective Study of Pain at Rest: Incidence and Characteristics of an Unrecognized Symptom in Surgical and Trauma versus Medical Intensive Care Unit Patients. *Anesthesiology*, 107, 858-860
- Chanques, G./Jaber, S./Barbotte, E./Violet, S./Sebbane, M./Perrigault, P.-F., Mann, C./Lefrant, J.-Y./Eledjam, J.-J. (2006): Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 34, 1691-1699
- DGAI (Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin) & DIVI (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie) (2010): Analgesie, Sedierng und Delirmanagement in der Intensivmedizin. <<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/001-012.html>> [Stand: 2010-01-20]
- DIVS (Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie) (2007): S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen - Langfassung“ AWMF-Register Nr. 041/001 <<http://www.awmf.org>> [Stand: 2008-06-23]
- Flaherty, E. G. (1975): The Thinking Aloud Technique and Problem Solving Ability *The Journal of Educational Research*, 68, 06, 223-225
- Freyhoff, J./Gnass, I./Bone, H.-G. (2014): Schmerztherapie auf der Intensivstation. *intensivup2date*, 10, 289-300
- Gnass, I./Nimako-Doffour, A./Meyer, G. (2014). Influence on clinical practice guidelines on pain management in german intensive care units – A state wide survey. *Clinical Nursing Studies*, 2, 37-44
- IASP Task Force on Taxonomy (1994): Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage, Second Edition. In: Merskey, H. & Bogduk, N. (Hrsg.) *Classification of Chronic Pain*. Seattle: IASP Press
- Kastrup, M./Dossow, V. V./Seeling, M./Ahlborn, R./Tamarkin, A./Conroy, P./Boemke, W./Werncke, K.-D./Spies, C. (2009): Key Performance Indicators in Intensive Care Medicine. A Retrospective Matched Cohort Study. *The Journal of International Medical Research*, 37, 1267 – 1284
- Martin, J./Franck, M./Sigel, S./Weiss, M./Spies, C. (2007): Changes in sedation management in German intensive care units between 2002 and 2006: a national follow-up survey. *Critical Care* [Online] <<http://ccforum.com/content/11/6/R124>> [Stand 2010-05-21]
- Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*, Weinheim: Beltz Verlag
- Ong, A. W./Omert, L./Vido, D./Doodman, B. M./Protetch, J./Rodriguez, A./Jeremitsky, E. (2009): Characteristics and outcomes of trauma patients with ICU lengths of stay 30 days and greater: a seven-year retrospective study. *Critical Care*, 13, R154
- Payen, J.-F./Bosson, J.-L./Chanques, G./Mantz, J./Labarere, J. (2009): Pain Assessment Is Associated with Decreased Duration of mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit: a post Hoc analysis of the DOLOREA Stud. *Anesthesiology*, 6, 1308-1316
- Puntillo, K./White, C./Morris, A./Perdue, S./Stanik-Hutt, J./Thompson, C./Wild, L. (2001): Patients' perceptions and responses to procedural pain: Results from Thunder II@ Project. *American Journal Critical Care*, 10, 238-251
- Williams, T. A./Martin, S./Leslie, G./Thomas, L./Leen, T./Tamaliunas, S./Lee, K. Y./Dobb, G. (2008): Duration of Mechanical Ventilation in an Adult Intensive Care Unit After Introduction of Sedation and Pain Scales. *American Journal of Critical Care*, 17, 349-356

Irmela Gnass MScN

Universität Witten/Herdecke, Stockumer Straße 12, 58453 Witten, Irmela.Gnass@uni-wh.de

Beiträge

Susan Smeaton, Annegret Horbach, Johann Behrens

Erkenntnisse im Rahmen einer Fallidentifikation im Projekt zur Arbeitsplatzgestaltung bei Menschen nach Schlaganfall

Findings in recruitment of research participants in the project: workplace adjustment for individuals after stroke

This paper is published as part of a research project on „Workplace adjustment for individuals after stroke“ and provides a first estimate of the supply of assistive technologies in the workplace after stroke. We were looking for individuals after stroke both wanting to return to work and in need of a workplace adjustment. The research interest in this paper derived from experienced obstacles in gaining entry into the research field: What are the reasons for the difficult entry into the field?

Methods: Empirical experiences in recruitment of research participants lead to analyse routine data to eventually describe further arising research questions.

Results: Individuals after stroke receive fewer rehabilitation benefits for participation in the workplace than other diagnoses groups while receiving more often disability pensions. No reliable data on workplace adjustment after stroke were detected. Further research is required as to the reasons. Evaluation research is needed on the use of assistive technology in the workplace. The findings may explain the barriers in case finding.

Keywords

Individuals after stroke, workplace adjustment, assistive technologies, case finding, participation at work

Die vorliegende Publikation „Erkenntnisse im Rahmen einer Fallidentifikation“ entstand aus einem Forschungsprojekt zur Arbeitsplatzgestaltung von Menschen nach Schlaganfall und liefert eine erste Abschätzung zum Gebrauch arbeitsplatzbezogener assistiver Technologien (AT) für Menschen nach Schlaganfall. Gesucht wurden Menschen, die ins Arbeitsleben zurückkehren möchten und zugleich eine technische Arbeitsplatzanpassung benötigen. Das Scheitern bei verschiedenen Feldzugängen führte zu der zentralen Fragestellung der vorliegenden Publikation: Was sind die Gründe für den erschwerten Feldzugang im Projekt?

eingereicht 08.07.2014
akzeptiert 09.03.2015

Methode: Die empirischen Erfahrungen in der Phase der Fallidentifikation führten zur Sichtung von Routinedaten und im Ergebnis zu neuen Fragen zum Forschungsfeld.

Ergebnisse: Betroffene erhalten seltener Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und gehen häufiger in die Erwerbsminderungsrente als andere Diagnosegruppen. Es liegen der Autorenschaft trotz umfangreicher Recherche keine verlässlichen Daten zur Hilfsmittelversorgung am Arbeitsplatz für Menschen nach Schlaganfall vor. Es besteht Forschungsbedarf zu den Gründen hierfür sowie ein Evaluationsbedarf zur Nutzung assistiver Technologien am Arbeitsplatz. Die Ergebnisse liefern einen ersten plausiblen Erklärungsansatz für die Barrieren in der Fallidentifikation.

Schlüsselwörter

Schlaganfall, Arbeitsplatzgestaltung, assistive Technologien, Fallidentifikation, Teilhabe am Arbeitsleben

1. Einleitung

Der Schritt des Feldzugangs im qualitativen Forschungsprozess ist Gegenstand zahlreicher Publikationen, beispielsweise Wolff (2000), Girtler (2009), Przyborski (2010). Die 4. Fuldaer Feldarbeitstage¹ (2013) widmeten dem „Feldeinstieg als erste[r] untersuchungsrelevante[r] Erkenntnisquelle“ eine eigene Veranstaltung (Publikation im Erscheinen). Der Feldzugang dient nicht nur der Vorbereitung der Datenerhebung, sondern liefert auch Einblicke in strukturelle Gegebenheiten Wolff (2000), beispielsweise in die von Organisationen. Die Analyse gescheiterter Feldzugänge, „Anläufe, Umwege und Holzwege“ kann als eigene Erkenntnisquelle der Beleuchtung des Felds zunutze gemacht werden (Wolff 2000: 334-349). In der folgenden Publikation wird beispielhaft dargelegt, welche Erkenntnisse im Rahmen der Fallidentifikation in einem laufenden Forschungsprojekt zur Arbeitsplatzgestaltung von Menschen nach Schlaganfall gewonnen werden können.

Aktuell publizierte Zahlen zu Menschen nach Schlaganfall¹ beziehen sich auf Hochrechnungen auf Basis des Erlanger Schlaganfallregisters von 2008. Laut der aktuellen Homepage der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe (2014) ereignen sich jährlich ca. 270.000 Schlaganfälle. Ihnen zufolge verstirbt schätzungsweise jeder dritte betroffene Mensch innerhalb eines Jahres und von den 190.000 Überlebenden erfährt ungefähr die Hälfte eine Behinderung. Laut Grätzel von Grätz (2012) ereignen sich jährlich ca. 250.000 Schlaganfälle. In dieser Publikation werden Todesfälle und Behinderung gemeinsam betrachtet: „Fast jeder Zweite stirbt oder trägt eine dauerhafte Behinderung davon.“ Heuschmann et al. (2010: 331-335) zufolge waren im Jahr 2008 von ca. 250.000 Menschen nach Schlaganfall ca. 47.000 Menschen unter 65 Jahre und damit im erwerbsfähigen Alter. Männer waren mit 25.000 Ereignissen etwas häufiger betroffen als Frauen (22.000).

Gemeinsam ist diesen unterschiedlichen Statistiken, dass sie keine Rückschlüsse zulassen, wie viele der betroffenen Menschen im erwerbsfähigen Alter gerne wieder arbei-

¹ ICD: I60-I69, werden in einigen Statistiken auch als zerebrovaskuläre Erkrankungen bezeichnet.

ten möchten oder aufgrund des Ausmaßes der individuellen Gesundheitsprobleme tatsächlich können. Auch Schupp (2011: 15) weist auf eine unsichere Datenlage zur beruflichen Wiedereingliederung für den Diagnosebereich der Schädelhirnverletzungen hin. Dennoch kommt der Rückkehr an den Arbeitsplatz eine Schlüsselfunktion zu (Wolfenden et al. 2009: 93), da eine berufliche Tätigkeit einen Beitrag zur Krankheitsbewältigung leisten kann. Die Auswirkungen von Erwerbslosigkeit (Jahoda 1983: 44 ff.) wie Identitätsverlust, Zerstörung der Zeitstruktur, Fehlen einer Zweckbestimmung sowie schrumpfende soziale Erfahrung, Stigma aufgrund der Inanspruchnahme sozialstaatlicher Leistungen wurden von einer Reihe jüngerer Studien bestätigt (Schmid 2002: 57ff); (Kroll/Lampert:2012). Die Teilhabe an kollektiven Zielen sowie eine gelungene Krankheitsbewältigung können darüber hinaus eine wirksame Prävention hinsichtlich möglicher Folgeerkrankungen bewirken. Eine größtmögliche Wiederherstellung der Autonomie kommt den Betroffenen primär selbst zugute und sekundär der Entlastung des Umfelds, z. B. des Familiensystems (Wilz et al. 2009: 1491). Die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit wirken insbesondere bei Menschen, die gegen ihren Willen vom Arbeitsprozess ausgeschlossen werden (Bieker 2005: 16). Bieker (2005: 17) weist auf das Spannungsfeld von Teilhabe am Arbeitsleben und den individuellen Ressourcen von Menschen mit Behinderungen hin. So korrespondiert die Exklusion von Menschen mit deren Ressourcen; d. h. zu der strukturellen Problemlage einer fehlenden Kongruenz zwischen den Bedingungen des Arbeitsmarktes und den Ressourcen der Menschen (Schubert et al. 2012: 154) kommt ein Exklusionsrisiko aufgrund individueller Ressourcen hinzu. Hierzu zählen u. a. personbezogene Faktoren wie Belastungsresistenz und Umgang mit Krisen, aber auch die Unterstützung durch das soziale Umfeld (Bieker 2005: 18).

Eine Vielzahl internationaler Studien betont zwar die Bedeutung der Arbeitsplatzgestaltung, liefert aber keine konkreten Hinweise zur Ausgestaltung, insbesondere nicht zu AT (Wolfenden et al. 2009: 93 ff.; Saeki et al. 2010: 254 ff.; Alaszewski et al. 2007: 1858 ff.).

Mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) nach § 33 SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch 2012) stärkt der Gesetzgeber in Deutschland die berufliche Integration behinderter Menschen. Nach der Logik des Gesetzes steht der Erhalt der Arbeitsplätze im Vordergrund. Hilfen zur Berufsausübung (z. B. behindertengerechte Computerausstattung) haben demzufolge Vorrang gegenüber anderen Maßnahmen wie z. B. Umschulungen (Erbstößer et al. 2008: 345; Deutsche Rentenversicherung 2009: 7). Der von der Bundesregierung Deutschland ratifizierte Nationale Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention beinhaltet auch die Verpflichtung zur Forschung und Entwicklung neuer (assistiver) Technologien (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: 10) mit der Einschränkung, dass diese auf einem bezahlbaren Niveau zur Verfügung stehen sollen.

Trotz dieser positiven rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen fehlt es an nachvollziehbaren Daten zur Umsetzung, insbesondere zur Anwendung von AT. Vereinzelt finden sich in der Literatur Hinweise auf fehlende Arbeitsplatzanpassungen

(Spranger 2008) oder ungenutzte Möglichkeiten technischen Potentials (Revermann 2010: 9). Es konnte lediglich eine aktuelle niederländische Studie zur Anwendung kognitiv unterstützender Technologien in der beruflichen Rehabilitation ausgemacht werden. Die Autorenschaft kommt zu dem Schluss, dass sich in den Niederlanden im Bereich der Anwendung von AT kaum etwas bewege (De Jooode et al. 2012: 1263).

Die Relevanz der Rückkehr an den Arbeitsplatz führte an der Frankfurt University of Applied Sciences in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der MLU Halle zu einem Forschungsprojekt zur Arbeitsplatzgestaltung von Menschen nach Schlaganfall (Deutsches Register klinischer Studien DRKS 00005470). Im genannten Forschungsvorhaben wird davon ausgegangen, dass für das Individuum passgenaue assistive Technologien (AT) die Teilhabequote am Arbeitsleben erhöhen können. Unter assistiven Technologien werden alle Hilfsmittel subsumiert, die unterstützend mit Hinblick auf die Körperfunktionen, Aktivitäten und Partizipation wirken – von der einfachen mechanischen Konstruktion bis hin zu digitalen Systemen (ISO 9999).

Ziel des genannten Forschungsprojektes ist es:

- den Prozess der Hilfsmittelversorgung in der beruflichen Rehabilitation zu rekonstruieren und
- Erkenntnisse zu Ideen für die (Weiter)-entwicklung neuer Techniksysteme zu gewinnen

Um sich diesen Zielen zu nähern, sollte zunächst überblicksartig anhand von teilnehmender Beobachtung die Ist-Situation zur derzeitigen Praxis der Hilfsmittelversorgung am Arbeitsplatz eruiert werden.

Gesucht wurden Menschen nach Schlaganfall, die in das Berufsleben zurückkehren möchten und aufgrund ihrer Einschränkung eine technische Arbeitsplatzanpassung benötigen. Die unerwartet schwierige Identifikation geeigneter Probandinnen und Probanden wird als erstes Nebenergebnis gewertet und soll in der vorliegenden Publikation beleuchtet werden: Was sind die Gründe für den erschwerten Feldzugang? Nachfolgend werden zunächst die Feldzugänge in chronologischer Reihenfolge dargestellt und im Weiteren statistische Daten zur möglichen Erklärung von Barrieren in der Fallidentifikation herangezogen.

2. Methode und Feldzugang

Da die meisten Schlaganfälle stationär behandelter Menschen im erwerbsfähigen Alter in die Gruppe der 40-65 Jährigen fallen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012), sind in der Regel die Rentenversicherungen aufgrund erworbener Anwartschaften nach 15 Jahren Beitragszahlungen die Hauptleistungsträger für LTA. Bei weniger als 15 Jahren Beitragszahlungen sind in der Regel die Bundesagenturen für Arbeit (BA) zuständig.

Die ersten Aktivitäten zur Fallidentifikation erfolgten somit über die Deutsche Rentenversicherung (DRV). Es wurde angenommen, dass die von der DRV für eine Arbeitsplatzanalyse und Arbeitsplatzberatung hinzugezogenen technischen Beratungsdienste der Integrationsämter oder der Agenturen für Arbeit einen guten Feldzugang stellen würden. Dementsprechend wurden je Bundesland kontaktiert:

- die jeweilig Leitenden der technischen Beratungsdienste der Integrationsämter
- die jeweilig Leitenden der Regionaldirektionen der BA
- die Reha-Fachberaterinnen und Reha-Fachberater der Rentenversicherungen, die das Hinzuziehen der technischen Beratungsdienste mit veranlassen können.

Alle für die Arbeitsplatzanalyse und -gestaltung zuständigen Fachdienste gaben übereinstimmend und unabhängig voneinander die Rückmeldung, dass Menschen nach Schlaganfall sehr selten in die Beratung kämen. Dies hatte für das Projekt zum einen zur Folge, dass die Einschlusskriterien auf Menschen mit anderen erworbenen Hirnschädigungen bei gleichen Funktionsstörungen ausgeweitet wurden. Zum anderen wurde deutlich, dass andere, weitere Feldzugänge erschlossen werden mussten. Als geeignet erschienen die für das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) zuständigen Betriebs- und Werksärzte bzw. -ärztinnen. Anhand einer Liste der größten Unternehmen Deutschlands mit Bekenntnis zur Corporate Social Responsibility (CSR), die aufgrund ihrer Selbstverpflichtung prädestiniert schienen, wurden 50 Unternehmen kontaktiert. Dieser Zugang führte allerdings zu Betroffenen mit wenig ausgeprägten Funktionsstörungen, die sich demzufolge leichter am Arbeitsplatz re-integrieren ließen. Diese Menschen kamen ohne oder mit einfachen, bereits vorhandenen assistiven Hilfsmitteln gut zurecht und fielen somit als Zielgruppe aus. Auch eine Anfrage der deutschen Schlaganfallhilfe über deren Selbsthilfegruppenverteiler führte ausschließlich zu Menschen mit weniger starken Beeinträchtigungen und damit zum Ausschluss.

Weiter auf der Suche nach Menschen mit unterstützungsbedürftigen Funktionsstörungen, wurden sodann Reha-Fachkliniken mit medizinisch-beruflich orientierter Ausrichtung angefragt. Aus allen 50 kontaktierten Kliniken kamen die Rückmeldungen, dass sie keine Kapazität für die Teilnahme am Forschungsprojekt hätten und der Hinweis, dass Einrichtungen der reinen beruflichen Rehabilitation geeigneter seien.

Einen Überblick zu den Kontakten ohne erfolgreichen Feldzugang gibt Tabelle 1.

Feldzugänge	Kontakte
Zweigstellen der DRV	18
Technische Beratungsdienst der BA	12
Technische Beratungsdienste der Integrationsämter	20
Unternehmen	50
Reha-Kliniken	50

Tab. 1: Aufgenommene Kontakte ohne erfolgreichen Feldzugang

Die Empfehlung der Reha-Kliniken wurde aufgenommen und führte letztlich über vier Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation mit Spezialisierung auf erworbene Hirnschäden zur Gewinnung von 14 Fällen, die in die Studie eingeschlossen wurden. Offen blieb hingegen die Frage, wieso trotz des hohen Aufwandes keine Probandinnen oder Probanden mit den genannten Einschlusskriterien auf dem 1. Arbeitsmarkt identifiziert werden konnten. Was sind die Gründe für den erschwerten Feldzugang im Projekt? Zur Beantwortung dieser Frage und zum besseren Verstehen, warum Menschen nach Schlaganfall kaum technische Beratungsdienste in Anspruch nehmen, wurden die Daten zweier Statistikreihen der DRV betrachtet:

- a) verschiedene aufbereitete Statistiken der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung² (3.1) sowie
- b) die speziellen Statistiken zu den einzelnen Maßnahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben³ (LTA) (3.2).

Der Vollständigkeit halber wurden zusätzlich noch die allgemeinen Statistiken anderer grundsätzlich infrage kommender Leistungsträger hinzugezogen (BA, Integrationsämter, Unfallversicherungen) (3.3).

3. Ergebnisse

Die Auswertung der Statistiken der Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung (s. Kap. 3.1) sowie die Auswertung der Statistikreihen zu LTA (s. Kap. 3.2) ergab, dass nur wenige Menschen nach Schlaganfall⁴ eine technische Arbeitsplatzanpassung erhalten. Die unterschiedliche Zuordnung des Schlaganfalls zu den neurologischen bzw. den zerebrovaskulären Krankheiten lassen einen Vergleich kaum zu.

3.1 Statistiken zu Leitlinien für die Sozialmedizinische Begutachtung (DRV)

Mit 4% nehmen im Jahr 2008 die neurologischen⁵ Erkrankungen in der medizinischen Rehabilitation einen vergleichsweise geringen Anteil ein. Den größten Anteil innerhalb der neurologischen Erkrankungen stellen mit 42% die für die vorliegende Studie relevanten zerebrovaskulären Krankheiten, gefolgt von „übrigen Krankheiten“ (27%), Enzephalomyelitis disseminata (13%) und Epilepsie (2%).

Anteilmäßig beziehen 4% der Menschen mit neurologischen Erkrankungen LTA, wobei die Empfängerinnen oder Empfänger – innerhalb der Gruppe der neurologischen Erkrankungen – überproportional häufiger aus den Diagnosebereichen der Enzephalomyelitis disseminata (17%) und der Epilepsie (9%) im Vergleich zur größten Gruppe der zerebrovaskulär Erkrankten (16%) stammten. In Zahlen ausgedrückt er-

2 Der Schlaganfall wird in den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung unter den neurologischen Krankheiten aufgeführt.

3 In den speziellen Statistikreihen zu LTA wird der Schlaganfall als zerebrovaskuläre Krankheit unter den Herz-Kreislaufkrankungen subsumiert.

4 ICD 10: I60-I69

5 Inklusive zerebrovaskulärer (Blutgefäße im Gehirn) Krankheiten und Schädel-Hirn-Trauma (SHT)

hielten 772 Personen mit zerebrovaskulären Erkrankungen (16%) abgeschlossene LTA, wobei Frauen mit 217 deutlich weniger erhielten als Männer mit 555⁶ (Deutsche Rentenversicherung 2010: 11 ff.). Diese Zahlen korrespondieren mit den Aussagen der technischen Beratungsdienste, wonach Menschen nach Schlaganfall kaum in die technische Beratung kämen.

Die Erwerbsminderungsrente (EMR) wird vom Prinzip her als unerwünschtes Ereignis betrachtet. Vor diesem Hintergrund scheint der Anteil zerebrovaskulärer Erkrankungen innerhalb der Gruppe neurologischer Erkrankungen an den Rentenneuzugängen aufgrund von Erwerbsminderung mit 33% (Deutsche Rentenversicherung 2010: 15) unerwartet hoch. Sie nehmen den 1. Rang unter den neurologischen Neuzugängen ein (Durchschnittsalter 52,3 Jahre) und bezogen auf alle Rentenneuzugänge einen Anteil von 11%.

3.2 Spezielle Statistik zu „Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben“

Diese Statistik gibt Aufschluss über die einzelnen Maßnahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Technische Hilfsmittel lassen sich hier in der Kategorie „Arbeitsausrüstung/technische Hilfen“ wiederfinden:

- Zur Arbeitsausrüstung zählen Arbeitskleidung und Arbeitsgeräte (Deutsche Rentenversicherung 2009: 16).
- Unter technische Hilfen fallen zum einen die Arbeitsplatzausstattung (z. B. die hydraulische Hebehilfe) und zum anderen die persönlichen Hilfen (z. B. orthopädische Schuhe).

Für alle Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems zusammen nehmen im Berichtsjahr 2008 „Arbeitsausrüstung/technische Hilfen“ mit 187 von 26.800 einen Anteil von 0,7% ein (Deutsche Rentenversicherung Bund). Es werden weder konkrete technische Hilfsmittel aufgeschlüsselt noch lassen sich diese einzelnen Diagnosen (z. B. zerebrovaskuläre Erkrankungen) zuordnen. Dies gilt gleichermaßen für die anderen Diagnosebereiche. Die häufigsten Maßnahmen erhielt mit 72% (2008) die Gruppe der Menschen mit Muskel-/Skelett-/Bindegewebserkrankungen. Selbst unter Berücksichtigung des Verhältnisses von Menschen mit diesen Erkrankungen zu neurologischen Erkrankungen mit ca. 19:1 liegt hier ein deutliches Ungleichgewicht vor.

Für die Gruppe der Herz-/Kreislaufferkrankten bewegte sich die Anzahl der Leistungen zwischen 187 im Jahr 2008 und 213 im Jahr 2011 (Deutsche Rentenversicherung Bund). Im Jahr 2012 nehmen die Leistungen im Bereich der Arbeitsausrüstung/technische Hilfen in allen Diagnosebereichen mit Ausnahme des Nervensystems insgesamt ab, Abbildung 1.

6 Gründe hierzu könnten im epidemiologischen Geschlechterverhältnis liegen. Möglich wäre auch eine genderspezifische Interpretation, vgl Unrath 2012

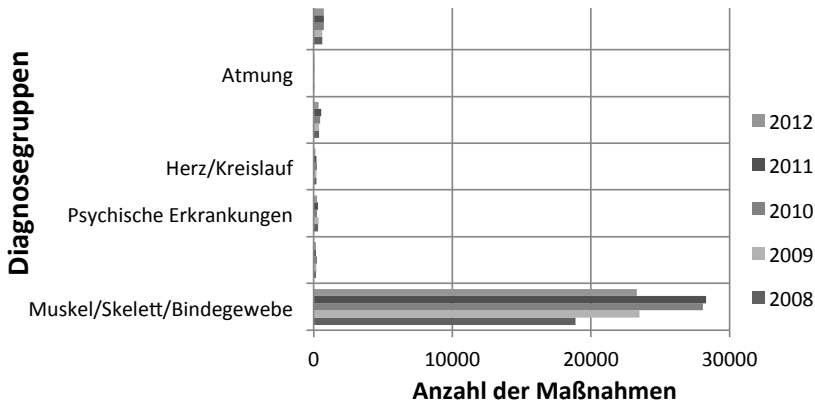


Abb. 1: Arbeitsausrüstung/technische Hilfen der DRV in den Jahren 2008-2012

Da Menschen nach Schlaganfall (zerebrovaskuläre Erkrankungen) nur eine Teilmenge der Gruppe der Herz/Kreislauserkrankungen bilden, lässt sich daraus schließen, dass die Anzahl der assistiven Hilfsmittel im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen nach Schlaganfall beim größten Leistungsträger Rentenversicherung im Jahr 2011 unter 213 lag.

3.3 Statistiken anderer Leistungsträger

Bei den Leistungsträgern der Bundesagentur für Arbeit (BA) finden sich ebenfalls keine Daten zu konkreten Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung. „Technische Arbeitshilfen“ werden unter „Reha Einzelförderung“ subsumiert (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2012: 32).

Eine Anfrage bei der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (dgvu) ergab, dass die Daten nicht diagnosebezogen ausgewertet werden. LTA werden unter „Sachkosten“ zusammengefasst (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband 2012: 53).

Die von den Integrationsämtern veröffentlichten Zahlen zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeits- und Ausbildungsplätzen belaufen sich im Jahr 2011 auf 9.379 Fälle im Vergleich zu 8.848 (2010), ohne dass die einzelnen Maßnahmen näher beschrieben sind (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen BIH 2012: 22). Nicht unterschieden wird nach Krankheitsbildern bzw. Funktionsstörungen.

Neben der Erkenntnis, dass nur wenige Menschen LTA erhalten, bedeuten die Ergebnisse auch, dass absolute Aussagen zum Umfang eingesetzter assistiver Technologien am Arbeitsplatz anhand der zur Verfügung stehenden Datenlage nicht möglich sind.

4. Diskussion

Aufgrund der ungenügenden Datenlage ist eine Diskussion, d. h. ein Abgleich der Literatur mit den gefundenen Ergebnissen kaum möglich. Die recherchierten Daten zu AT im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Erwerbsminderungsrente liefern zwar plausible Erklärungsansätze für den erschwerten Feldzugang und der damit langwierigen Fallidentifikation, eröffnen darüber hinaus aber mehr Fragen als dass sie Antworten liefern.

Es wurde dargelegt, dass beim Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung Menschen nach Schlaganfall im erwerbsfähigen Alter weniger als 772 LTA (im Jahr 2011) gegenüberstehen. In dieser geringen Zuteilung an Leistungen begründet sich eine Barriere in der Fallidentifikation, d. h. die Wahrscheinlichkeit, Menschen zu erreichen ist allein zahlenmäßig sehr gering. Angesichts der hohen Bedeutung der Rückkehr an den Arbeitsplatz und angesichts der Anerkennung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – daran erkennbar, dass sie fester Bestandteil Teil des Leistungskatalogs sind – ist nicht nachvollziehbar, warum der Bereich der Hilfsmittelversorgung bislang nicht genauer untersucht wurde bzw. nicht dezidiert dargestellt wird.

Die Hypothese, dass es eine Korrespondenz zwischen individuellen Ressourcen und der Re-Integration an den Arbeitsplatz gibt, findet sich in der nationalen sozialgesetzlichen Regelung nach § 33 SGB IX und in der von der BRD unterzeichneten supranationalen Konvention der UN wieder. Die Voraussetzungen für Menschen nach Schlaganfall, an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können, sind mit dem Prinzip „Reha vor Rente“ und dem Lösungsansatz über eine individuelle Ressourcenförderung durch die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben gegeben. Sowohl die Hypothese als auch die ratio legis gehen davon aus, dass ein spezifisches Problem (hier der Schlaganfall) mit einem Set von Lösungsmöglichkeiten (hier LTA) korrespondiert.

Ein wesentliches Ergebnis aus dem erschwerten Feldzugang und der damit verbundenen Fallidentifikation besteht darin, dass der Schlaganfall subsumiert wird – und dies erschwerend unter unterschiedlichen Kategorien; teilweise sogar innerinstitutionell – und damit faktisch als singuläres Ereignis bzw. Krankheitsbild nicht mehr sichtbar wird. Indem das Gesundheitsproblem nicht mehr erkennbar gefasst werden kann, können auch darauf ausgerichtete Lösungen nicht konkret gedacht werden.

Insgesamt bedarf es einem Mehr an Ausdifferenzierung. Auch die in der Einleitung erwähnte gemeinsame Betrachtung von Todesfällen und Behinderung ist nicht zielführend („Fast jeder Zweite stirbt oder trägt eine dauerhafte Behinderung davon“), da die daraus resultierende Abgrenzung zum „Gesunden“ einem pathologischen Krankheitsverständnis nahe kommt. Förderlicher wäre es, Behinderung in den Kontext einer Ressourcenförderung zu setzen.

Das Gesundheitsproblem Schlaganfall muss angesichts von 250.000 Fällen jährlich als eigenes Krankheitsbild herausgehoben und geschärft werden, um eine Grundlage für die Ressourcenförderung – z. B. über AT – zu bereiten. Der Hilfsmittelbereich in

der beruflichen Rehabilitation muss untersucht werden, um Lösungsansätze effektiv zur Verfügung stellen zu können. Die Arbeitshilfe zur Arbeitsplatzgestaltung durch Technik (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, BAR 2013) zeigt aber auch, dass die Rehabilitationsträger, die in der BAR vertreten sind, das Thema aufgreifen.

5. Fazit

Mit den dargestellten Ergebnissen konnte dargelegt werden, wie der Feldeinstieg als erster untersuchungsrelevanter Erkenntnisquelle einerseits zum Verstehen des Forschungsfeldes beiträgt und andererseits neue untersuchungsrelevante Forschungsfragen aufwirft: Menschen nach Schlaganfall erhalten weniger häufig Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) als andere Diagnosegruppen und gehen häufiger in die Erwerbsminderungsrente (EMR). Es besteht Forschungsbedarf zu den Gründen hierfür.

Es gibt Hinweise dafür, dass in erster Linie Menschen nach Schlaganfall mit wenigen Funktionseinbußen an den Arbeitsplatz zurückkehren. Dies müsste belegt werden und es müsste weiter untersucht werden, wie Menschen mit ausgeprägteren Funktionseinschränkungen gefördert werden können.

Menschen nach Schlaganfall profitieren trotz steigender Zahlen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben hiervon nicht in gleichem Maße wie Menschen anderer Krankheitsbilder. Es besteht Forschungsbedarf, warum dies so ist.

Es fehlt eine Datenbasis zu assistiven Hilfsmitteln in der beruflichen Rehabilitation und am Arbeitsplatz.

Literatur

- Alaszewski A./Alaszewski H./Potter J./Penhale B. (2007): Working after a stroke: Survivors' experiences and perceptions of barriers to and facilitators of the return to paid employment. In: *Disability & Rehabilitation* 29, 1858–1869
- Bieker R. (2005): Individuelle Funktionen und Potentiale der Arbeitsintegration. In: Bieker, R. (Hrsg.): *Teilhabe am Arbeitsleben - Wege der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderung*. Stuttgart: Kohlhammer, 7–24
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellten (BIH) (2012): *Jahresbericht 2011/2012. Hilfen für schwerbehinderte Menschen im Beruf*. Wiesbaden: Universum Verlag GmbH
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) (2013): *Arbeitshilfe zur Arbeitsplatzgestaltung durch Technik*. Frankfurt: <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeits-hilfen/downloads/AHArbeitsplatz.web.pdf> [2014-05-28] <http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeits-hilfen/downloads/AHArbeitsplatz.web.pdf>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): *Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention*. Berlin
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2012): *Berufliche Rehabilitation. Evaluation von Leistungen Evaluation von Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen am Arbeitsleben - Zwischenbericht*: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb427-berufliche-rehabilitation.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 2014-05-27]

- De Jooe, E.A./Van Boxtel, M.P.J./Verhey, F.R./van Heugten, C.M. (2012): Use of assistive Technology in cognitive rehabilitation: Exploratory studies of the opinions and expectations of health care professionals and potential users. In: *Brain Injury* 26, 1257–1266
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung Spitzenverband (2012): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand 2012: http://www.dguv.de/medien/inhalt/zahlen/documents/gur_2012.pdf [Stand: 2014-05-27]
- Deutsche Rentenversicherung (2009): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA). Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207034/publicationFile/48454/rahmenkonzept_lta_datei.pdf [Stand: 2014-05-27]
- Deutsche Rentenversicherung (2010): Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208308/publicationFile/19061/leitlinie_sozialmed_beurteilung_neurologie.pdf [Stand: 2014-05-27]
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2008): Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr 2008: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=472952BE1FFEE7AFC12575DA001F9A68&chstatakt_RehabilitationReha-Leistungen=WebPagesIOP1001&open&viewName=statakt_RehabilitationReha-Leistungen#WebPagesIOP1001 [Stand: 2014-05-27]
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2011): Abgeschlossene Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben im Berichtsjahr 2011: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?stataktID=2E821ECE0108769FC1257A1B00483B94&chstatakt_RehabilitationReha-Leistungen=WebPagesIOP1298&open&viewName=statakt_RehabilitationReha-Leistungen#WebPagesIOP1298 [Stand: 2014-05-27]
- Erbstößer, S./Verhorst, H./Lindow, B./Klosterhuis, H. (2008): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung - ein Überblick: http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/208130/publicationFile/2104/lta_rvaktuell_ueberblick_2008.pdf [Stand: 2014-05-27]
- Fuldaer Feldarbeitstage (2013): Wege ins Feld – Methodologische Aspekte des Feldzugangs: <http://www.fuldaerfeldarbeitstage.de/styled-3/index.html> [Stand 2014-08-22]
- Girtler, R (2009): 10 Gebote der Feldforschung. Münster: Lit Verlag
- Grätz, P. von Grätzel (2012): Der Schlaganfall – Forschung, Diagnose, Therapie: http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/Schlaganfall.pdf [Stand: 2014-05-28]
- Heuschmann, P.U./Busse, O./Wagner, M./Endres, M./Villringer, A./Röther, J./Kolominsky-Rabas, P.L./Berger, K. (2010): Schlaganfallhäufigkeit und Versorgung von Schlaganfallpatienten in Deutschland. In: *Aktuelle Neurologie* 37, 333–340
- ISO 9999 (2011): <https://www.iso.org/obp/ui/#iso:std:iso:9999:ed-5:v1:en> [stand 2014-08-25]
- Kroll, L.E./Lampert T. (2012): Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung und Gesundheit. Berlin: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsK/2012_1_Arbeitslosigkeit_Gesundheit.pdf?__blob=publicationFile [Stand: 2014-10-10]
- Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch.* München: Oldenbourg Verlag
- Revermann, C./Gerlinger, K. (2010): *Technologien im Kontext von Behinderung. Bausteine für Teilhabe in Alltag und Beruf.* Berlin: edition sigma
- Robert Koch Institut (2012): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser ab 2000:* <http://www.gbe-bund.de> [Stand 2014-05-28]
- Saeki, S./Toyonaga, T. (2010): Determinants of early return to work after first stroke in Japan. In: *Journal of Rehabilitation Medicine* 42, 254–258
- Schmid, G.(2002). *Wege in eine neue Vollbeschäftigung.* Frankfurt: Campus Verlag
- Schubert, M./Behrens, J. (2012): Erwerbsbezogene Inklusion und gesundheitsbedingte Exklusionsrisiken am Beispiel institutioneller Strukturen und Prozesse der Arbeitsverwaltung. In: Behrens, J./Weber, A./Schubert, M. (Hrsg.): *Von der fürsorglichen Bevormundung über die organisierte Unverantwort-*

- lichkeit zur professionsgestützten selbstbestimmten Teilhabe? Beiträge zur Transformation des Gesundheits- und Sozialsystems nach 1989. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, 123–154
- Schupp, W. (2011): Wirksame Interventionen zur Teilhabe in Rehabilitation, Nachsorge und Integration nach erworbener Hirnschädigung. In: Ebert, A./Ludwig, L./Reuther, P. (Hrsg.) Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung: Teilhabesicherung - Wirksamkeit - und Wirtschaftlichkeit verbessern. Bad Honnef: Hippocampus Verlag, 14–32
- Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch (2012): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html> [Stand: 2014-05-27]
- Spranger, M. (2008): Berufliche Reintegration in einer neurologischen Phase II-Einrichtung. In: Prävention und Rehabilitation 20, 193–196
- Statista (2013): Renteneintrittsalter in Europa: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/173132/umfrage/renteneintrittsalter-in-europa/> [2014-05-28]
- Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe: http://www.schlaganfall-hilfe.de/der-schlaganfall;jsessionid=aaaD-YFPf4IJa4chz_yu [Stand: 2014-05-27]
- Unrath, M./Kalic M./Berger, K. (2013). Wer erhält eine Rehabilitation nach ischämischem Schlaganfall? Daten aus dem Qualitätssicherungsprojekt Schlaganfall Nordwestdeutschland. In: Deutsches Ärzteblatt 110, 7, 101-117
- Wilz, G./Soellner, R. (2009): Work loss following stroke. In: Disability & Rehabilitation 31, 1487–1493
- Wolfenden, B./Grace, M. (2009): Returning to work after stroke: a review. In: International Journal of Rehabilitation Research 32, 93–96
- Wolff, St. (2000): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick U.; Kardoff von, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 334–349

Susan Smeaton

FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt University of Applied Sciences
 Nibelungenplatz 1, 60316 Frankfurt am Main, susan.smeaton@fb4.fh-frankfurt.de
 (Korrespondenzadresse)

Prof. Dr. Annegret Horbach

FB 4 Soziale Arbeit und Gesundheit, Frankfurt University of Applied Sciences
 Nibelungenplatz 1, 60316 Frankfurt am Main, horbach@fb4.fh-frankfurt.de

Prof. Dr. Johann Behrens

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Medizinische Fakultät
 Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 06099 Halle (Saale)
johann.behrens@medizin.uni-halle.de