

# Wirksamkeitsnachweis für Pflegeinterventionen durch Studien in der Hämatologie-Onkologie

Margarete Landenberger, Birgit Krumrei

**Aufgezeigt werden soll die Notwendigkeit wissenschaftlich begründeter Entscheidungen für nachweislich wirksame Pflegeinterventionen in der klinischen Praxis. Als Beispiele werden praxisbezogene Ergebnisse der Pflegeforschung in der Hämatologie-Onkologie angeführt. Abschließend wird die Zusammenführung von Forschungsergebnissen auf nationaler Ebene diskutiert.**

*Decisionmaking in nursing practice has to be evidence based. This demand is shown at the example of practice oriented results of nursing research in the field of hämatology-oncology. The concluding discussion regards the coordination of results of research on a national level.*

## Wissenschaftlich begründete Entscheidung für nachweislich wirksame Pflegeinterventionen in der klinischen Praxis

Gibt es Pflegeinterventionen, deren positive Wirkung für den Patienten nicht nur aus Erfahrung bekannt ist, sondern zusätzlich mittels wissenschaftlicher Instrumente gemessen und damit objektiv nachgewiesen sind? Welche Praxisrelevanz haben Studienergebnisse dieser Art besonders für die Pflege in der Hämatologie-Onkologie? Diese Fragen sollen im Folgenden beantwortet werden.

Bisher ist professionelle Pflege in Deutschland, ebenso in einigen anderen Ländern, vorwiegend erfahrungsgeleitet. Auch in Zukunft wird Erfahrung eine Rolle spielen. Sie ist generell eine wertvolle Grundlage bei der Unterstützung des Patienten und der Kooperation im therapeutischen Team. Doch Pflege benötigt neben Erfahrung eine zweite Wissensquelle, wissenschaftliches Wissen. Den Pflegenden gelingt es mittels solcher Nachweise, ihr Handeln, ihre Entscheidung für bestimmte Interventionen wissenschaftlich zu begründen. Zu diesem Zweck werden pflegewissenschaftliche klinische, also praxisbezogene Studien durchgeführt. Analog zu medizinischen Studien zielen sie darauf, die Wirksamkeit pflegetherapeutischer Interventionen nachzuweisen. Bei der klinischen Forschung in der Medizin geht es beispielweise um die Wirksamkeit von medikamentösen oder chirurgischen Therapien bzw. Therapiemodalitäten. Im Vergleich zu pflegewissenschaftlichen Studien sind die untersuchten medizinischen Interventionen meist weni-

ger komplex. Auch reichen häufig wenige physiologische Variablen aus, die als solche leichter messbar sind als im Falle von pflegewissenschaftlichen Studien, in denen meist ein Set aus physiologischen, psychischen und sozialen Variablen gemessen wird. Aufgrund der Besonderheiten klinischer Pflegestudien macht es dort auch besondere Probleme, eindeutige Ursache – Wirkungszusammenhänge herzustellen.

Zur Begründung, warum die Pflegenden zur Behandlung eines bestimmten Pflegeproblems des Patienten die eine und nicht die andere Intervention auswählen und umsetzen, sind folgende am Pflegeprozess orientierte vier Schritte nötig (Arets/Obex u.a. 1999: 253 ff.):

A. Benennung des Pflegeproblems des Patienten (Pflegediagnostik) unter Verwendung dazu geeigneter Anamnese- und Assessmentinstrumente. Prioritätenbildung bei mehreren Problemen/Diagnosen gemäß der vorrangigen Pflegeziele als anzustrebende Pflegeergebnisse (outcomes). Die Pflegekraft bezieht dabei die von ihr gesammelten Informationen sowie die Einschätzung des Patienten mit ein.

B. Begründete Auswahl der geeigneten pflegerischen Intervention: Welche alternativen Interventionen bietet die Pflegekumde zur Behandlung des definierten Patientenproblems an? Welches ist der Stand des best practice international? Gibt es neben Interventionen der Allgemeinen Pflege geeignete fachpflegerische onkologische Interventionen? Welche der zur Auswahl stehenden Interventionen sind evidenzbasiert, also in ihrer Wirksamkeit durch Studien

nachgewiesen? Welche Kriterien gibt es für die Entscheidung? Stellt die Einrichtung Möglichkeiten bereit, um die Pflegenden mit evidenzbasiertem Wissen auszustatten? Verfügt die einzelne Pflegekraft über die dazu nötige Qualifikation? Bezieht sie den Patienten in den Auswahl- und Entscheidungsprozess ein?

C. Umsetzung der gewählten Intervention: Die Pflegekraft orientiert sich bei der Umsetzung am vorliegenden Pflegeplan und an aktuellen Standards. Zur Individualisierung und Situationsanpassung notwendige Abweichungen werden begründet und dokumentiert.

D. Evaluierung der Zielerreichung: Konnte die Pflegende mit der Intervention das im Rahmen des Pflegeprozesses angestrebte Ziel erreichen (outcome)? Wenn nicht, welche alternative Intervention bietet sich aus dem professionellen Wissensstand der allgemeinen Pflegekumde sowie der onkologischen Fachkrankenpflege an?

Der Forschungsstand der deutschsprachigen Pflege ist insgesamt äußerst lückenhaft. Ein Großteil der vorliegenden Studien stammt aus den USA, Kanada, Großbritannien und den skandinavischen Ländern. Die Ergebnisse sind teilweise sehr gut, teilweise aber auch nur eingeschränkt auf Deutschland übertragbar, weil Kompetenzen, Aufgabenfelder und Professionsniveaus unterschiedlich sind.

Im nächsten Abschnitt möchten wir an Studien, meist aus der internationalen onkologischen Pflege- und Gesundheitsforschung, zeigen, zu welchen Problemen

und Fragestellungen es Forschungsergebnisse gibt und für welche Praxisbereiche sie wichtig sind. Welche Pflegeinterventionen sind für welche Patientengruppe wirksam? Welche Pflegekonzepte sind wirksamer als andere? Zuerst werden Studienergebnisse zur Lebensqualität onkologischer Patienten dargestellt. Es folgt ein Überblick über Studien zur Wirksamkeit von Pflegeinterventionen. Danach werden pflegewissenschaftliche Studien zu Kooperation Patient, Pflegenden und Arzt zusammengefasst. Am Schluss möchten wir auf die Notwendigkeit hinweisen, die Pflege- und Gesundheitsforschung in Deutschland zu intensivieren, die vorliegenden Studien aufzuarbeiten und die Ergebnisse der Praxis zugänglich zu machen.

### Praxisbezogene Studienergebnisse zur Lebensqualität in der Hämatologie-Onkologie

Onkologische Erkrankungen stehen mit rund 30 % nach Krankheiten des Kreislaufsystems an zweiter Stelle der Mortalität in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2002). Studien zufolge zählen Übelkeit, Erbrechen, Appetitmangel/Gewichtsverlust sowie Müdigkeit/Erschöpfung (Fatigue) zu den belastendsten Krankheitsfolgen und Nebenwirkungen der Therapie in der Hämatologie-Onkologie. Patienten nennen als weitere körperliche und psychosomatische Beschwerden Haarausfall, Schlafstörungen, Depression, Angst, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Schmerzen. Hier kommen deutsche und ausländische Studien zu vergleichbaren Ergebnissen (Richardson/Ream 1997; Glaus/Müller 2001). Diese Beschwerden stellen für Ärzte, Pflegenden, Psychoonkologen u.a. eine komplexe Aufgabe dar. Sie schränken die Lebensqualität und Alltagsbewältigung der Patienten ein. Nicht selten brechen sie aufgrund der Belastung durch Krankheit und Nebenwirkungen die Therapie ab, beenden ihren Therapiezyklus nicht oder ist die Weiterführung aus medizinischen Gründen nicht mehr möglich (Abenhardt/Bosse et al 2001:78 ff; Ravens-Sieberer/Cieza 2000: 11 ff.).

Zur Lebensqualität von Patienten mit onkologischen Erkrankungen in der Therapie- und Nachsorgephase liegen mehrere

Studien vor. Gemessen auf einer Skala von Zufriedenheit und Unzufriedenheit nennen onkologische Patienten die größte Unzufriedenheit mit den Einschränkungen ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Die relativ höchsten Zufriedenheitswerte erhalten in den Aussagen der Patienten die Bereiche Familie, Partnerschaft und Bekanntenkreis (Muthny/Koch et al 1993). Verschiedene onkologische Erkrankungen sind mit unterschiedlichen Einschränkungen der Lebensqualität der Patienten verbunden. Patienten mit kolorektalen Karzinom weisen nach eigenen Aussagen eine insgesamt relativ hohe Lebensqualität auf. Patienten mit Leukämien und Lymphomen berichten dagegen über eine insgesamt geringe Lebensqualität. Diese Patienten leiden besonders stark an Depressionen (Muthny/Koch et al 1993). Die Lebensqualität von onkologischen Patienten wird in der Fremdeinschätzung durch Ärzte günstiger eingeschätzt als in der Selbsteinschätzung der Patienten. Der Autor schlussfolgert aus diesem Ergebnis, dass eine gute Kenntnis des individuellen Patienten Voraussetzung einer angemessenen Therapie und Pflege sei (Petermann/Krischke 1994).

Welche Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis lassen sich aus den Studien zu den besonderen Beschwerden und Einschränkungen der Lebensqualität onkologischer Patienten ziehen? Die referierten Studien machen deutlich, dass Pflege von onkologischen Patienten individualisierende Pflege sein muss. Gesundheitseinschränkungen, Beschwerden treten bei jedem individuellen Patienten in je spezifischer Ausprägung auf. Bei einem Patienten überwiegen die physischen bei einem anderen die psychosomatischen Einschränkungen. Bei Frauen stehen andere psychische und emotionale Belastungen im Vordergrund als bei Männern. Patienten mit verschiedenen Tumorerkrankungen leiden unter unterschiedlichen Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Die Studien zeigen überdies, dass das Vorwissen der Pflegenden und Ärzte darüber, worunter Patienten besonders leiden, sich als Fehleinschätzung erweisen kann. Pflegeforschung bestätigt nicht nur, was wir schon immer wussten, sondern erzeugt häufig neues Wissen, das uns zur Korrektur unseres Erfahrungswissens veranlassen kann. Die referierten Ergebnisse

verweisen auf die Notwendigkeit von Interventionsstudien. Darüber wird im nächsten Abschnitt berichtet.

### Studienergebnisse zur Wirksamkeit von Pflegeinterventionen

Pflegeinterventionsstudien erbringen den Nachweis, dass gezieltes, die Individualität der Tumorpatienten berücksichtigendes Pflegehandeln zur Qualitätssicherung und -entwicklung beiträgt. Sie belegen die Bedeutung einer sorgfältigen und wiederholten Symptomerfassung (Anamnese/Assessment). Durch gezielte Pflegeinterventionen können die Beschwerden des Patienten vermindert und seine Zufriedenheit und Lebensqualität verbessert werden.

Richardson/Ream (1997) untersuchten das Selbstpflegeverhalten von Patienten während der Chemotherapie. Diese griffen zu ineffektiven Aktivitäts- und Ruhemustern, um mit ihrer Fatigue (Müdigkeit/Erschöpfung) fertig zu werden. Diese Studie widerlegt die bei Pflegenden nicht selten anzutreffende Einschätzung, die Patienten wüssten selbst intuitiv, was ihnen bei Krankheitssymptomen und Nebenwirkungen Linderung verschaffe. Das Gegenteil ist richtig: Patienten, die keine pflegfachliche Beratung, Anleitung und Schulung erhalten, wählen als Verhalten zusätzlichen Schlaf, vermehrtes Ausruhen. Wie jedoch andere Studien zeigen, können aktivitätsfördernde Interventionen, beispielsweise Anleitung und Training zu Walking oder Fahrradfahren mit Bettergometer zu signifikanter Verminderung der Fatigue sowie von Begleitsymptomen wie Angst führen (Mock/Picket et al 2001; Dimeo/Stieglitz et al 1999).

Der Einsatz von progressiver Muskelentspannung vermindert signifikant die Nebenwirkungen der Chemotherapie wie Übelkeit, Erbrechen und Angst (Arakawa 1995). Neben der inzwischen sehr wirksamen ärztlichen Anitemesese-Medikation kommt den Pflegenden eine wichtige Aufgabe zu in der Anwendung nichtmedikamentöser Interventionen. Ähnlich positive Effekte auf die Atmung und die Fähigkeit, die Alltagsanforderungen zu bewältigen, haben bei Patienten mit Lungenkarzinom Atemtraining und Entspannungsübungen

(Corner/ Plant et al 1996). Zwei Übersichtsartikel (reviews), in denen mehrere Interventionsstudien zur pflegerischen Behandlung von Nebenwirkungen onkologischer Patienten verglichen werden, bestätigen diese Befunde ((Devine/Westlake 1995; King 1997).

Die Anwendung von selbstständigkeitsfördernden Pflegeinterventionen ergibt bei Patienten, die Chemo- bzw. Strahlentherapie oder eine Kombination beider Therapien erhalten, eine signifikante Verbesserung ihrer Symptome wie Angst, eingeschränkte soziale Beziehungen und gestörtes Körperbild. Dies belegt eine kontrollierte Studie von Benor/Delbar et al (1998). Unabhängigkeit und Wissen nehmen deutlich zu. Die Patienten übernehmen vermehrt Verantwortung für ihre Behandlung. Hingegen verschlechterten sich bei der Kontrollgruppe 15 von 16 Symptome. Diese Studie weist nach, dass Pflegeinterventionen, die Selbstpflegekompetenz und Autonomie des Patienten fördern, zu einem besseren outcome führen als solche, die dem Patienten Handeln abnehmen und so seine Abhängigkeit verfestigen.

Angesichts kürzer werdender Verweildauern werden tagesklinische, ambulante Betreuungsformen wichtiger. Für die Pflegenden ergibt sich aus einer selbstständigkeitsfördernden Pflege jedoch nicht passives Gewährenlassen. Ein weiteres zentrales Interventionsfeld der Pflege liegt in Information, Beratung, Anleitung, Schulung und Training des Patienten (educational interventions). Eine deskriptive Repräsentativuntersuchung in Belgien ergab, dass die Pflege in den dortigen Krankenhäusern eine gegenteilige Schwerpunktsetzung aufweist. Während rund 35 % aller Patienten eine vollständige Unterstützung bei der Körperhygiene erhalten, bekommen lediglich 6 Prozent der Patienten Beratung, Anleitung und Ausbildung. Die Studie erbringt des Weiteren den Nachweis, dass beratende und anleitende Aktivitäten zur Stärkung der Selbstpflegekompetenzen des Patienten umso häufiger angewendet werden, je höher das Qualifikationsniveau der Pflegenden ist (Evers 2000). Eine Vielzahl von randomisierten und kontrollierten Studien aus den USA und Kanada belegen die positive Wirkung von pädagogischen Pflegeinterventionen wie Beratung, Anlei-

tung und Schulung der Patienten im Hinblick auf das Management ihrer Symptome (Smith/Stullenbarger 1995; Devine/Westlake 1995; R. McDaniel/ Rhodes 1998; Porter 1998). Clotfelter (1999) weist in einer kontrollierten Studie nach, dass ein speziell für Tumorpatienten entwickeltes onkologisch-pflegerisches Schulungsprogramm zur Selbststeuerung der Nebenwirkungen von Chemotherapie bessere Wirkungen erzielt als ein allgemeines Schulungsprogramm.

Welche Schlussfolgerungen für die Pflegepraxis lassen sich aus den Studien zur Wirksamkeit von Pflegeinterventionen ziehen? Im Hinblick auf Evidence based nursing zeigen die Studien: Es gibt Pflegeinterventionen, die wirksamer sind als andere. Pflegenden können daraus lernen, in Alternativen zu denken. Stichwort »critical thinking«. Für die deutsche Pflegepraxis sind dies neue Impulse. Pflege soll nicht die Abhängigkeit des Patienten fördern, sondern seine Selbstständigkeit. Pflegenden nehmen dem Patienten nicht die Lebensaktivitäten ab, sondern sie befähigen ihn, diese Aktivitäten soweit als möglich selbständig zu übernehmen. Dies nennt Orem die Stärkung der Selbstpflegekompetenzen des Patienten.

Pflegenden in der Hämatologie/Onkologie benötigen neben ihrem pflegfachlichen Wissen Spezialkenntnisse über Tumorkrankheiten, Krankheitssymptome und behandlungsbedingte Nebenwirkungen. Der Patient soll durch edukative Pflegeinterventionen (Beratung, Schulung, Training) nicht nur Wissen über seine Krankheit erhalten. Ziel ist, dass er neue Verhaltensstrategien erlernt (Selbst-Assessment, Selbst-Medikation gemäß Verschreibung des Arztes, Aktivierungs-, Entspannungstechniken u.a.), die der Patient selbständig anwenden kann. Dadurch gewinnt er zum einen das Bewusstsein, sein Befinden selbst kontrollieren und beeinflussen zu können. Zum anderen kann er die erlernten Kompetenzen in Phasen der tagesklinischen oder ambulanten Betreuung selbständig zu Hause anwenden.

Deutsche Pflegenden konzentrieren sich in ihrer täglichen Arbeit bisher oft auf die spezielle Pflege, also auf die krankheitsbezogenen Interventionen. Die referierten

Studien legen nahe, dass Pflegenden künftig mehr Gewicht legen sollten auf die Unterstützung des Patienten bei der Bewältigung der Lebensaktivitäten. Beispiele sind die multiprofessionelle Umsetzung spezieller Ernährungsprogramme für onkologische Patienten mit Gewichtsverlust oder spezielle Interventionen zur Verbesserung seiner typischen Erschöpfung (Fatigue). Ebenso sind pflegerische Interventionen erforderlich, um Patienten einen besseren Schlaf zu ermöglichen und ihn bei der Linderung seiner Angst zu unterstützen. Die vorliegenden Studienergebnisse können die Grundlage darstellen für deutsche Interventionsstudien und für die Nutzung der Ergebnisse zur Erarbeitung wissenschaftlich gestützter Standards, Leitlinien und Pathways für die onkologische Fachpflege (Landenberger 2001).

### **Pflegewissenschaftliche Studien zu Kooperation Patient, Pflegenden und Arzt**

Es liegen Studien zu Fragen der interdisziplinären Kooperation vor, die insbesondere die beiden Berufsgruppen der Ärzte und Pflegenden thematisieren. DeMeyer/Fletcher et al (1997) untersuchen in einer qualitativen Studie die Arbeit in einem koordinierten multidisziplinären Team. Dabei geht es um die Behandlung von dermatologischen Komplikationen bei Bestrahlung von Patienten. Das Ergebnis zeigt, dass die Arbeit im multidisziplinären Team wesentlich ist für die erfolgreiche Eingrenzung solcher Risiken. Große Bedeutung haben dabei in der Pflege sorgfältiges Assessment, Patienten- und Angehörigen-Schulung und die Vermeidung von Komplikationen. Die Pflegenden spielen eine entscheidende Rolle als Koordinatoren der verschiedenen Disziplinen, die in die Behandlung dieser Patienten involviert sind.

Vielfältige Nutzenwirkungen einer multidisziplinären Teamarbeit können Frost/Arvizu et al (1999) in einer kontrollierten Studie nachweisen. Die von einem Team aus Pflegenden und Ärzten betreuten Brustkrebspatientinnen sind zufriedener mit ihrer gesundheitlichen Situation. Außerdem sind sie zufriedener mit der Behandlung und Pflege als die auf einer herkömmlichen Station betreuten Patientin-

nen. Besonders positiv beurteilten die Patientinnen der Untersuchungsgruppe das zielgerichtete und koordinierte Vorgehen, die einheitlichen Informationen über Krankheit und Behandlung sowie die positive Betreuungshaltung der beteiligten Professionen.

Das Konzept einer wöchentlichen patientenorientierten Fallbesprechung als erfolgreiche Form der multidisziplinären Zusammenarbeit bei Krebspatienten beschreibt Sugarbaker (1988). Am regelmäßigen erweiterten Tumor-Board nehmen alle Ärzte, Pflegenden und andere Berufsgruppen teil, die auf verschiedenen Stationen onkologische Patienten versorgen. Dort werden systematisch auch nichtmedizinische Aspekte in einem umfassenden Therapie- und Pflegeplan zu berücksichtigen. Jede Berufsgruppe hat das Recht, Patienten zur Vorstellung vorzuschlagen. Diese werden mit ihren Angehörigen eingeladen und zu ihren Problemen befragt. In einem formalisierten *Procedere* werden gemeinsam Lösungsmöglichkeiten gesucht und Verantwortlichkeiten bei der Umsetzung festgelegt. Die Wirkungen dieser Form der patientenorientierten Fallbesprechung beschreibt der Autor als Prozess des kontinuierlichen feedback von Patienten und Teammitgliedern. Weitere Wirkungen sind die Verbreiterung von praxisrelevanten Informationen über die Patienten, eine Verbesserung der Kommunikation zwischen den Berufsgruppen, die Fehlervermeidung, die Anregung und Motivierung des Personals sowie die Kultivierung einer wohlthuenden Atmosphäre innerhalb des untersuchten Tumorzentrums.

Patientenbetreuung im interdisziplinären Team ist besonders in der Hämatologie/Onkologie unverzichtbar. Vorliegende Studien zeigen, dass Teamarbeit möglich ist und dass sie die Patientenversorgung verbessert. Die Patientenzufriedenheit steigt, ebenso die Mitarbeitermotivation. Die Fachlichkeit sowie die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung können gesteigert werden.

## Koordinierung und Zusammenführung der Forschungsergebnisse auf nationaler und internationaler Ebene

Die deutsche Pflege hat begonnen, den großen Forschungsrückstand aufzuholen. Praxisbezogener Forschungs- und Koordinierungsbedarf liegt in folgenden Problemfeldern:

Allgemeine klinische Pflegeforschung: Hier ist Forschung über die direkte Pflege, also die unmittelbare Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten gemeint. Wichtig sind solche Forschungsfragestellungen, die eine Verschiebung der Pflege weg von einer Medizin-, Krankheits- und Defizitorientierung hin zu einer Gesundheits- und Ressourcenorientierung bewirken.

- Interventions-Studien: Pflege- und Gesundheitsberufe benötigen wissenschaftlich gestütztes Wissen, um fachlich begründete Entscheidungen für solche Interventionen zu treffen, die zur Heilung, zum Wohlbefinden des individuellen onkologischen Patienten beitragen können. Die Wirkung/Wirksamkeit pflegerischer »Therapie« wird mittels wissenschaftlich evaluierter Methoden und Messinstrumente in geeigneten Studiendesigns überprüft.
- Methodische Überprüfung vorliegender Studien: Wie zuverlässig und gültig sind ihre Ergebnisse?
- Vorstellung und Diskussion von wissenschaftlichen Erfassungs- und Messinstrumenten. Prüfung englischsprachiger Instrumente auf ihre Eignung für die Pflege- und Gesundheitsforschung in Deutschland (Evers 2002).
- Personelle und finanzielle Ressourcen für klinische Pflege- und Gesundheitsforschung in Deutschland sind gering. Umso wichtiger erscheint es, die Studien zu koordinieren und Synergieeffekte zusammenzuführen. Folgende übergreifende Aufgaben könnten sich zur Bündelung der zersplitterten Pflegeforschungslandschaft eignen: Erarbeitung evidenzbasierter Pflegestandards für die Onkologie. Die an internationalen Vorbildern orientierten Standards können von Pflegepraktikern und -wissenschaft-

lern weiterentwickelt werden zu Leitlinien und Clinical Pathways.

Mit diesem Beitrag haben wir versucht, die Skepsis der Praktiker zu vertreiben, die mit dem Stichwort Pflege- und Gesundheitsforschung verbunden wird. Die Verwissenschaftlichung wichtiger Lebens- und Berufsfelder ist eine allgemeine Tendenz moderner Gesellschaften. Die Medizin wurde als erste davon erfasst. Alle anderen Bereiche, in denen es um Prävention, Behandlung und Rehabilitation geht, also um gesellschaftlich gesteuerte Problemlösung für die Gesundheit von Individuen und Gruppen, folgen nach. Dies gilt für professionelle Pflege und Gesundheitsförderung, Psychologie, Pädagogik und Sozialarbeit. Berufe, die sich professionalisieren, durchlaufen Prozesse der wissenschaftlichen Fundierung ihres Berufshandelns, ohne dass Erfahrungswissen dadurch überflüssig wird. Bei knapper werdenden Ressourcen suchen die Träger von Krankenhäusern und Gesundheitsdiensten nach Möglichkeiten der Ausgabenlenkung. Die Akteure stellen die Frage, ob bestimmte Qualifikationen notwendig sind oder ob dieselben Aufgaben von geringer qualifizierten Kräften bearbeitet werden können. Wenn die Pflege künftig an ihrem Qualifikationsniveau festhalten, dieses sogar steigern möchte, Zusatzqualifikationen wie onkologische Fachkrankenpflege erweitern möchte, sind wissenschaftliche Nachweise der Überlegenheit des Handelns qualifizierter erforderlich.

*Prof. Dr. Margarete Landenberger,  
Birgit Krumrei*  
Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft,  
Medizinische Fakultät,  
Martin-Luther-Universität  
Halle-Wittenberg

## Literatur

- Abenhardt, W./Bosse, D. et al 2001, Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in der Onkologie, In: Heinemann, V. (Hrsg.), Manual, Supportive Maßnahmen und symptomorientierte Therapie in der Hämatologie und Onkologie, München, Zuckschwerdt
- Arakawa, S. 1995: Effectiveness of progressive muscle relaxation in reducing nausea, vomiting, and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. In: *Diss Abstr Int B*, 56(5), 2553
- Arets, J./ Obex, F. u.a. 1999, Professionelle Pflege, Bern: Huber
- Benor, D./Delbar, V./Krulik, T. 1998: Measuring impact of nursing intervention on cancer patients' ability to control symptoms. In: *Cancer Nurs*, 21(5), 320–334
- Clotfelter, C. 1999: The effect of an educational intervention on decreasing pain intensity in elderly people with cancer. *Oncol Nurs Forum*; 26(1), 27–33
- Corner, J./Plant, H./A'Hern, R./Bailey, C. 1996: Non-pharmacological intervention for breathlessness in lung cancer. In: *Palliat Med*, 10(4), 299–305
- DeMeyer, E./Fletcher, M. et al 1997, Management of dermatologic complications of chronic graft versus host disease: a case study. *Clinical Journal of Oncology Nursing*; 1; 4; 95–104
- Devine, E., Westlake, S. 1995: The effects of psychoeducational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. In: *Oncol Nurs Forum*, 22(9), 1369–1381
- Dimeo, F./Stieglitz, R./Novelli-Fischer, U. et al 1999: Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy. *Cancer* 85(10), 2273–2277
- Evers, G. 2000: Klinische Pflegeforschung. In: *Pflege* 13(3), 133–138
- Evers, G. C. M (Hrsg.) 2002, Professionelle Selbstpflege. Einschätzen – messen – anwenden, Bern: Huber
- Frost, M./Arvizu, R. et al 1999: A multidisciplinary healthcare delivery model for women with breast cancer: patient satisfaction and physical and psychosocial adjustment. *Oncology Nursing Forum*; 26; 10; 1673–80
- Glaus, A./Müller, S., Messung der Müdigkeit bei Krebskranken im deutschen Sprachraum: Die Entwicklung des Fatigue Assessment Questionnaires, *Pflege* 14/2001, 161–170
- King, C. R. 1997, Nonpharmacological management of chemotherapy-induced nausea and vomiting, in: *Oncological Nursing Forum*, 24 (7), 41–48
- Landenberger, M. 2001: Pflegebezogener Clinical Pathway für Chemotherapie-Patienten und weitere Forschungsfragen, in: Thoke-Colberg, A. (Hrsg.), *Pflegeforschung – Aktivitäten am Klinikum rechts der Isar*, Technische Universität München, München: Eigenverlag, S. 65–76
- Landenberger, M. 2002: Aufbruchstimmung in der onkologischen Pflegeforschung, in: *Journal Onkologie* (2) 1, S. 6
- McDaniel, R./Rhodes, V. 1998: Development of a preparatory sensory information videotape for women receiving chemotherapy for breast cancer. In: *Cancer Nursing*, 21(2), 143–148
- Martin, J. 1990, Male Cancer Awareness: Impact of an Employee Education Program. In: *Oncology Nursing Forum*, Vol 17, No1, 59–64
- Mock, V./Pickett, M./Ropka, M. et al 2001: Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment. *Cancer Practice* 9 (3), 119–127
- Muthny, F./Koch, U., Stump, S. 1993: Praxis und Bedeutung der Lebensqualitätsforschung für die Onkologie. In: Muthny, F. A., Haag, G.: *Onkologie im psychosozialen Kontext – Spektrum psychoonkologischer Forschung, zentrale Ergebnisse und klinische Bedeutung*. Asanger, Heidelberg
- Petermann, F./Krischke, N. (Hrsg.) 1994: *Krebs- und Tumorerkrankungen: Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung. Prävention und Rehabilitation* 4, 159–173
- Porter, H. 1998: Effectiveness and efficiency of nurse-given cancer patient education. *Can Oncol Nurs J*; 8(4), 229–40
- Ravens-Sieberer U. /Cieza A. Hrsg. (2000) *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie*, Landsberg, ecomed
- Richardson, A./Ream, E. 1997: Self-care behaviours initiated by chemotherapy patients in response to fatigue. *Int J Nurs Stud*; 34(1), 35–43
- Smith, M./ Stullenbarger, E. 1995, An integrative review and meta-analysis of oncology nursing research: 1981-1990. *Cancer Nursing*; 18(3), 167–79
- Sugarbaker, P. 1988, Coordinating cancer care using a weekly patient-oriented conference. *J Surg Oncol*; 38(2), 113–7
- Statistisches Bundesamt 2002, [www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab3.htm](http://www.destatis.de/basis/d/gesu/gesutab3.htm)